ATTI PARLAMENTARI

XVI LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. XXX
n. 3

RELAZIONE

SUI DATI RELATIVI ALLO STATO DELLE TOSSICODIPENDENZE IN ITALIA

(Anno 2009)

(Articolo 131 del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni)

Presentata dal Ministro per i rapporti con il Parlamento

(VITO)

Trasmessa alla Presidenza il 21 giugno 2010

TIPOGRAFIA DEL SENATO

PAGINA BIANCA

INDICE

Presentazione ..... *Pag.* 7

Sintesi ..... » 13

PARTE PRIMA: Dimensione del fenomeno

I.1. Consumo di droga ..... » 27

I.1.1. Consumo di droga nella popolazione generale (studio GPS-ITA) .. » 28

I.1.2. Consumo di droga nelle scuole e tra i giovani (studio SPS-ITA) .. » 44

I.1.3. Consumo di alcol ..... » 64

I.1.4. La commercializzazione di sostanze stupefacenti via internet: le caratteristiche di un fenomeno e le strategie per affrontarlo ..... » 66

I.2. Soggetti con bisogno di trattamento ..... » 73

I.2.1. Prevalenza ed incidenza da fonti sanitarie ..... » 74

I.2.2. Caratteristiche dei soggetti in trattamento ..... » 81

I.3. Implicazioni e conseguenze per la salute ..... » 97

I.3.1. Malattie infettive droga correlate ..... » 98

I.3.2. Altre implicazioni e conseguenze per la salute droga correlate .... » 114

I.3.3. Incidenti stradali droga correlati ..... » 122

I.3.4. Mortalità acuta droga correlata ..... » 126

I.3.5. Mortalità tra i consumatori di droga ..... » 130

I.4. Implicazioni sociali ..... » 133

I.4.1. Esclusione sociale ..... » 134

I.4.2. Criminalità droga correlata ..... » 136

I.5. Mercato della droga ..... » 151

I.5.1. Produzione, offerta e traffico di droga ..... » 152

I.5.2. Sequestri di sostanze stupefacenti ..... » 154

I.5.3. Prezzo e purezza ..... » 157

PARTE SECONDA: Programmazione ed organizzazione del sistema di risposta

II.1. Politiche sulle droghe ..... » 163

II.1.1. Normative nazionale ed internazionali emanate nell'anno 2009 ... » 164

II.1.2. Normative regionali emanate nell'anno 2009 ..... *Pag.* 167

II.1.3. Attività istituzionale del Dipartimento per le Politiche Antidroga in ambito internazionale ..... » 168

II.2. Dipartimento politiche antidroga ..... » 173

II.2.1. Organizzazione ..... » 174

II.2.2 Attività svolta nel corso del 2009 ..... » 174

II.2.3. Amministrazioni Centrali ..... » 197

II.2.4. Amministrazioni Regionali ..... » 200

II.2.5. Strutture di trattamento socio-sanitario ..... » 200

PARTE TERZA: Interventi di risposta ai bisogni socio-sanitari e di contrasto all'offerta di droga

III.1. Prevenzione ..... » 209

III.1.1. Prevenzione universale ..... » 210

III.1.2. Prevenzione selettiva verso gruppi a rischio ..... » 214

III.1.3 Prevenzione mirata a gruppi specifici ..... » 217

III.2. Trattamenti socio sanitari ..... » 219

III.2.1. Trattamenti erogati dai Servizi per le Tossicodipendenze ..... » 220

III.2.2. Trattamenti erogati nelle strutture penitenziarie ..... » 224

III.2.3. Prevenzione delle emergenze droga correlate e riduzione dei decessi droga correlati ..... » 228

III.3. Interventi di prevenzione e contrasto ..... » 231

III.3.1. Interventi delle Forze dell'Ordine ..... » 233

III.3.2. Interventi della Giustizia ..... » 246

III.4. Reinserimento sociale ..... » 255

III.4.1. Progetti di reinserimento sociale ..... » 256

III.4.2. Misure alternative alla detenzione ..... » 264

PARTE QUARTA: Approfondimenti

IV.1. Farmacie online: Risultati di un monitoraggio ..... » 273

IV.2. Stima dei consumi di sostanze stupefacenti mediante analisi delle acque reflue: confronto anni 2008 e 2009. Il «case-study» della città di Como » 283

IV.3. Drug test nei lavoratori con mansioni a rischio ..... » 291

IV.4. Il protocollo «Drugs on street» per la prevenzione degli incidenti stradali causati da guida sotto effetto di alcol e droghe ..... » 301

IV.5. Neuroscienze e dipendenze: Una nuova opportunità di innovazione per i dipartimenti delle dipendenze ..... *Pag.* 309

IV.6. Studio preliminare per la realizzazione di un sistema per il monitoraggio delle terapie farmacologiche e valutazione degli esiti del trattamento in relazione alle prestazioni ricevute ..... » 321

PARTE QUINTA: Scheda amministrazioni

V.1. Ministeri ..... » 337

V.1.1. Coordinamento interministeriale ..... » 339

V.1.2. Ministero della Salute ..... » 339

V.1.3. Ministero della Giustizia ..... » 342

V.1.4. Ministero dell'Interno ..... » 348

V.1.5. Ministero degli Affari Esteri ..... » 353

V.1.6. Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca ..... » 354

V.1.7. Comando Generale della Guardia di Finanza ..... » 356

V.1.8. Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Gioventù ..... » 359

V.2. Regioni ..... » 361

V.2.1. Indicatori di sintesi ..... » 363

V.2.2. Comparazione dei dati delle Regioni e delle Province Autonome, mediante indicatori standardizzati: scostamenti regionali dalla media nazionale ..... » 405

V.2.3. Relazioni conclusive ..... » 417

PARTE SESTA: Indicazioni generali

VI.1. Possibili indirizzi per il piano di azione nazionale ..... » 459

VI.1.1. Premesse ..... » 460

VI.1.2. Principi generali per una azione comune e coordinata ..... » 461

VI.1.3. Prevenzione ..... » 462

VI.1.4. Trattamento e prevenzione delle patologie correlate ..... » 467

VI.1.5. Riabilitazione e reinserimento socio-lavorativo ..... » 468

VI.1.6. Valutazione e monitoraggio ..... » 469

VI.1.7. Ricerca scientifica ..... » 469

VI.1.8. Legislazione e contrasto: droga e crimine ..... » 469

VI.1.9. Coordinamento, organizzazione e programmazione ..... » 471

PAGINA BIANCA

Presentazione

Senatore Carlo Giovanardi
Sottosegretario alla Presidenza del Consiglio
con delega alle politiche per la famiglia,
al contrasto delle tossicodipendenze e al servizio civile

"La droga è come la spazzatura: va rimossa.
È giusto non inquinare l'ambiente fuori
e soprattutto non inquinare le persone dentro.

Insieme possiamo farcela".

Roma, giugno 2010

Anche questo anno consegniamo al Parlamento e al mondo degli operatori impegnati nella lotta alla droga, il resoconto ufficiale degli interventi realizzati ed una lettura attenta e dettagliata del fenomeno, che permetta a tutti noi di avere piena consapevolezza del problema e delle azioni che ancora restano da fare per affrontare con successo una battaglia sicuramente dura ma che certamente si può vincere.

Lo sforzo comune di tutti coloro che operano nell'ambito della prevenzione, della cura, della riabilitazione e del reinserimento, ma contemporaneamente anche delle forze dell'ordine attive nella repressione e nel contrasto della produzione, del traffico e dello spaccio di droga, ha potuto portare a dei buoni risultati.

Quest'anno infatti è stato registrato un significativo calo dei consumi di sostanze stupefacenti, invertendo finalmente una tendenza che durava da anni e che ci preoccupava moltissimo. Da più fonti indipendenti ed utilizzando diversi flussi dati, si è potuto osservare che il fenomeno finalmente sembra abbia invertito la tendenza e che le giovani generazioni in particolare, ma anche gli adulti, stiano sviluppando un maggior senso di responsabilità sia verso se stessi che verso le altre persone, riducendo il consumo di sostanze stupefacenti.

I motivi di questa inversione di tendenza nei consumi di droga possono essere molteplici e probabilmente alcuni legati anche alla crisi economica globale in corso, che ha ridotto la disponibilità di denaro (e quindi gli acquisti di droga soprattutto per quei consumatori occasionali dello "sballo del fine settimana"): ma certamente, tutte le azioni di prevenzione messe in atto sia a livello centrale che regionale, le nuove regole introdotte per il controllo mediante drug test dei lavoratori con mansioni a rischio, di chi richiede la patente o il patentino,

l'aumento dei controlli su strada anche per le sostanze stupefacenti mediante il progetto Drugs on Street (ormai presente in oltre 30 dei maggiori comuni italiani), hanno fatto si che si creassero dei fattori deterrenti ed una cultura di prevenzione che, probabilmente (assieme a tanti altri fattori), hanno creato questo effetto di calo dei consumi.

Il Dipartimento per le Politiche Antidroga, assieme ai numerosi centri collaborativi di ricerca ad esso collegati, sta ulteriormente studiando il fenomeno ed approfondendo l'analisi delle motivazioni e dei fattori che più hanno contribuito a creare la tendenza odierna. Questo anche al fine di rafforzare e meglio orientare le varie strategie future. Certo è che mai come negli ultimi due anni, le politiche e gli interventi messi in atto dal Governo e dalle Regioni e Province Autonome, sono state cosi univocamente orientate alla prevenzione e al creare azioni deterrenti per i consumatori occasionali e opportunità di cura per i tossicodipendenti.

Le importanti e coinvolgenti campagne informative antidroga del Dipartimento nazionale, con la collaborazione dei campioni dello sport, e la loro replicazione in molte Regioni italiane hanno contribuito sicuramente a influenzare la cultura di molti ragazzi verso modelli e stili di vita più sani e lontani dalle droghe e dall'abuso alcolico. I portali realizzati insieme al Ministero della dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca ed accessibili in tutte le scuole italiane con sezioni specializzate rivolte agli insegnanti ed ai giovani, hanno capillarmente diffuso la possibilità di accedere ad una informazione corretta.

Non dobbiamo certamente pensare che il fenomeno sia risolto o che dobbiamo ridurre il nostro impegno, ma al contrario dovremmo adesso accelerare ed impegnarci ancora di più. Proprio quando un nemico mortale come la droga mostra i primi segni di cedimento, è il momento di agire con più forza e determinazione con un movimento sinergico e coordinato a tutti i livelli.

L'educazione e la prevenzione restano senz'altro le azioni vincenti e principali da perseguire con costanza e perseveranza ma contemporaneamente, con un approccio ben bilanciato, anche continuare nell'opera di contrasto non stancandosi mai di combattere una guerra senza quartiere contro quelle organizzazioni criminali che anche nel nostro paese operano attivamente.

Ora sappiamo che il nemico droga non è invincibile e che la formula vincente è che tutti remino dalla stessa parte, spinti da un ideale superiore, verso una direzione che ci porterà a costruire un futuro sicuramente migliore per le giovani generazioni e per noi stessi, verso anche una condizione di vera libertà, autonomia e integrazione sociale soprattutto per quelle persone tossicodipendenti che purtroppo hanno avuto la sfortuna di restare coinvolte e vittime di questo flagello.

Non bisogna dimenticare però che l'uso di droghe ormai va di pari passo con l'abuso alcolico e che oltre il 90% dei consumatori di droghe abusa di tale sostanza. Proprio le ultime rilevazioni hanno mostrato, in controtendenza al calo del consumo di droghe, un aumento del consumo di alcol soprattutto con modalità di forte abuso, con ingestione di forti quantità di superalcolici, soprattutto nel fine settimana. È necessario quindi coordinare le politiche sulle droghe con quelle sull'alcol se non vogliamo ritrovarci con un fenomeno "compensativo" forse ancora più pericoloso vista la facilità di accesso a tali sostanze ed il basso costo.

Negli ultimi anni si sta registrando inoltre un sempre più marcato spostamento dell'offerta e di commercializzazione delle sostanze illecite attraverso la rete Internet. Il fenomeno dell'offerta di droga sulla rete web è caratterizzato dalla presenza delle cosi dette "farmacie online" che molto spesso vendono illegalmente farmaci e sostanze di qualsiasi genere, senza richiedere alcuna prescrizione medica e dalla presenza di punti vendita facilmente accessibili anche alle persone minorenni, dove è possibile acquistare sostanze illecite. A questo

proposito, il Sistema d'Allerta Nazionale del Dipartimento ha già individuato una serie di nuove sostanze presenti anche sul territorio italiano estremamente pericolose per la salute attivando, tramite il Ministero della Salute, opportune forme di prevenzione e contrasto; in particolare sono stati individuati alcuni nuove cannabinoidi sintetici mai visti prima e altre sostanze dai nomi più strani quali il "mefedrone". Tutto questo sicuramente costituisce una nuova realtà su cui si potrebbero sviluppare nuovi fenomeni, da prendere in seria considerazione e sulla base della quale si sono attivate strategie e specifici progetti del Dipartimento per il controllo e la prevenzione, finalizzati a proteggere le giovani generazioni, molto inclini all'utilizzo delle tecnologie informatiche e quindi maggiormente esposte ai "rischi droga" presenti anche sulla rete Internet.

Al fine di dare ulteriore impulso alla lotta alla droga, il Dipartimento Politiche Antidroga nel corso del 2009 ha attivato un importante piano di intervento, composto di ben 49 progetti per un totale di investimento di 26.392.474 euro, che vede principalmente finanziati i due "pilastri" portanti della strategia governativa e cioè il reinserimento sociale e lavorativo (progetto RELI) e la prevenzione (Progetto EDUCARE) non dimenticando la ricerca nel campo delle neuroscienze che sempre più ci dimostra ormai inequivocabilmente che tutte le droghe producono danni e disfunzioni al cervello (soprattutto quello dei giovani che è in costante maturazione e sviluppo) e dei normali meccanismi di funzionamento psichico. Non esistono droghe leggere e la scienza ormai lo ha dimostrato ampiamente. Ecco perchè il dipartimento ha dato origine e finanziato una rete di centri di ricerca che siano in grado, anche per gli anni futuri, di consolidare ed ampliare sempre più le nostre conoscenze sia sui meccanismi che stanno alla base della dipendenza sia delle possibilità di vincere definitivamente tale malattia.

Per tutto questo, oggi siamo convinti che si possa e si debba fare ancora di più. Si deve fare di più e meglio, stringendo quanto più possibile le nostre mani in un'unica stretta coordinata e vigorosa, che sappia educare e proteggere con amore e serietà chi, ancora piccolo ed indifeso, ha bisogno di essere protetto, guidato ed orientato su percorsi virtuosi di vita; che sappia aiutare e non discriminare chi ha bisogno di cure perchè malato di una malattia che può cronicizzare, ma sempre curabile e guaribile; che sappia contestualmente anche colpire con la giusta determinazione e punire severamente coloro i quali operano criminalmente minando le basi stesse della nostra intera società e dei paesi di tutto il mondo.

Infine, vorrei formulare un ringraziamento particolare a tutti i collaboratori del Dipartimento Politiche Antidroga, agli operatori del settore socio-sanitario e del volontariato, alle forze di polizia, ai magistrati, agli amministratori di qualsiasi livello, per l'impegno e la passione che sono sicuro continueranno, anche nel futuro, a mettere nel loro quotidiano e fondamentale lavoro contro la droga. A loro va tutta la nostra riconoscenza e stima.

Coordinamento generale ed editing:

Giovanni Serpelloni, Bruno Genetti, Roberto Mollica

Elaborazioni dati, rapporti tecnici e contributi scientifici:

Francesco Andriani, Renzo Bagnati, Nadia Balestra, Gianmaria Battaglia, Diana Candio, Pietro Canuzzi, Iulia Alexandra Carpignano, Maria Condemi, Lorenza Cretarola, Veronica D'Ambrosio, Luigi D'Onofrio, Carlo De Luca, Angelina De Simone, Lidia Di Minco, Guido Ditta, Leila Fabiani, Roberto Fanelli, Anna Maria Fanfarillo, Domenica Ferremi, Maria Rosaria Galanti, Bruno Genetti, Maurizio Gomma, Carlo Locatelli, Teodora Macchia, Natalia Magliocchetti, Roberto Mollica, Fabrizio Oleari, Francesca Panzica, Raimondo Maria Pavarin, Irene Piccolo, Sonia Principe, Claudia Rimondo, Carla Rossi, Luciana Saccone, Alessio Sangiorgi, Catia Seri, Giovanni Serpelloni, Roberto Sgalla, Placido Maria Signorino, Elisabetta Simeoni, Enrico Tezza, Lorenzo Tomasini, Rossana Ugenti, Federica Vigna-Taglianti, Giulia Vinciguerra, Silvia Zanone, Elena Zappalorti, Monica Zermiani.

Fonti dati e collaborazioni:
Ministero dell'Interno:

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

Ministero della Giustizia:

- Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Direzione Generale dell'Esecuzione Penale Esterna – Ufficio I - Analisi programmazione, indirizzo e controllo – Sezione terza
- Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Ufficio per lo sviluppo e la gestione del sistema informativo automatizzato, statistica ed automazione di supporto dipartimentale
- Dipartimento degli Affari di Giustizia - Generale della Giustizia Penale - Ufficio I - Affari Legislativi, Internazionali e Grazie
- Dipartimento degli Affari di Giustizia - Generale della Giustizia Penale - Ufficio III - Casellario
- Dipartimento per la Giustizia Minorile – Ufficio I del Capo Dipartimento – Affari generali, affari esterni, componenti privati, programmazione generale e bilancio, statistica, sistemi informativi
- Direzione generale per l'attuazione dei provvedimenti giudiziari.
    - Ufficio I - Organizzazione e coordinamento dei servizi, esecuzione dei provvedimenti in area penale esterna ed area penale interna, interventi e verifica
    - Ufficio II - Programmazione tecnico-operativa, progettualità ed interventi di giustizia minorile, rapporti e convenzioni con le Regioni, Enti Locali pubblici e privati, le organizzazioni del

volontariato, del lavoro e delle imprese
- Ufficio III - Protezione e tutela dei diritti dei minori. Promozione di interventi a favore dei soggetti a rischio di maggiore esclusione sociale.

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

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

Ministero dell'Economia e delle Finanze:
- Comando Generale della Guardia di Finanza
- Agenzia delle Dogane

Ministero degli Affari Esteri – Direzione Generale Sanità Militare

Presidenza Consiglio Ministri
- Dipartimento della Gioventù
- Dipartimento per le Politiche della Famiglia

Istituto Superiore Sanità:
- Dipartimento del Farmaco – Sostanze Stupefacenti e Psicotrope
- Dipartimento del Farmaco - Osservatorio Fumo, Alcol e Droga
- Dipartimento Ambiente e Connessa Prevenzione Primaria - Centro Sicurezza Stradale
- Dipartimento di malattie infettive, parassitarie ed immunomediate

Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Assessorato Sanità e Servizi Sociali delle Regioni e Province Autonome
International Labour Organization - International Training Centre (ILO - ITC)

Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT)

Grafica di copertina: Riccardo De Conciliis

PAGINA BIANCA

RELAZIONE ANNUALE AL PARLAMENTO SULL'USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI E SULLO STATO DELLE TOSSICODIPENDENZE IN ITALIA. RELAZIONE 2010

SINTESI

SINTESI DELLA RELAZIONE ANNUALE AL PARLAMENTO SULL'USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI E SULLO STATO DELLE TOSSICODIPENDENZE IN ITALIA. RELAZIONE 2010

Dati relativi all'anno 2009-2010

I.1 CONSUMO DI SOSTANZE STUPEFACENTI

Quadro generale

Le analisi del consumo di sostanze stupefacenti in Italia sono state eseguite utilizzando diverse ed indipendenti fonti informative al fine di poter stimare il più correttamente possibile il fenomeno da vari punti di vista. Per meglio comprendere la situazione è stato stimato quindi il numero totale dei consumatori (intendendo con questo termine sia quelli occasionali che con dipendenza da sostanze – uso quotidiano) che è di circa 2.924.500. Nel 2008 tale numero era stimato in circa 3.934.450 persone e quindi con un calo del 25,7%.

Tabella I.1.1: Sintesi del numero dei consumatori di sostanze stupefacenti (assunzione ultimi 12 mesi) e della frazione di persone con bisogno di trattamento (tossicodipendenti)

Soggetti	2008	2009	Differenza	Scostamento % (Δ%)
Consumatori totali stimati	3.934.450	2.924.500	-1.009.950	-25,7

Calo dei consumi nella popolazione generale

Le percentuali di persone che nella popolazione generale contattata (su un campione di 12.323 soggetti di età compresa tra 15-64 anni) hanno dichiarato di aver usato almeno una volta nella vita stupefacenti sono risultate rispettivamente di 1,29% per l'eroina (1,6% nel 2008), 4,8% per la cocaina (7% nel 2008), 22,4% per la cannabis (32% nel 2008), per gli stimolanti – amfetamine – ecstasy 2,8% (3,8% nel 2008), per gli allucinogeni 1,9% (3,5% nel 2008).

Calo dei consumi nella popolazione studentesca

Tali percentuali variano nella popolazione studentesca contattata (su un campione di 34.738 soggetti di età compresa tra 15-19 anni) e sono per l'eroina 1,2% (2,1% nel 2008), per la cocaina 4,1% (5,9% nel 2008) e per la cannabis 22,3% (31,5% nel 2008), per gli stimolanti – amfetamine – ecstasy 4,7% (4,7% nel 2008), per gli allucinogeni 3,5% (4,7% nel 2008).

Le indagini mostrano quindi un calo generalizzato dei consumi che viene riassunto nella tabella successiva.

Tabella 1: Prevalenze nella popolazione generale 15 – 64 anni (uso almeno una volta nella vita)

Sostanze	2008	2009	Differenza	Scostamento % (Δ%)
Eroina	1,6	1,29	-0,31	-19,4
Cocaina	7	4,8	-2,2	-31,4
Cannabis	32	22,4	-9,6	-30,0
Stimolanti	3,8	2,8	-1,0	-26,3
Allucinogeni	3,5	1,9	-1,6	-45,7

Popolazione generale: decrementi % oscillanti tra i -19,4 e i -45,7

Tabella 2: Prevalenze nella popolazione studentesca 15 – 19 anni (uso almeno una volta nella vita)

Sostanze	2008	2009	Differenza	Scostamento % (Δ%)
Eroina	2,1	1,2	-0,9	-42,9
Cocaina	5,9	4,1	-1,8	-30,5
Cannabis	31,5	22,3	-9,8	-31,1
Stimolanti	4,7	4,7	0,0	0,0
Allucinogeni	4,7	3,5	-1,2	-25,5

Popolazione studentesca: decrementi % oscillanti tra lo 0,0 e i -42,9

Tale andamento è stato confermato anche nell'analisi eseguita per l'uso negli ultimi 12 mesi fatto salvo per gli stimolanti nella popolazione studentesca dove si è registrato un aumento della prevalenza passando dal 2,8% del 2008 al 3,1% del 2009.

Tabella 3: Prevalenze nella popolazione generale 15 – 64 anni (uso negli ultimi 12 mesi)

Sostanze	2008	2009	Differenza	Scostamento % (Δ%)
Eroina	0,39	0,25	-0,14	-35,9
Cocaina	2,1	0,9	-1,2	-57,1
Cannabis	14,3	5,2	-9,1	-63,6
Stimolanti	0,74	0,22	-0,52	-70,3
Allucinogeni	0,65	0,22	-0,43	-66,2

Popolazione generale: decrementi % oscillanti tra i -35,9 e i -70,3

Tabella 4: Prevalenze nella popolazione studentesca 15 – 19 anni (uso negli ultimi 12 mesi)

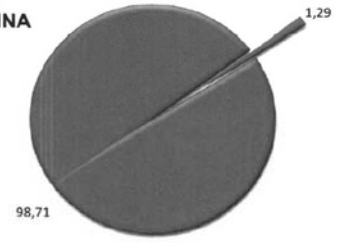
Sostanze	2008	2009	Differenza	Scostamento % (Δ%)
Eroina	0,13	0,11	-0,02	-15,4
Cocaina	3,6	3,0	-0,6	-16,7
Cannabis	24,1	18,9	-5,2	-21,6
Stimolanti	2,8	3,1	+0,3	+10,7
Allucinogeni	2,9	2,2	-0,7	-24,1

Popolazione studentesca: decrementi % oscillanti tra i -15,4 e i -24,1 con incremento % degli stimolanti di +10,7

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

Popolazione Generale

EROINA

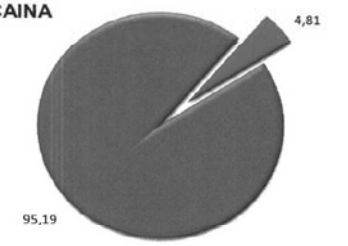


Il 98,7% della popolazione generale non ha mai assunto eroina mentre l'1,3% l'ha assunta almeno una volta nella vita. Solo lo 0,16% l'ha consumata negli ultimi 30 giorni. Cala il consumo occasionale mentre resta stabile il consumo frequente/quotidiano.

Uso

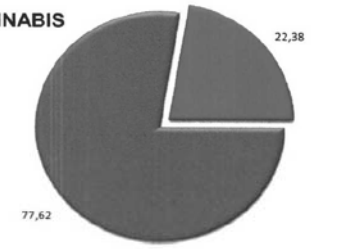
Non uso

COCAINA



Il 95,2% della popolazione generale non ha mai assunto cocaina mentre l'4,8% l'ha assunta almeno una volta nella vita. Solo lo 0,4% l'ha consumata negli ultimi 30 giorni. Cala il consumo occasionale. Maggior prevalenza tra i soggetti 15 – 34 anni.

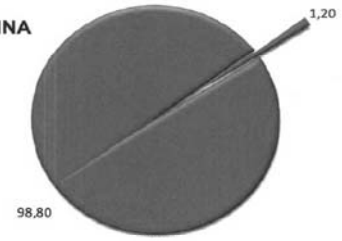
CANNABIS



Il 77,6% della popolazione generale non ha mai assunto cannabis mentre l'22,4% l'ha assunta almeno una volta nella vita. Solo il 3,0% l'ha consumata negli ultimi 30 giorni. Maggior prevalenza tra i soggetti 15 – 24 anni. Forte presenza anche nel genere femminile.

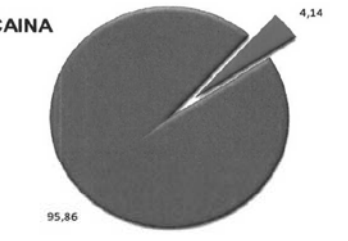
Studenti

EROINA



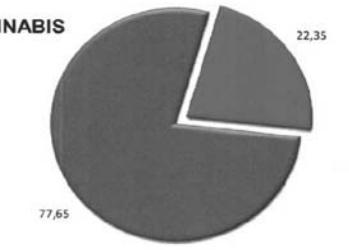
Il 98,8% degli studenti non ha mai assunto eroina mentre l'1,2% l'ha assunta almeno una volta nella vita. Solo lo 0,6% l'ha consumata negli ultimi 30 giorni. Rilevato un minor consumo di eroina negli studenti italiani rispetto a quelli europei

COCAINA



Il 95,9% degli studenti non ha mai assunto cocaina mentre il 4,1% l'ha assunta almeno una volta nella vita. Solo l'1,6% l'ha consumata negli ultimi 30 giorni. Tra i consumatori, maggior presenza di consumo occasionale

CANNABIS



Il 77,7% degli studenti non ha mai assunto cannabis mentre il 22,3% l'ha assunta almeno una volta nella vita. Il 12,3% l'ha consumata negli ultimi 30 giorni. Il maggior consumo è rilevato tra gli studenti 19enni con percentuali che arrivano al 33,4%. I consumi di cannabis aumentano con il crescere dell'età dai 15 ai 19 anni. Rilevato un consumo di cannabis negli studenti italiani inquadrabile come prevalenza medio-alta con tendenza al decremento rispetto a quelli europei.

Fonte: Elaborazione dati GPS-ITA 2010 e SPS-ITA 2010

Andamento temporale: popolazione generale 15-64 anni

Per quanto riguarda l'andamento temporale dal 2008 del consumo delle sostanze nella popolazione generale (valutata attraverso il consumo di almeno una volta negli ultimi 12 mesi), è da rilevare una diminuzione dei trend di consumo (2008-2010) di tutte le sostanze, con particolare rilevanza per la cannabis che perde 9,1 punti percentuali.

Forte presenza di policonsumo

Persiste comunque la tendenza al policonsumo con una forte associazione soprattutto con l'alcol (oscillante tra il 91,2% e il 79,2%) e la cannabis (oscillante tra il 64,0% e il 54,2%) delle varie altre sostanze.

Andamento temporale: popolazione studentesca 15-19 anni

Per quanto riguarda l'andamento temporale dal 2008 del consumo delle sostanze nella popolazione studentesca (valutata attraverso il consumo di almeno una volta negli ultimi 12 mesi), è da rilevare una diminuzione dei trend di consumo (2008-2010) di tutte le sostanze, ad eccezione del consumo di stimolanti, per i quali si osserva un incremento esclusivamente nel genere maschile (diminuzione nel genere femminile) anche se tali sostanze vengono utilizzate con una bassa prevalenza (3,1%).

Forte presenza di policonsumo

Persiste anche in questa popolazione la tendenza al policonsumo con una forte associazione soprattutto con l'alcol (oscillante tra il 98,6% e il 97,6%), la cannabis (oscillante tra il 96,0% e il 95,9%) e il tabacco (oscillante tra il 96,2% e l'89,3%) delle varie altre sostanze.

Andamento contrario del consumo di alcol con tendenza all'aumento

Alla diminuzione dei consumi di sostanze stupefacenti va in contro tendenza il consumo di alcol. Relativamente a questo consumo infatti è da segnalare un aumento percentuale dell'assunzione quotidiana, dal 2007 al 2010, del 18,2%. L'incremento percentuale delle ubriacature (oltre 40 volte nella vita) è stato purtroppo del 200% passando da una prevalenza dell'1% nel 2007 al 3% del 2010.

Possibile effetto della crisi economica?

Questo andamento contrapposto potrebbe trovare spiegazione in relazione ad una minor capacità di spesa, soprattutto negli utilizzatori occasionali di sostanze stupefacenti, conseguente alla crisi economica e a una diversificata e minore percezione del rischio nei confronti dell'alcol rispetto alle sostanze stupefacenti; questo potrebbe aver comportato uno spostamento dei consumatori occasionali di sostanze verso gli alcolici in quanto più accessibili e meno costosi e comunque in grado di dare effetti fortemente psicoattivi.

Fenomeni emergenti: droga e internet

Negli ultimi anni si sta registrando un sempre più marcato spostamento dell'offerta di commercializzazione delle sostanze illecite attraverso Internet. Il fenomeno dell'offerta di droga su web è caratterizzato dalla presenza di farmacie online che vendono farmaci e sostanze di qualsiasi genere, senza richiedere alcuna prescrizione medica e dalla presenza di online drugstore, dove è possibile acquistare facilmente sostanze illecite. Oltre a questo si è registrato lo sviluppo di specifici forum, blog, chartroom, social network dedicati alla discussione sulle varie droghe, dove circolano informazioni e consigli circa il consumo e l'acquisto di sostanze. Gli utenti si scambiano informazioni, consigli, indicazioni e varie "istruzioni per l'uso" molto rapidamente e in maniera molto socializzata e socializzante. A questo proposito, il Sistema d'Allerta Nazionale del D.P.A. ha già individuato una serie di nuove sostanze presenti anche sul territorio italiano estremamente pericolose per la salute attivando, tramite il Ministero della Salute, opportune forme di prevenzione e contrasto; in particolare sono stati individuati alcuni cannabinoidi sintetici (JWH018, JWH073, JWH200) e altre sostanze quali il mefedrone. Tutto questo sicuramente costituisce una nuova realtà da prendere in seria considerazione e sulla base della quale si sono attivate strategie e specifici progetti per il controllo e la prevenzione, finalizzati a proteggere le giovani generazioni, molto inclini all'utilizzo delle tecnologie informatiche e quindi maggiormente esposte ai "rischi droga" presenti anche sulla rete Internet.

I.2 SOGGETTI CON BISOGNO DI TRATTAMENTO

Stima del numero di soggetti con bisogno di trattamento

I soggetti con dipendenza da sostanze (tossicodipendenti con bisogno di trattamento) risultano essere 393.490 che rappresentano 11 9,95/1000 residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni. Di questi 216.000 per oppiacei (5,5/1000 residenti) e 178.000 per cocaina (4,5/1000 residenti).

Le regioni con più bisogno di trattamento

Le regioni con maggior bisogno di trattamento per oppiacei o cocaina sono nell'ordine la Liguria, la Lombardia, il Piemonte, la Sardegna, la Campania, la Valle d'Aosta e la Toscana, che presentano una prevalenza superiore alla media italiana che è di 10,0/1000 residenti di età compresa tra 15 - 64 anni. Le regioni più problematiche con maggior bisogno di trattamento per oppiacei sono Liguria e Toscana, mentre per la cocaina sono la Lombardia e la Sardegna.

33.984 nuovi utenti nel 2009 (-4% rispetto al 2008)

I soggetti che hanno richiesto per la prima volta un trattamento sono stati 33.984 con un tempo medio di latenza stimato tra inizio uso e richiesta di primo trattamento di 5,5 anni (oscillante tra i 4 e gli 8 anni), differenziato da sostanza a sostanza. L'età media dei nuovi utenti è circa 30 anni, con un arrivo più tardivo rispetto agli anni precedenti. Questo significa che vi è un aumento del tempo fuori trattamento con tutti i rischi che ne conseguono e quindi un arrivo sempre più tardivo ai servizi. Da segnalare la minor età media degli utenti europei rispetto agli utenti italiani.

Arrivo sempre più tardivo ai servizi

Sostanza primaria maggiormente utilizzata, eroina

Le sostanze primarie maggiormente utilizzate risultano essere il 69% eroina, il 16% cocaina e il 9,3% cannabis. In calo l'assunzione per via iniettiva.

Le sostanze secondarie maggiormente utilizzate sono state la cocaina (37,7%) e la cannabis (34,3%).

168.364 utenti in trattamento nei Ser.T

Il totale delle persone in trattamento nei Ser.T. sono stati 168.364, nel 2009. Questi dati sono stati calcolati dal flusso informativo del Ministero della Salute con un indice di copertura del 90%.

Aumento % degli utenti in trattamento per cocaina.

Vi è una stabilizzazione negli ultimi quattro anni degli utenti in trattamento per uso di eroina, mentre vi è un aumento degli utenti in trattamento per uso di cocaina.

Le regioni con maggior numero assoluto di utenti in carico per uso primario di eroina sono nell'ordine: Lombardia, Campania, Veneto, Toscana e Piemonte.

Le regioni con maggior numero assoluto di utenti in carico per uso primario di cocaina sono nell'ordine: Lombardia, Campania, Piemonte, Lazio, Emilia Romagna e Veneto.

Tra gli utenti in trattamento nei Sert vi è un trend in crescita dell'uso di cocaina anche come sostanza secondaria che risulta essere dal 2007 la sostanza secondaria più usata.

Diminuzione dell'uso iniettivo

Si osserva, inoltre, una diminuzione generalizzata dell'uso iniettivo dell'eroina, a favore dell'assunzione inalatoria e respiratoria di tale sostanza.

Aumento di soggetti in trattamento con uso iniettivo di morfina nella Regione Piemonte: fenomeno da indagare

Da segnalare un aumento dei soggetti in carico con uso iniettivo di morfina che dal 2008 ha incrementato di circa 20 punti percentuali il suo valore nel 2009 con una concentrazione del fenomeno quasi esclusivamente nella Regione Piemonte.

I.3 IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

L'uso di sostanze stupefacenti, anche non iniettivo, comporta gravi danni per la salute, sia in ambito neuropsichico che internistico-infettivologico.oltre a questo si aggiunge il rischio di incidenti stradali alcol-droga correlato. Le patologie infettive correlate maggiormente presenti sono infezione da HIV, infezioni da virus epatitici, le malattie sessualmente trasmesse e la TBC.

Malattie infettive droga-correlate

Si segnala una forte diminuzione i casi incidenti di AIDS nei tossicodipendenti ormai perdurante da qualche anno.

Si è potuto determinare che vi è una tendenza ormai pluriennale a non testare gli utenti in trattamento per le principali infezioni quali quelle da HIV, HCV e HBV.

La percentuale nazionale media di utenti sottoposti al test HIV è risultata del 37,3%.

Diffusione di HIV in utenti in trattamento presso i Ser.T: 11,5% HIV positivi.

La prevalenza media nazionale dei soggetti testati risultati HIV positivi è risultata dell'11,5% con percentuali differenziate nel seguente modo: il 18,7% nelle femmine e il 12,3% nei maschi nei soggetti già in carico, mentre è il 2,3% nelle femmine e il 2,0% nei maschi nei nuovi utenti. La maggior prevalenza di HIV si è riscontrata nel genere femminile. Si è rilevato un'associazione negativa tra basso livello di utilizzo del test e percentuale di soggetti HIV positivi, sottolineando che nelle Regioni a più alta prevalenza di sieropositività si tende anche a testare meno i nuovi soggetti in entrata al servizio. Le situazioni critiche per maggior positività per HIV e contemporaneo minor uso del test sono emerse in Bolzano, Toscana, Abruzzo, Emilia Romagna, Liguria.

Le regioni più colpite dall'HIV sono risultate: Sardegna, Emilia Romagna, Liguria, Lombardia e Piemonte.

Diffusione di Epatite virale B in utenti in trattamento presso i Ser.T: 36,1% HBV positivi

La prevalenza media nazionale dei soggetti testati risultati HBV positivi è risultata dell'36,1% con percentuali differenziate nel seguente modo: il 57,3% nelle femmine e il 38,5% nei maschi nei soggetti già in carico, mentre è il 18,6% nelle femmine e il 19,0% nei maschi nei nuovi utenti.

La scarsità di utilizzo del test si conferma anche per l'epatite B. La percentuale media degli utenti sottoposti al test sierologico è del 40,4%. In questo contesto le Regioni con minore uso del test per HBV sono Bolzano, Liguria, Toscana, Lazio e Friuli Venezia Giulia. Per contro, le Regioni con maggior positività all'HBV sono Abruzzo, Emilia Romagna, Sardegna, Piemonte, Liguria, Bolzano e Toscana. Da segnalare è la riduzione dei ricoveri per epatite B.

Diffusione di Epatite virale C in utenti in trattamento presso i Ser.T: 58,5% HCV positivi

La prevalenza media nazionale dei soggetti testati risultati HCV positivi è risultata del 58,,5% con percentuali differenziate nel seguente modo: il 65,7% nelle femmine e il 64,1% nei maschi nei soggetti già in carico, mentre è il 24,3% nelle femmine e il 24,7% nei maschi nei nuovi utenti.

Basso risulta anche l'utilizzo del test per l'epatite C, soprattutto per i nuovi tossicodipendenti afferenti ai Servizi. La percentuale media degli utenti sottoposti al test sierologico è del 46%. In questo contesto, le Regioni con minore uso del test per HCV sono Bolzano, Liguria, Toscana, Abruzzo e Lazio. Per contro, le Regioni con maggior positività all'HCV sono Sardegna, Emilia Romagna, Abruzzo, Valle d'Aosta e Liguria.

Ricoveri ospedalieri droga-correlati

Dalla lettura delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) emerge una presenza di ricoveri per TBC droga correlati (0,3% nel 2009 contro il 0,26 del 2008). Risultano in riduzione del 2,6% i ricoveri droga-correlati con una diminuzione di 691 ricoveri rispetto al 2007. L'urgenza medica è il motivo prevalente del ricovero. La percentuale di dimissioni volontarie è alta (10,6%).

In aumento i ricoveri per uso di cocalna e di cannabis

Un aspetto da evidenziare è il rilevamento di un aumento dei ricoveri per uso di cocaina (+4,2%). Si registra anche un aumento dei ricoveri per uso di cannabinoidi (+5%). Da segnalare anche ricoveri per uso di barbiturici particolarmente osservati in soggetti in età avanzata, oltre i 65 anni. Le classi di età più frequenti nei ricoveri per le diverse sostanze sono state: cannabis 20-24 anni, cocaina 30-39 anni, oppiacei 35-44 anni, psicofarmaci 40-44 anni.

Le regioni con maggior tasso di ospedalizzazione sono la Liguria, la Valle d'Aosta, l'Emilia Romagna, la Lombardia e la Sardegna con un tasso superiore alla media nazionale che è di 41,7 ricoveri per 100.000 abitanti.

Riduzione dei morti e dei feriti in seguito ad incidenti stradali droga-correlati

Gli incidenti stradali droga-correlati rappresentano un problema rilevante non solo per i consumatori ma anche per le terze persone coinvolte in questi eventi. Si assiste ad una diminuzione della mortalità correlata agli incidenti stradali per alcol e droga dal 2007 al 2008. Diminuzione del 41,4% dei deceduti e del 33,8% dei feriti.

Le Regioni a più alta mortalità per incidenti stradali droga correlati sono state Emilia Romagna, Veneto, Umbria. I maschi risultano essere interessati dal fenomeno in percentuale maggiore rispetto alle femmine.

Calo della mortalità acuta droga-correlata

Si registra ormai da tempo un trend in decremento dei decessi droga correlati, con un maggior decremento dell'andamento in Italia rispetto al trend europeo. Nel 1999 i decessi sono stati 1.002, nel 2009 sono stati 484. Si evidenzia anche un aumento dell'età media del decesso, con un aumento dei decessi nel genere femminile.

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

L'eroina risulta essere la prima sostanza responsabile delle morti per overdose; la seconda è la cocaina. Le età medie dei deceduti sono diversificate: per l'eroina 37 anni. Da segnalare, l'aumento del trend delle overdose per la cocaina.

I.4 IMPLICAZIONI SOCIALI

Condizione lavorativa: 70% degli utenti ha un lavoro

La percentuale di occupazione (lavori occasionali o fissi) degli utenti dei Ser.T. è del 70%. Il maggior tasso di disoccupazione si registra tra le femmine. Inoltre, la percentuale di disoccupati risulta maggiore tra i consumatori di eroina rispetto ai consumatori di cocaina e cannabis. L'4,9% degli utenti dei Ser.T. risulta essere senza fissa dimora.

Criminalità droga-correlata

Nel 2009 gli ingressi totali dalla libertà in carcere per vari reati sono stati 88.066 con un decremento dal 2008 del 5%. Nel 2009, la percentuale di ingressi di soggetti che presentavano problemi socio-sanitari droga correlati (assuntori occasionali o abituali di droga in assenza di dipendenza, soggetti assuntori con dipendenza) sul totale degli ingressi negli istituti penitenziari, rispetto al 2008, è diminuita passando dal 33% al 29%.

Sempre nello stesso anno, gli ingressi dalla libertà di persone con problemi socio-sanitari droga correlati sono stati di 25.180 unità, mentre nel 2008 erano stati 30.528. Da segnalare che il numero di soggetti che ha beneficiato degli affidamenti in prova (art. 94 D.P.R. 309/90) sono stati 1.382 nel 2008 e sono cresciuti a 2.047 nel 2009.

La popolazione dei tossicodipendenti in carcere risulta quasi esclusivamente di genere maschile, in prevalenza di nazionalità italiana, con un'età media di circa 34,9 anni. La maggior parte degli adulti tossicodipendenti in carcere associa il consumo di più sostanze (policonsumatori).

Minori transitati per i servizi di giustizia minorile

Le strutture di accoglienza per i minori che hanno commesso un reato sono di diverse tipologie. Secondo il Dipartimento della Giustizia Minorile, nel 2009 i minorenni assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei servizi di giustizia minorile sono stati 1.035, con un decremento rispetto al 2008 di 46 soggetti. Oltre il 96,3% degli ingressi è caratterizzato da minori di genere maschile, per l'80% italiani, poco più che 17-enni. La cocaina viene usata da questa popolazione con più frequenza rispetto all'eroina. Tra i minori italiani si registra un maggior uso di cannabis rispetto agli stranieri che, invece, fanno maggior uso di cocaina e oppiacei.

I reati più frequentemente registrati sono quelli di traffico e spaccio. In particolare, negli ultimi 8 anni è stato rilevato un trend in aumento per i reati commessi in violazione del D.P.R. 309/90.

I.5 IL MERCATO DELLA DROGA

Italia punto centrale del mediterraneo per il traffico

L'Italia si colloca tra i principali Paesi europei come area di transito e di consumo di sostanze stupefacenti, oltre ad evidenziare esperienze limitate di coltivazione di cannabis. Il traffico della droga e dei suoi precursori in Italia viene gestito in gran parte dalle tradizionali organizzazioni criminali (mafia, 'ndrangheta e camorra) che controllano anche una porzione rilevante del mercato estero, grazie alla conformazione e posizione geografica che agevola i rapporti con il mondo criminale globale

Globalizzazione delle organizzazioni criminali

Sul territorio nazionale gli interessi illegali nel settore delle sostanze stupefacenti hanno condotto le maggiori organizzazioni criminali a sviluppare rapporti con gruppi appartenenti ad etnie diverse, registrando infatti un incremento della presenza di compagini criminali straniere, che si riflette in un incremento del numero di soggetti stranieri deferiti alle autorità giudiziarie per reati in violazione della legge sugli stupefacenti. In evidenza la criminalità organizzata cinese che si sta insinuando nel mercato nazionale degli stupefacenti; diretta conseguenza ne è il fatto che nel 2009, rispetto all'anno precedente, si riscontra una crescita di violazioni del DPR 309/90 a persone di nazionalità cinese del 107%.

Incremento della malavita cinese del 107%

Molteplici vie di traffico

La provenienza degli stupefacenti segue le principali vie internazionali di traffico della droga riguardante la Colombia per quanto attiene al mercato della cocaina, transitata principalmente per Messico, Spagna, Olanda, Brasile e Repubblica Domenicana, e l'Afghanistan, per il traffico di eroina, transitata attraverso la Grecia e la Turchia. L'hashish parte dal Marocco e arriva nel nostro Paese transitando per la Spagna e la Francia, mentre le droghe sintetiche e la marijuana giungono principalmente dall'Olanda.

Aumento del numero delle operazioni

Per quanto riguarda le operazioni di Polizia si registra un aumento nel 2009 rispetto al 2008 delle operazioni globali lungo le tre direttrici: produzione, traffico e spaccio di stupefacenti con un incremento pari al 1,6%. Le operazioni antidroga nel 2009 sono state 23.187, riportando il sequestro di sostanze illecite nell'85% dei casi, la scoperta di reato nell'8% delle operazioni ed il rinvenimento di quantitativi di droga in un ulteriore 7% delle attività di contrasto.

Diminuzione del volume generale delle droghe sequestrate fatta eccezione per la marijuana

I quantitativi di marijuana sequestrata hanno visto un aumento del 211% rispetto al 2008, mentre per la cocaina, l'eroina e l'hashish si è registrata una diminuzione rispettivamente dell'1,3%, 12,1% e 43,7%. Le quantità più consistenti di cocaina ed eroina sono state sequestrate in Lombardia. I maggiori sequestri di cannabinoidi sono avvenuti in Lombardia, e Campania; quelli di cocaina in Lombardia, Veneto, Calabria, Campania e Lazio; quelli di eroina in Lombardia, Puglia e Veneto; quelli di amfetamine in Piemonte, Alto Adige e Sicilia.

Si è registrata la diffusione della produzione "in proprio" di sostanze illecite da parte della criminalità organizzata, soprattutto in Calabria, Campania e Sicilia. Il trend dei quantitativi di droghe sequestrate negli ultimi sedici anni pongono al vertice della classifica i derivati della cannabis.

Diminuzione del prezzo di eroina, ecstasy, cocaina e LSD

Lieve aumento del prezzo dei cannabinoidi

Relativamente al prezzo di vendita delle sostanze, si assiste ad una diminuzione del costo minimo dell'eroina (35 euro) e dell'ecstasy (15 euro) e LSD (14 euro); in aumento quello dei cannabinoidi (11 – 13 euro). La purezza dell'eroina (oscillante tra 0,6 – 68%) risulta più variabile rispetto ad anni precedenti al 2009, analogamente a cocaina (0,77 – 88%) e MDMA (5 – 67%). Più contenuta l'oscillazione della purezza dei cannabinoidi (0,08 – 17%).

II.2 ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI RISPOSTA ALLA DROGA

Strutture di trattamento socio-sanitario

Sono state censite al 31/12/2009 complessivamente 1.641 strutture sociosanitarie dedicate alla cura e al recupero delle persone tossicodipendenti: 533 erano servizi pubblici per le tossicodipendenze (con 6.982 operatori, meno 3,2% rispetto al 2006) e 1.108 erano strutture socio-riabilitative del privato sociale di cui il 64,7%

erano strutture residenziali, il 19% semi-residenziali e il 16,3% servizi ambulatoriali.
Rispetto al 2008 si osserva una riduzione delle strutture socio-riabilitative pari all'1,4% (10 strutture). La distribuzione delle strutture socio-sanitarie sul territorio nazionale evidenzia una maggiore concentrazione nelle regioni del Nord ed in particolare in Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna.
Da segnalare l'aumento percentuale in particolare dei servizi per doppia diagnosi, per minori e i servizi multidisciplinari integrati.
Dal 1997 si è assistito ad un aumento del 8,3% del personale ma contemporaneamente all'aumento del 26,1% dell'utenza. Il rapporto utenti/operatori nel 1997 era del 20,6 mentre nel 2009 è arrivato a 24,1.

III.1 PREVENZIONE PRIMARIA

Dalla lettura delle relazioni inviate dalle singole regioni è possibile evincere un incremento degli interventi di prevenzione sia in ambito universale che selettivo e della quota di investimenti finanziari fatti in tale settore soprattutto nel corso del 2008 e del 2009.
Le regioni che più hanno investito in prevenzione valutando tale condizione sull'indicatore "Importo procapite per tossicodipendente assistito" sono rispettivamente: Bolzano, Calabria, Emilia Romagna, Toscana.
L'importo totale investito nel 2009 è stato di circa 14.500.000 euro in prevenzione selettiva e di altri 15.500.000 in prevenzione universale per un totale di 30 milioni di euro.

Circa 30 milioni di euro investiti dalle regioni in prevenzione

Il Dipartimento Politiche Antidroga in tutto il 2009 ha finanziato progetti di prevenzione universale (campagna nazionale) e prevenzione selettiva (progetti per genitori, scuole, posti di lavoro, incidenti stradali) per un totale di 6.842.000.

Circa 7 milioni di euro investiti dal D.P.A. in prevenzione

III.2 TRATTAMENTI SOCIO-SANITARI

Relativamente ai trattamenti erogati dai Servizi per le tossicodipendenze, oltre 160.800 sono state le persone trattate nell'anno 2009. Dal profilo della distribuzione percentuale dei trattamenti erogati nel 2009 si può notare che il 67% si tratta di trattamento farmacologico (prevalentemente metadone, 48,8%) mentre il 28% è di tipo psico-sociale e/o riabilitativo.

Trattamenti erogati dai Sert.T.

Si osserva un aumento dei trattamenti con metadone (1,5%) ed in particolare quelli a breve termine (1,9%) con contestuale riduzione del medio e lungo termine. Si assiste ad una diminuzione dei trattamenti con buprenorfina (-1,3%) ed un contestuale aumento dei trattamenti psicosociali (+3,8%). Le terapie con naltrexone sono in costante diminuzione.
In carcere si è evidenziato un aumento delle terapie con metadone a medio termine.
Per la prevenzione delle emergenze droga-correlate e la riduzione dei decessi droga correlati, sono stati attivati numerosi progetti specifici dalle Regioni e dalle Provincie Autonome e contestualmente dalle Amministrazioni Centrali.
Oltre 6 milioni di euro investiti dalle regioni per la prevenzione di tali emergenze. Altri 205.000 euro investiti dal D.P.A. in tale settore per un totale di 6.205.000 euro.

6.205.000 euro investiti nelle emergenze droga-correlate e nella riduzione dei decessi

III.3 TRATTAMENTI DI PREVENZIONE E CONTRASTO

Segnalazioni delle Forze dell'Ordine:
- art. 121, 8.055
- art. 75, 28.494

Dall'analisi delle informazioni contenute nella banca dati del Ministero dell'Interno, si evidenzia che, nel 2009, i soggetti segnalati dai Prefetti ai Ser.T. competenti territorialmente, in base all'art 121, sono stati 8.055, di cui 6.956 maschi (91%). Il dato complessivo risulta pertanto in netta diminuzione rispetto a quello del 2008, (13.612 persone), sebbene il dato 2009 sia da considerarsi provvisorio in relazione ai ritardi di notifica. Nel 2009 le persone segnalate ex art. 75 sono state in totale 28.494, di cui 26.570 maschi (pari al 92,3 %).

Aumento dell'età media dei segnalati e della percentuale di segnalati per detenzione di eroina

Dal 1990 al 2009 si è registrato un aumento del trend delle persone segnalate con età maggiore di 30 anni, soprattutto dal 2002, con una maggior incidenza di poliassuntori che spesso assumono stupefacenti in associazione con alcolici. Per quanto riguarda le sostanze d'abuso, il 72% delle segnalazioni riguarda la cannabis; bassa risulta invece la percentuale dei segnalati per sostanze a base di amfetamina. In aumento la percentuale di persone segnalate per detenzione per uso personale di eroina (9% nel 2008 vs 11% nel 2009).

In aumento le sanzioni a fronte di una riduzione delle persone inviate ai Ser.T.

Rispetto al 2008, in cui erano state irrogate 14.993 sanzioni, il dato relativo alle segnalazioni per art. 75 nel 2009 risulta in aumento (15.923). Dal 2006 si evidenzia una forte riduzione del numero di soggetti inviati al programma terapeutico e un aumento delle sanzioni applicate. Il fenomeno è sostenuto dalla mancata sospensione delle sanzioni in caso di accettazione del programma (Legge 49/2006).

Nel 2009 oltre 36.000 denunce per reati DPR 309/90. In aumento la % di stranieri, minori e femmine

Con riferimento alle azioni di contrasto in violazione della normativa sugli stupefacenti, oltre 23.000 sono state le operazioni antidroga, oltre 36.000 le denunce, quasi 30.000 gli arresti per reati in violazione del DPR 309/90. Il 67,5% delle segnalazioni deferite all'Autorità Giudiziaria nel 2009 erano a carico di italiani ed un 9% riguardava la popolazione di genere femminile. L'età media dei soggetti segnalati è di poco superiore a trent'anni. In aumento la percentuale di persone straniere, di minori e di femmine deferite alle Autorità Giudiziarie.

Le denunce per reati legati alla produzione, traffico e vendita di sostanze illecite si concentrano in Lombardia, a differenza del profilo delle denunce per i reati più gravi, che si concentrano, invece, nella penisola meridionale ed insulare.

In aumento le denunce per traffico di eroina

Il 37% delle segnalazioni all'Autorità Giudiziaria per violazioni della normativa sugli stupefacenti riguardava il traffico di cocaina, seguite dalla cannabis (33%) ed in percentuale minore da eroina (19%), in aumento nel 2009 rispetto al 2008.

In considerazione dell'aumento negli ultimi anni degli eventi fatali in seguito al fenomeno delle "stragi del sabato sera", è stata attivata un'azione preventiva sia dal punto di vista normativo sia per quanto riguarda l'intensificazione delle azioni di controllo e monitoraggio dello stato psico-fisico dei conducenti. Il numero di controlli per fondato sospetto di guida sotto l'effetto di alcol e/o droghe svolti dalle FFOO nel 2008 è ulteriormente cresciuto (+15%) rispetto all'anno precedente, anno in cui gli eventi erano già incrementati del 76%. Ciò ha portato ad un effetto deterrente cui è corrisposto un forte calo della percentuale di positività per alcol: 15% nel 2006, 6% nel 2007, 3% nel 2008 e 2009. Similmente, si è abbassata anche la positività per droga: 1,4% nel 2006, 0,6% nel 2007, stabilizzandosi allo 0,3% nel 2008 e 2009.

Aumentano i controlli su strada e cala la percentuale di positività per alcol e droga

Le condanne per reati DPR 309/90 sono 13.500

Le persone condannate dall'Autorità Giudiziaria in seguito alla violazione del DPR 309/90 per reati legati al traffico di sostanze stupefacenti sono circa 13.500. Circa il 23% dei condannati mostra un comportamento recidivo, con un aumento della tendenza alla recidiva dal 2005. Gli stranieri risultano più recidivanti e coinvolti in reati di maggiore gravità.

Riduzione degli ingressi in carcere per reati DPR 309/90

Gli ingressi di soggetti adulti in istituti penitenziari nel 2009 per reati in violazione della normativa sugli stupefacenti, ammontano a 28.780 persone, parte delle quali ha avuto più ingressi nell'arco dell'anno di riferimento. Rispetto al 2008 si registra una riduzione di ingressi negli istituti penitenziari per tale reato

del 2,8%. Il 45% dei soggetti entrati negli istituti penitenziari nel 2008 per reati in violazione alla normativa per gli stupefacenti sono usciti in libertà nel corso dell'anno.

Il 45% esce in libertà nell'arco dell'anno

Dal 2009 si registra una riduzione del 31% degli ingressi di minori in carcere per reati legati al DPR 309/90. La reclusione di minori in violazione alla normativa sugli stupefacenti ha riguardato quasi esclusivamente il genere maschile (96%), con prevalenza di soggetti italiani (66,3%), mediamente 17-enni, senza apprezzabili differenze tra i minori di diversa nazionalità.

Riduzione degli ingressi in carcere per reati DPR 309/90 da parte di minori

III.4 REINSERIMENTO SOCIALE

In tutti i piani regionali si è registrato una forte presenza di programmi di reinserimento sociale e lavorativo con un investimento globale da parte delle regioni nel corso del 2009 di circa 12 milioni di euro. Contestualmente il Dipartimento per le Politiche Antidroga nel 2009 ha finanziato un progetto nazionale sul reinserimento lavorativo di 8,5 milioni di euro, per un totale nazionale di 20,5 milioni di euro.

20,5 milioni di euro investiti in attività di reinserimento lavorativo

Il 65% delle regioni ha dichiarato di ritenere prioritario l'attivazione di programmi di reinserimento lavorativo con alta accessibilità ai servizi per l'occupazione. Contemporaneamente il 39% delle regioni ha attivato interventi per il completamento dell'istruzione scolastica.

Nel 2009 sono state affidate ai servizi sociali 2.047 persone tossicodipendenti, con un incremento rispetto all'anno precedente pari al 48% dei soggetti che hanno beneficiato dell'affidamento (1.382 soggetti nel 2008 vs 2.047 soggetti nel 2009 di cui il 5,8% erano stranieri).

Affidamento in prova: aumento del 48% degli affidamenti in persone tossicodipendenti

Nel 26,2% dei casi è stato revocato l'affido per andamento negativo o altri motivi, mentre il 62,8% è giunto a buon fine. Nei restanti casi è stato archiviato.

Resta tuttavia critica la condizione conseguente ad un bassissimo utilizzo dell'art. 94 del DPR 309/90 rispetto alle necessità e possibilità esistenti. Da più parti è stata segnalata la necessità di ricorrere all'art. 94 per il trasferimento dei tossicodipendenti dalle carceri alle comunità terapeutiche e o servizi territoriali se ben controllati e particolarmente qualificati.

Bassissimo utilizzo dell'art. 94: necessità di aumentare l'efficienza della procedura di affidamento da parte dei Ser.T.

Da segnalare che dei tossicodipendenti affidati in virtù dell'art. 94 solo il 39,2% era stato arrestato in seguito alla violazione al DPR 309/90 (art. 73 o art. 74). La maggior parte delle persone pertanto è stato arrestato per reati contro la persona, contro il patrimonio (estorsione, truffa, rapina, etc) contro la famiglia, contro lo Stato o altri reati.

In crescita nell'ultimo biennio la quota di affidati agli Uffici di esecuzione penale esterna (UEPE) provenienti dalle strutture carcerarie; essa è passata dal 37% nel 2006 al 51% nel 2007, al 63% nel 2009.

Parte Prima

Dimensione del fenomeno

CAPITOLO I.1.

CONSUMO DI DROGA

I.1.1. Consumo di droga nella popolazione generale (studio GPS - ITA)

I.1.1.1. Metodologia

I.1.1.2. Sintesi sui consumi

I.1.1.3. Consumi di eroina

I.1.1.4. Consumi di cocaina

I.1.1.5. Consumi di cannabis

I.1.1.6. Consumi di stimolanti

I.1.1.7 Consumi di allucinogeni

I.1.1.8 Policonsumo

I.1.2. Consumo di droga nelle scuole e tra i giovani (studio SPS - ITA)

I.1.2.1. Metodologia

I.1.2.2. Sintesi sui consumi

I.1.2.3. Consumi di eroina

I.1.2.4. Consumi di cocaina

I.1.2.5. Consumi di cannabis

I.1.2.6. Consumi di stimolanti

I.1.2.7 Consumi di allucinogeni

I.1.2.8 Policonsumo

I.1.3. Consumo di alcol

I.1.4. La commercializzazione di sostanze stupefacenti via internet: le caratteristiche di un fenomeno e le strategie per affrontarlo

I.1.4.1. Le caratteristiche del fenomeno

I.1.4.2. Bisogni individuati

I.1.4.3. Progetti attivati dal Dipartimento Politiche Antidroga

I.1.4.4. Conclusioni

I.1. CONSUMO DI DROGA

Monitoraggio del fenomeno: parte strategica per la definizione di politiche efficaci

Il monitoraggio del fenomeno legato al consumo di sostanze psicotrope legali ed illegali in Europa ha assunto un ruolo strategico nel contrasto alla diffusione dello stesso. Solo mediante una continua e costante osservazione dell'evoluzione dei consumi nonché di altri fattori legati alla domanda ed all'offerta di sostanze stupefacenti è possibile raccogliere informazioni utili e necessarie al fine della definizione e dell'orientamento di nuove ed efficaci strategie di politiche di prevenzione e contrasto.

A tal fine l'Osservatorio Europeo sulle Droghe e sulle Tossicodipendenze (OEDT) ha definito cinque indicatori chiave, il primo dei quali è dedicato all'osservazione dei consumi di sostanze psicotrope nella popolazione generale e parallelamente nella popolazione studentesca.

Sulla base di una metodologia standard definita dallo stesso OEDT, tutti i paesi europei svolgono ricerche sul fenomeno della droga, da cui emergono informazioni essenziali per descrivere e comprendere l'impatto della diffusione delle sostanze illecite su scala nazionale. In un'epoca in cui l'importanza degli interventi fondati sull'esperienza è riconosciuta da più parti, non è un caso che 21 paesi abbiano riferito che i risultati degli studi condotti in questo settore forniscono, almeno in parte, un orientamento all'azione politica in materia di droghe.

La ricerca dei fenomeni legati agli stupefacenti rientra nei piani strategici o nei piani d'azione nazionali sulle droghe di 20 dei 27 paesi che hanno trasmesso dati al riguardo, come argomento a se oppure come contributo fondamentale alle politiche basate sull'esperienza. In 15 dei 27 paesi in esame esistono strutture che si occupano del coordinamento della ricerca sugli stupefacenti a livello nazionale.

Consumo di sostanze : studio sulla popolazione generale (GPS)

In Italia lo studio di popolazione generale sul consumo di stupefacenti (GPS) è stato avviato nel 2001 con continuità e periodicità biennale ed il confronto dei risultati emersi in questi ultimi 7 anni ha permesso di analizzare se e come si sono modificate le abitudini di utilizzo di sostanze psicoattive legali ed illegali, fornendo interessanti ed utili indirizzi anche nel contesto dinamico dell'evoluzione del fenomeno negli altri Stati membri EU.

Limiti metodologici e basso tasso di risposta

I noti limiti strutturali di queste metodologie di studio caratterizzati da esigui livelli di adesione alle indagini, con le conseguenti problematicità in termini di significatività delle informazioni raccolte, pongono tuttavia un'attenta riflessione di carattere metodologico orientando l'attenzione a nuovi percorsi informativi alternativi ed integrativi agli studi di popolazione, al fine di pervenire ad un profilo conoscitivo più aderente possibile alla situazione reale.

Attivazione di nuove metodologie multi osservazionali complementari

A tal proposito il Dipartimento per le Politiche Antidroga, oltre alle tradizionali indagini di popolazione, nel 2010 ha avviato due studi innovativi presso otto città dislocate su tutto il territorio nazionale, i risultati dei quali verranno confrontati con i profili conoscitivi desunti dalle indagini di popolazione.

Analisi acque reflue

Il primo studio adotta metodologie alternative per la rilevazione del consumo di sostanze stupefacenti, attraverso l'analisi microbiologica delle acque reflue nei bacini idrici. Dopo una fase sperimentale iniziata nel 2006 e proseguita nel successivo triennio presso alcune città italiane, nel 2010 questa metodologia è stata applicata in otto centri urbani, dove parallelamente sono state condotte le indagini di popolazione generale e studentesca. Tale metodologia, sebbene non consenta la stima diretta della prevalenza di consumo di stupefacenti (percentuale di popolazione), è in grado di fornire informazioni sulla quantità di sostanze consumate in specifici contesti geografici e temporali.

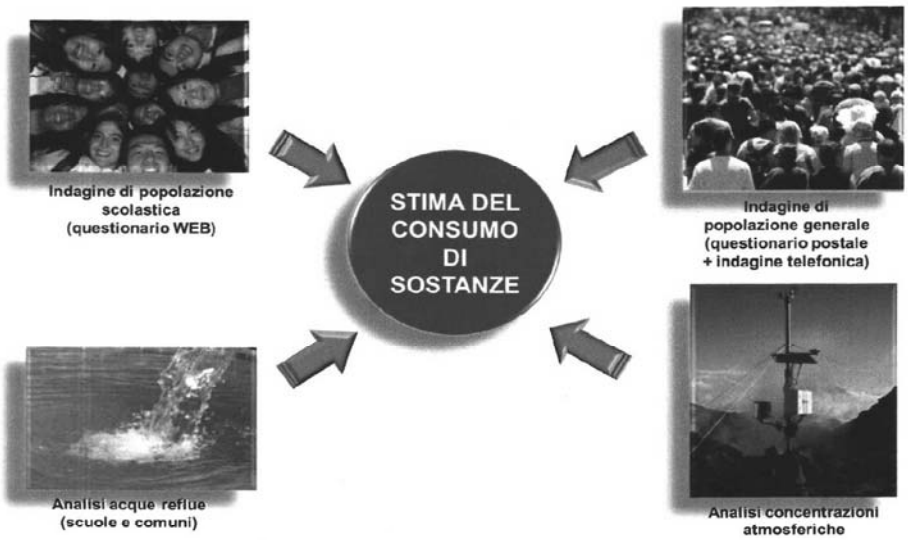
La conduzione periodica di queste analisi permettono altresì di valutare l'andamento temporale del fenomeno, direttamente confrontabile con altri tipologie di studi sul consumo di sostanze stupefacenti.

Analisi micropolveri aeree

Sulla base di studi condotti recentemente sulle concentrazioni atmosferiche è stata sperimentata anche una metodologia per la misura della presenza di sostanze stupefacenti nell'aria, che analogamente all'analisi delle acque reflue, non consente la stima diretta della prevalenza di consumo, ma fornisce indicazioni sulle quantità di sostanze presenti. Nel campione di otto città selezionate per la conduzione dell'analisi delle acque reflue, verrà condotto parallelamente una campagna di rilevazione delle polveri sottili, prelevate dall'aria con cadenza giornaliera per gruppi settimanali, sulle quali verranno condotte le analisi chimiche atte a valutare il contenuto aerale di cannabinoidi (Delta9-tetraidrocannabinolo, il cannabinolo e il cannabidiolo) e cocaina.

Stime basate su osservazioni multi dimensionali

Figura I.1.1: Progetti avviati dal Dipartimento per le Politiche Antidroga per il monitoraggio del consumo di sostanze nella popolazione generale e studentesca



Fonte: Dipartimento per le Politiche Antidroga - DPA

Con tali premesse il Dipartimento delle Politiche Antidroga (DPA) della Presidenza del Consiglio dei Ministri, nel rispetto ed in continuità con le strategie di politica socio-sanitaria nell'ambito delle Tossicodipendenze a livello nazionale ed europeo, nel primo semestre 2010 ha avviato due studi sul consumo di sostanze stupefacenti rispettivamente nella popolazione generale 15-64 anni e nella popolazione scolastica 15-19 anni, corredate dall'attivazione di nuove metodologie da applicare in concomitanza alle indagini di popolazione per supplire alle carenze informative di queste ultime.

Analisi delle coerenze dei trend

Al fine di comprendere meglio lo scenario generale e l'andamento del fenomeno nel suo complesso, oltre ad introdurre queste nuove metodologie di indagine, il DPA ha utilizzato anche un'analisi di coerenza dei trend di dati provenienti dalle diverse fonti informative indipendenti.

La tecnica consiste nel confrontare e valutare la coerenza degli andamenti rispetto ad una variabile principale scelta per il confronto, in questo caso "il calo o l'aumento dei consumi".

I.1.1. Consumo di droga nella popolazione generale (studio GPS-ITA)

Indagini di popolazione 15-64 anni

I dati preliminari relativi alla diffusione dei consumi di sostanze psicoattive in Italia, sono stati estratti dall'indagine campionaria nazionale GPS-ITA 2010 (General Population Survey) promossa dal Dipartimento per le Politiche

Antidroga e realizzata nel primo semestre 2010 in collaborazione con l'International Training Center di Torino.

Metodologie:
- invio postale dei questionari
- indagine telefonica parallela

Le informazioni disponibili dalla letteratura e dalle precedenti indagini condotte a livello nazionale circa il grado di adesione da parte della popolazione, hanno motivato il Dipartimento per le Politiche Antidroga, ad abbinare allo studio di popolazione tradizionale, effettuate mediante invio postale del questionario, che garantisce una maggiore privacy nelle risposte - quindi un livello maggiore di affidabilità nelle risposte a fronte di un grado di adesione più basso -, una seconda indagine pilota, con intervista telefonica, che di norma garantisce un livello di adesione superiore all'indagine postale, a supporto dei risultati ottenuti mediante l'indagine postale.

I.1.1.1 Metodologia

In questo paragrafo vengono riportati i criteri metodologici utilizzati nell'ambito della pianificazione e realizzazione dello studio di popolazione generale mediante somministrazione di questionario cartaceo e sul livello di adesione dello stesso.

Disegno di campionamento

Campioni rappresentativi

Il piano di campionamento delle unità statistiche per l'indagine postale è stato definito considerando come variabili di stratificazione le fasce di età 15-18 anni, 19-24 anni, 25-34 anni, 35-64 anni all'interno delle aree geografiche dell'Italia nord-occidentale, nord-orientale, centrale, meridionale e insulare. La dimensione campionaria è stata definita in modo tale da avere stime significative per ciascun strato definito in precedenza. Sulla base del modello di campionamento delle unità statistiche predisposto per l'indagine, sono state inizialmente selezionate le unità statistiche di primo stadio (comuni), distinguendo i comuni auto-rappresentativi (di grande dimensione, con una popolazione superiore ai 150.000 abitanti) dai comuni non-autorappresentativi (con 1.000 – 150.000 abitanti). Il piano di campionamento seguito è a due stadi, con due diversi livelli di stratificazione. Un primo strato era composto dai comuni auto-rappresentativi; gli altri strati erano formati dai comuni non auto-rappresentativi appartenenti alle diverse province (due comuni per provincia). Per ciascun comune estratto, si è proceduto alla selezione delle unità statistiche di secondo stadio (residenti).
La selezione dei nominativi dei soggetti da intervistare - per ciascun comune e stratificati per fascia di età e genere - è stata effettuata attraverso una procedura di campionamento casuale semplice, al fine di garantire la casualità delle unità statistiche individuate.

Tabella I.1.1: Distribuzione dei soggetti da intervistare nell'indagine di popolazione postale - GPS/ITA 2010 - secondo il piano di campionamento, per età e ripartizione geografica

Ripartizione geografica	15 - 18	19 - 24	25 - 34	35 - 64	Totale
Italia nord/orientale	1.105	1.552	3.803	11.911	18.371
Italia nord/occidentale	1.386	1.978	4.653	15.147	23.164
Italia centrale	1.507	2.168	4.810	15.043	23.528
Italia meridionale	1.668	2.354	4.338	11.745	20.105
Italia insulare	1.169	1.654	3.038	8.371	14.232
Totale	**6.835**	**9.706**	**20.642**	**62.217**	**99.400**

Fonte: Studio GPS-ITA 2010 – Dipartimento Politiche Antidroga

In Tabella I.1.1. è rappresentata la distribuzione dei soggetti da intervistare - sulla base del piano di campionamento - secondo la classe di età e l'area geografica.

Strumento di indagine

Per la raccolta dei dati necessari per rispondere agli obiettivi dell'indagine postale, è stato predisposto un questionario totalmente anonimo autocompilato attraverso il quale è stato chiesto all'intervistato di esprimersi, sia in termini di esperienza che in termini di opinione, in merito a tre ambiti ben definiti:

a) lo stile di vita: alimentazione e movimento, uso di tabacco, di alcol e di farmaci (sedativi, tranquillanti come ansiolitici, sonniferi, ecc.);
b) il consumo di sostanze psicoattive: hashish e/o marijuana, ecstasy, anfetamine, eroina e/o altri oppiacei, allucinogeni, lsd, mescalina, sintetici, ketamina, cocaina e/o crack, sostanze inalanti (colle, solventi, popper) con riferimento a diversi intervalli temporali, ovvero:
    - almeno una volta nella vita
    - negli ultimi 12 mesi
    - negli ultimi 30 giorni
    - giornaliero
c) la percezione del rischio di salute legato al consumo di sostanze psicoattive e la valutazione del rischio (fisico, psichico e/o sociale) che le persone corrono in generale nell'assumere determinati comportamenti.

La sezione finale dello strumento conteneva alcune domande sulle caratteristiche socio-anagrafiche del rispondente, che sono state considerate nelle analisi di approfondimento dei profili dei consumatori di sostanze psicoattive. Il rispondente poteva infine riportare eventuali note/osservazioni in un apposito spazio.
Ad eccezione delle domande che richiedevano l'indicazione di un numero (esempio: anni, mesi, giorni), tutti i quesiti prevedevano risposte chiuse. Come riportato nel prospetto seguente, il numero di quesiti variava da un minimo di 43 ad un massimo di 82, a seconda del profilo di consumo di sostanze psicoattive che caratterizzava la persona intervistata (Tabella I.1.2).

Tabella I.1.2: Distribuzione dei soggetti da intervistare nell'indagine di popolazione postale - GPS/ITA 2010 - secondo il piano di campionamento, per età e ripartizione geografica

Sezione del questionario	Numero quesiti	
	Minimo	Massimo
Alimentazione	3	3
Attività fisica	4	6
Consumo di tabacco	2	3
Consumo di alcol	2	6
Assunzione di farmaci (sedativi, tranquillanti come ansiolitici, sonniferi, ecc.)	1	5
Uso di hashish e/o marijuana	1	5
Uso di ecstasy	1	5
Uso di anfetamine	1	5
Uso di eroina e/o altri oppiacei	1	5
Uso di allucinogeni (lsd, mescalina, sintetici, ketamina, ecc.)	1	5
Uso di cocaina e/o crack	1	5
Uso di sostanze inalanti (colle, solventi, popper)	1	5
Percezione del rischio	5	5
Attitudini al rischio	13	13
Caratteristiche del rispondente	6	6
Totale	***43***	***82***

Fonte: Studio GPS-ITA 2010 – Dipartimento Politiche Antidroga

Particolare attenzione è stata dedicata alla predisposizione dello strumento, sotto l'aspetto dei contenuti e dal punto di vista grafico. Per valutarne la completezza e le sue eventuali differenze con altri strumenti già utilizzati in studi analoghi, è

stato effettuato un confronto con il questionario italiano (IPSAD 2005) e con le indicazioni contenute in "Handbook for survey on drug use among general popolation" (EMCDDA, 2002).
Nell'ambito dell'indagine telefonica, lo strumento di rilevazione è stato implementato nel sistema CATI (Computer Assisted Telephon Interviewing), al fine di permettere la conduzione della seconda fase dello studio di popolazione generale.

Realizzazione dello studio

Lo studio di popolazione generale è stato condotto nel primo semestre 2010; l'indagine postale è stata strutturata in due fasi, primo invio e sollecito per l'intero campione di 99.400 cittadini, mentre l'indagine telefonica è stata condotta ed ultimata al raggiungimento delle 3.000 unità statistiche contattate e partecipanti allo studio.
Alla data del 15 maggio i questionari compilati e pervenuti al Dipartimento per le Politiche Antidroga ammontavano a 12.323 corrispondenti al 12,7% del campione selezionato per lo studio (99.400 dei quali circa 2.000 sono stati esclusi per mancato recapito del questionario), con variazioni tra il 9,2% di adesione nell'Italia insulare al 16,3% nell'Italia nord-orientale (Tabella I.1.3).

Tabella I.1.3: Distribuzione della percentuale di adesione all'indagine di popolazione postale - GPS/ITA 2010 per ripartizione geografica

Ripartizione geografica	Questionari spediti	Questionari non recapitati	Questionari raccolti	% di adesione allo studio
Italia nord/orientale	18.371	364	2.943	16,3%
Italia nord/occidentale	23.164	447	3.238	14,1%
Italia centrale	23.528	482	2.911	12,6%
Italia meridionale	20.105	416	1.949	10,0%
Italia insulare	14.232	308	1.282	9,2%
Totale	**99.400**	**2.017**	**12.323**	**12,7%**

Fonte: Studio GPS-ITA 2010 – Dipartimento Politiche Antidroga

Dal punto di vista metodologico va evidenziato che la particolarità del fenomeno oggetto di studio ed il metodo di rilevazione, che pur fornendo maggiore affidabilità delle informazioni rilevate, influisce sul livello di rispondenza (dato inferiore alla media europea), comportando quindi una probabilità molto elevata di distorsione dell'informazione rilevata. L'esperienza di tutta l'epidemiologia è che fra i rispondenti e i non rispondenti vi sia una forte differenza nella variabile di interesse, che nel caso di GPS-ITA si traduce con il fatto che la popolazione non rispondente potrebbe usare sostanze stupefacenti molto di più (e in questo caso i dati riportati sottostimerebbero il fenomeno), oppure anche che gli utilizzatori hanno tutti partecipato per affermare il loro uso, sfruttando l'anonimato dell'indagine (e in questo caso si avrebbe una sovrastima). L'ipotesi più probabile è la prima, anche se non vi sono chiare evidenze in merito; i profili e gli andamenti provenienti da queste indagini andranno confrontati ed analizzati nella loro coerenza generale con tutti gli altri provenienti da fonti diverse e rappresentativi di altri aspetti del fenomeno.
La presentazione del profilo del consumo di sostanze stupefacenti in questa sezione sarà quindi orientata a fornire un quadro generale ed indicativo del fenomeno nella popolazione generale italiana, sebbene non statisticamente rappresentativo di tutta la popolazione.
A favore della tendenza dei risultati ottenuti nell'indagine di popolazione generale mediante somministrazione dei questionari cartacei, depone anche l'indagine pilota telefonica condotta su un campione di 3.000 residenti italiani, alla quale ha

aderito il 67% di soggetti contattati per lo studio. I risultati evidenziano un profilo dei consumi di sostanze stupefacenti nel 2010 in diminuzione rispetto alla precedente rilevazione, pur considerando le differenti metodologie utilizzate ed i diversi fattori che influiscono sulle risposte fornite.

Tabella I.1.4: Distribuzione della percentuale di adesione all'indagine di popolazione telefonica - GPS/ITA 2010

	Residenti contattati	Interviste raccolte	% di adesione allo studio
Indagine telefonica nazionale	4.490	3.009	67,0%

Fonte: Studio GPS-ITA 2010 – Dipartimento Politiche Antidroga

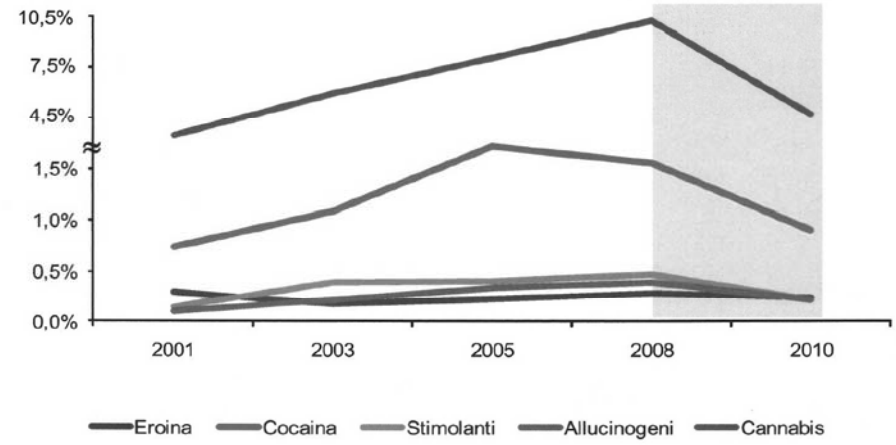
Quale ulteriore verifica sulla coerenza delle informazioni raccolte nell'indagine di popolazione generale, è stata condotta un'analisi sulla prevalenza del consumo di psicofarmaci (tranquillanti, sedativi, benzodiazepine, etc.), distintamente per genere e fascia di età, i cui risultati confermano i profili di consumo noti per tale tipologia di farmaco.

I.1.1.2 Sintesi sui consumi

I risultati dello studio che verranno presentati nei prossimi paragrafi si riferiscono all'analisi delle informazioni raccolte sui 12.323 questionari compilati. Da un'analisi complessiva sull'andamento dei consumi di sostanze stupefacenti (una o più volte negli ultimi 12 mesi) dal 2008 al 2010 si osserva una generale riduzione del consumo per tutte le sostanze indagate.

Diminuzione globale del consumo nella popolazione generale

Figura I.1.2: Consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione generale 15-64 anni (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anni 2001 - 2010



Fonte: Elaborazione su dati IPSAD Italia 2001 – 2008, e dati SPS-ITA 2010

Tabella I.1.5: Prevalenza di consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione generale 15-64 anni (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Anno 2010

Sostanza	Prevalenza 2008	Prevalenza 2010	Differenza 2008-2010	Differenza % 2008-2010
Eroina	0,39%	0,25%	-0,14 punti %	-35,9 %
Cocaina	2,1%	0,9%	-1,2 punti %	-57,1%
Cannabis	14,3%	5,2%	-9,10 punti %	-63,6%
Stimolanti	0,74%	0,22%	-0,52 punti %	-70,3%
Allucinogeni	0,65%	0,22%	-0,43 punti %	-66,2%

Fonte: Studio GPS-ITA 2010 – Dipartimento Politiche Antidroga

I.1.1.3 Consumi di eroina

Secondo i risultati dell'indagine di popolazione generale condotta nel primo semestre 2010, l'1,29% del campione di popolazione italiana di età compresa tra i 15 ed i 64 anni sembra aver sperimentato il consumo di eroina almeno una volta nella vita, mentre lo 0,25% l'ha utilizzata anche nel corso dei dodici mesi antecedenti la compilazione del questionario.
Il consumo nel corso degli ultimi trenta giorni ha coinvolto lo 0,16% della popolazione italiana, coinvolgendo in particolare le classi di età 15-34 anni di genere maschile e 15-25 delle femmine (rispettivamente 0,46% e 0,2%).

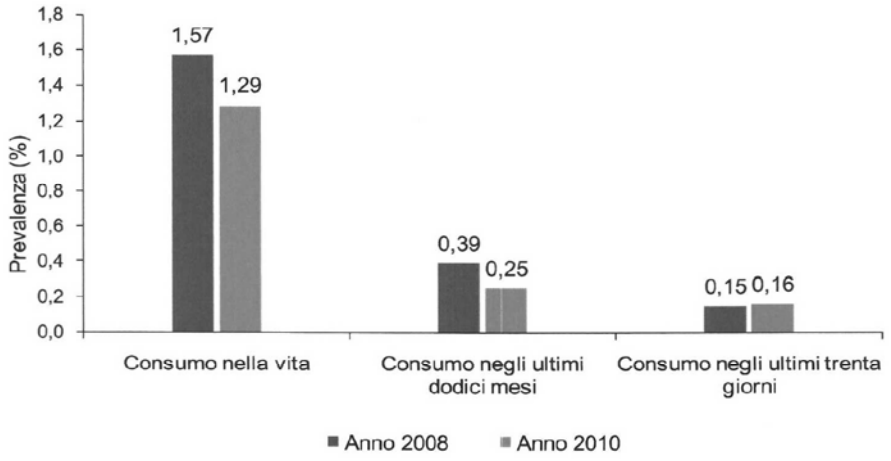
Figura I.1.3: Consumo di eroina nella popolazione generale (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi e negli ultimi trenta giorni). Confronto anni 2008 – 2010

Diminuzione dei consumi di eroina;

Il 98,7% della popolazione generale non ha mai assunto eroina, mentre l'1,3% ha usato eroina almeno una volta nella vita

Solo lo 0,16% l'ha consumata negli ultimi 30 giorni

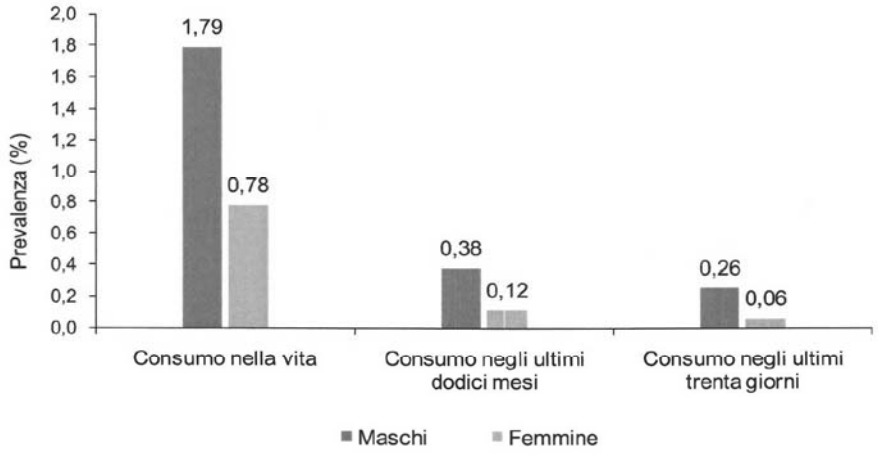
Cala il consumo occasionale, stabile il consumo frequente



Fonte: Elaborazione su dati GPS-ITA 2010

Sensibili differenze si osservano tra la popolazione maschile e femminile, con particolare riferimento al consumo della sostanza almeno una volta nella vita, sebbene in termini percentuali, la maggiore differenza si osserva per il consumo negli ultimi 30 giorni (femmine -75% vs maschi).

Figura I.1.4: Consumo di eroina nella popolazione generale (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi e negli ultimi trenta giorni), per genere. Anno 2010

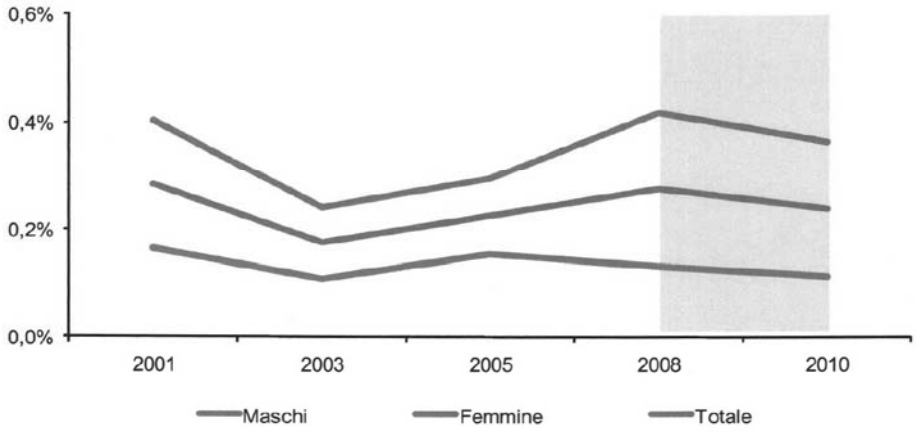


Fonte: Elaborazione su dati GPS-ITA 2010

Trend in lieve diminuzione per l'uso di eroina nella popolazione generale

Sebbene con le dovute cautele, dopo la ripresa del consumo di eroina dal 2003 al 2008, in particolare nella popolazione maschile giovane-adulta (18-24 anni), nel 2010 i consumi sembrano invertire l'andamento precedente, ad eccezione dei consumi da parte della popolazione femminile che confermano il trend in diminuzione osservato nel periodo 2005-2008.

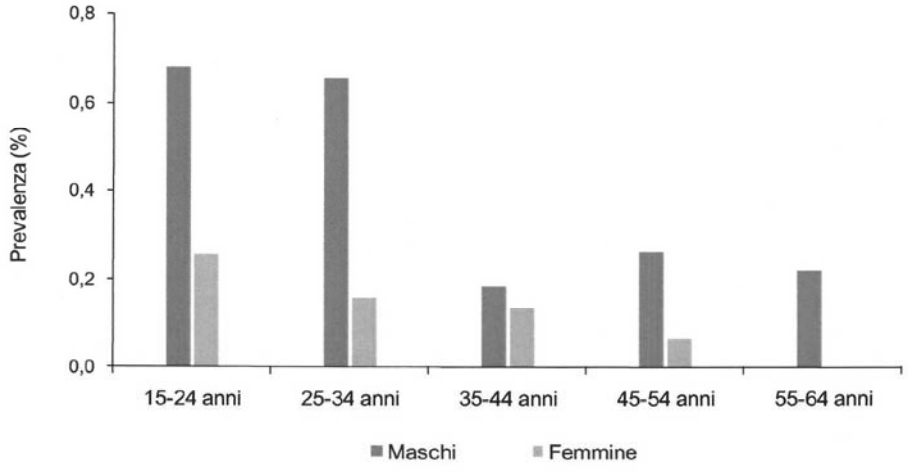
Figura I.1.5: Consumo di eroina nella popolazione generale (una o più volte negli ultimi 12 mesi) secondo il genere. Anni 2001 - 2010



Fonte: Elaborazione su dati IPSAD-Italia 2001-2008 e GPS-ITA 2010

Le quote più elevate di consumatori di eroina si rilevano tra i giovani maschi di 15-34 anni (0,67%) e tra le femmine di 15-24 anni (0,26%); il consumo decresce progressivamente all'aumentare dell'età del campione femminile, fino a raggiungere una quota pari allo 0,07% tra le donne di 45-54 anni. Valori tendenzialmente stabili per i maschi 35-64enni, dove si osservano valori oscillanti tra 0,19% e 0,26%.

Figura I.1.6: Consumo di eroina nella popolazione generale (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età



I maschi usano eroina di più rispetto alle femmine delle generazioni più adulte

Fonte: Elaborazione su dati GPS-ITA 2010

Il consumo frequente di eroina (20 volte o più negli ultimi 30 giorni) si riscontra nel 20% dei maschi che hanno riferito il consumo di eroina nell'ultimo mese, mentre la totalità delle femmine l'ha assunta da una ad un massimo di cinque volte.

I.1.1.4 Consumi di cocaina

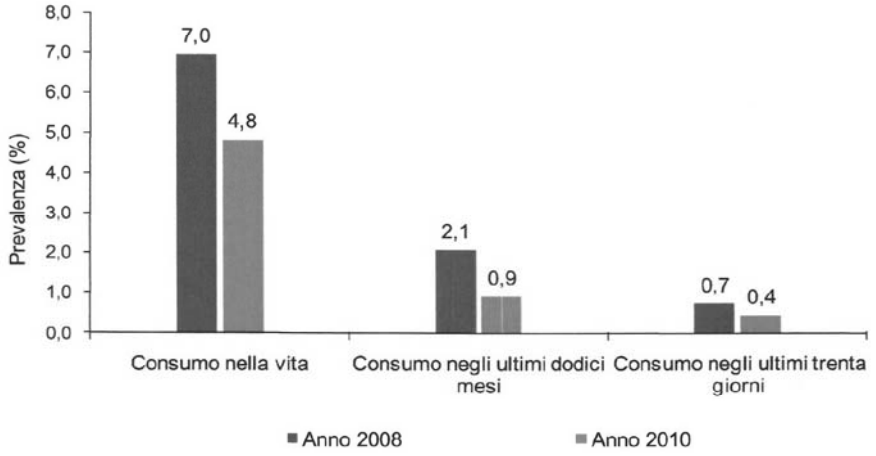
Il 4,8% dei soggetti italiani di 15-64 anni ha provato ad assumere cocaina almeno una volta nella vita, mentre lo 0,9% ammette di averne consumato anche nel corso dell'ultimo anno. Il consumo attuale di cocaina, riferito ai trenta giorni antecedenti lo svolgimento della rilevazione, è stato dichiarato dallo 0,4% dei soggetti intervistati. Rispetto al 2008, i dati preliminari del 2010 indicano una riduzione dei consumi più marcata tra coloro che hanno assunto cocaina negli ultimi 12 mesi.

Figura I.1.7: Consumo di cocaina nella popolazione generale (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi e negli ultimi trenta giorni). Anni 2008 – 2010

Diminuzione dei consumi di cocaina;

Il 95,2% della popolazione generale non ha mai assunto cocaina, mentre il 4,83% ha usato cocaina almeno una volta nella vita

Solo lo 0,4% l'ha consumata negli ultimi 30 giorni nel 2010

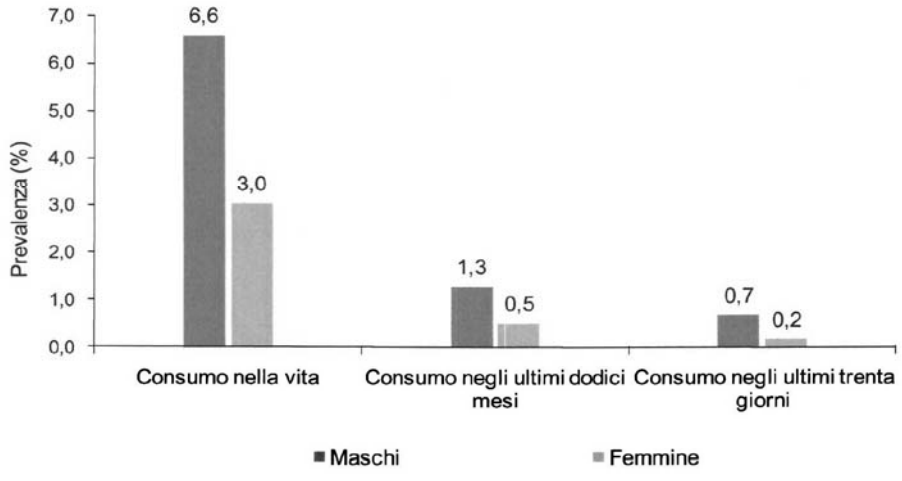


Fonte: Elaborazione su dati GPS-ITA 2010

Analogamente al consumo di eroina, sensibili differenze si osservano tra i rispondenti di genere maschile e femminile, con particolare riferimento al consumo di cocaina almeno una volta nella vita, sebbene in termini percentuali, la maggiore differenza si osserva per il consumo negli ultimi 30 giorni (femmine -75% vs maschi).

Figura I.1.8: Consumo di cocaina nella popolazione generale (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi e negli ultimi trenta giorni). Anni 2008 – 2010

Maggiore prevalenza nei maschi

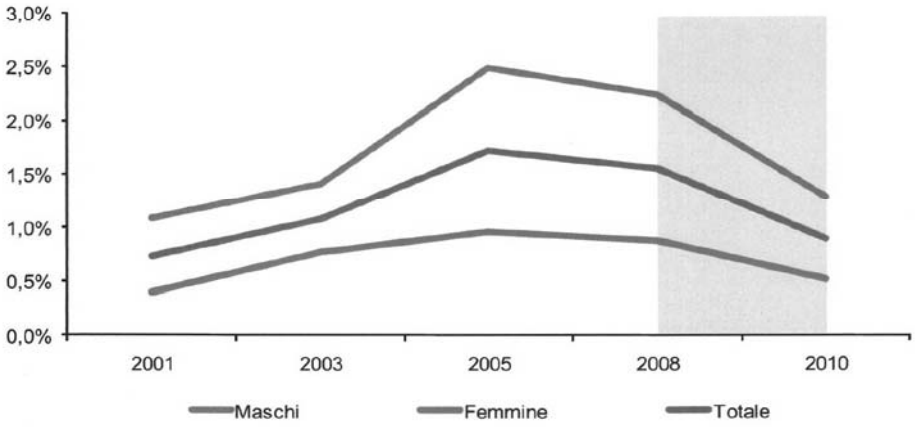


Fonte: Elaborazione su dati GPS-ITA 2010

Secondo l'andamento evidenziato dai dati inerenti alle ultime cinque indagini, sembra confermata l'inversione di tendenza osservata nel periodo 2005-2008 a favore di una riduzione dei consumi di cocaina tra la popolazione italiana con una propensione maggiore tra i maschi rispetto al genere femminile.

Trend dei consumi di cocaina in diminuzione nella popolazione generale

Figura I.1.9: Consumo di cocaina nella popolazione generale (una o più volte negli ultimi 12 mesi) secondo il genere. Anni 2001 - 2010

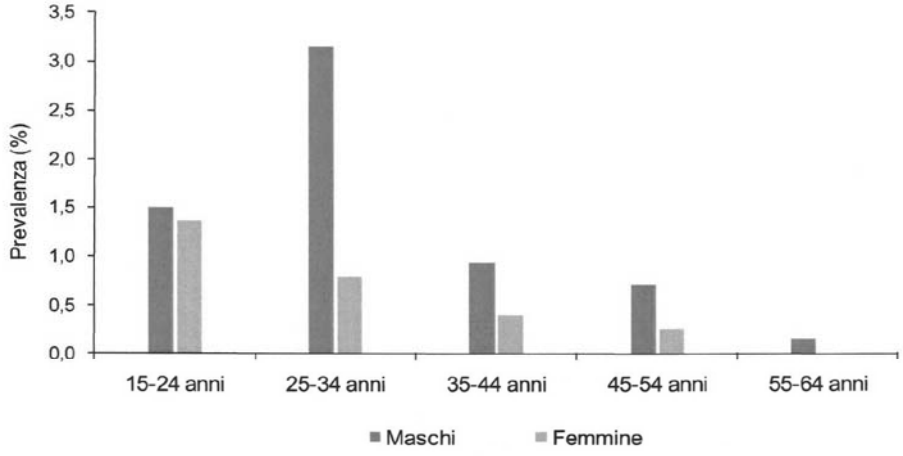


Fonte: Elaborazione su dati IPSAD-Italia 2001-2008 e GPS-ITA 2010

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

Il consumo di cocaina una o più volte nel corso dell'ultimo anno riguarda in particolar modo i maschi di età compresa tra i 25 ed i 34 anni.
Nelle femmine, sono le giovanissime di 15-24 anni, in percentuale maggiore, a riferire di aver consumato cocaina (1,36%). Le prevalenze di consumo diminuiscono progressivamente nelle classi di età superiori, fino a raggiungere, tra le 45-54enni, lo 0,26% e tra i maschi di 55-64 anni, la prevalenza dello 0,15%.

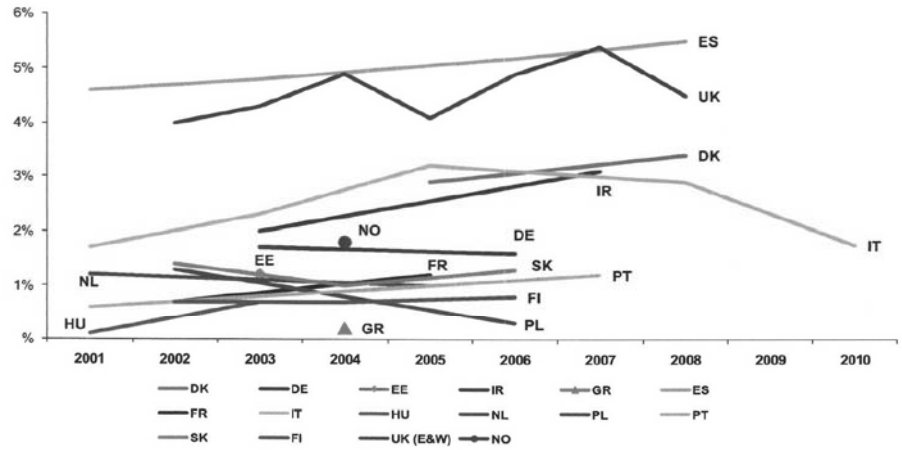
Figura I.1.10: Consumo di cocaina nella popolazione generale (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età



Fonte: Elaborazione su dati GPS-ITA 2010

Rispetto al consumo di cocaina nella popolazione giovane adulta europea (15-34 anni), l'Italia si colloca tra gli Stati membri con maggior consumo, sensibilmente inferiore a Spagna e Regno Unito. Dal 2005 si assiste ad una lieve inversione di tendenza rispetto al periodo precedente.

Figura I.1.11: Consumo di cocaina nella popolazione generale 15-34 anni (una o più volte negli ultimi 12 mesi) nei vari paesi europei. Anni 2001 - 2008



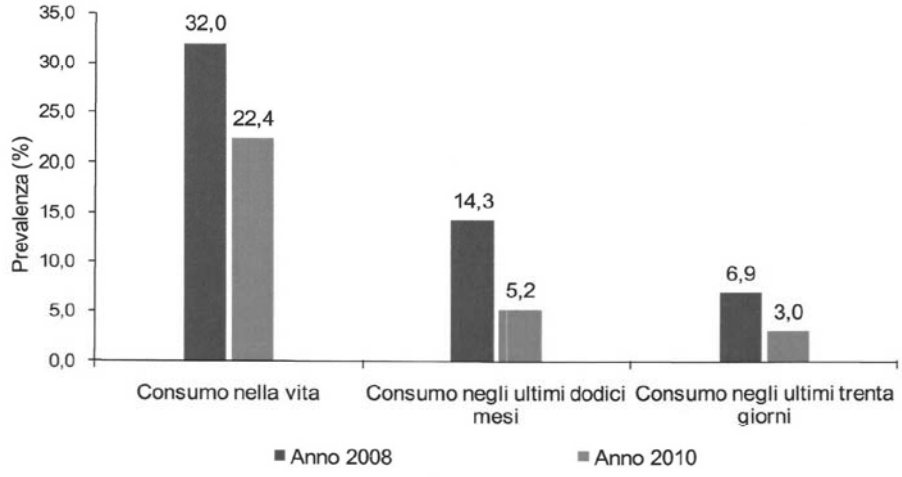
Fonte: Bollettino statistico EMCDDA 2009, aggiornato con dati GPS 2010

Tra i soggetti che hanno consumato cocaina nel corso dell'ultimo mese, il 67% del collettivo maschile ed il 78% di quello femminile ha riferito di averla utilizzata fino a 5 volte in 30 giorni, mentre l'assunzione quotidiana (20 o più volte nell'ultimo mese) è stata riferita dal 7,4% dei maschi e dal 11,1% delle femmine.

I.1.1.5 Consumi di cannabis

In Italia, secondo i dati rilevati nel primo semestre 2010, il consumo di cannabis è stato sperimentato dal 22,4% della popolazione di 15-64 anni, mentre il 5,2% ha continuato ad utilizzarne nel corso dell'ultimo anno (Figura I.1.12). Le prevalenze di consumo si riducono ulteriormente quando l'utilizzo riguarda l'ultimo mese, coinvolgendo il 3,0% della popolazione italiana di riferimento.

Figura I.1.12: Consumo di cannabis nella popolazione generale (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi e negli ultimi trenta giorni). Anni 2008 – 2010



Fonte: Elaborazione su dati GPS-ITA 2010

Differenze più contenute rispetto al consumo di eroina e cocaina si osservano tra maschi e femmine. In analogia alle sostanze precedenti la maggiore differenza per

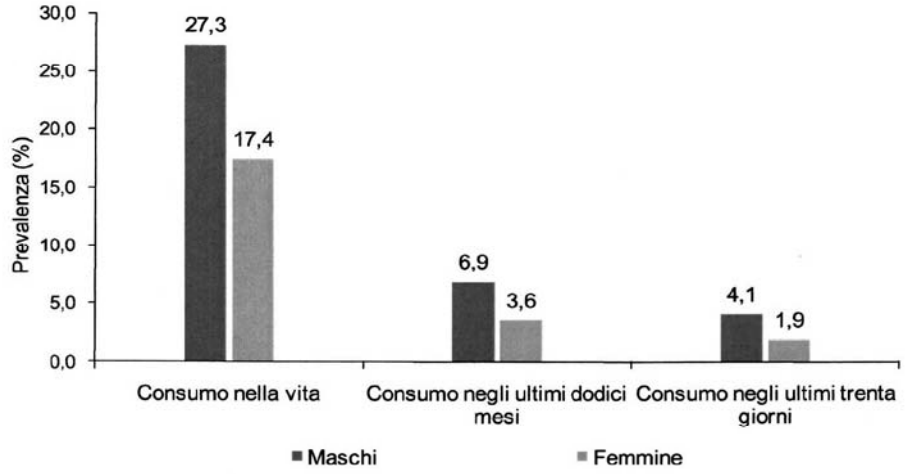
Diminuzione dei consumi di cannabis;

Il 77,6% della popolazione generale non ha mai assunto cannabis, mentre il 22,4% ha usato cannabis almeno una volta nella vita

Il 3,0% l'ha consumata negli ultimi 30 giorni

genere si osserva per il consumo negli ultimi 30 giorni (femmine -54% vs maschi).

Figura I.1.13: Consumo di cannabis nella popolazione generale (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi e negli ultimi trenta giorni) per genere

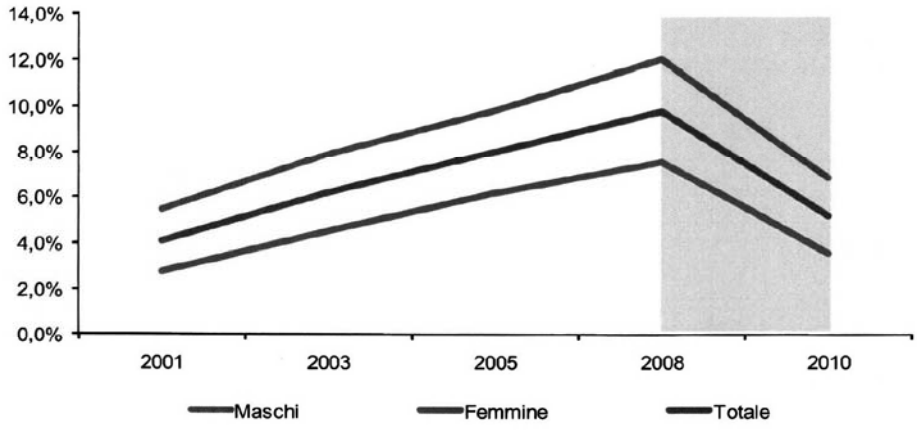


Fonte: Elaborazione su dati GPS-ITA 2010

Secondo le informazioni raccolte nelle indagini di popolazione condotte dal 2001 al 2010, per il consumo di cannabinoidi si riscontra un progressivo e lineare aumento nel periodo 2001-2008, seguito da un forte calo nel 2010 (Figura I.1.13), che secondo i dati rilevati sembrerebbe riportare i consumi ad inizio del millennio. Questa tendenza alla diminuzione, sebbene debba essere considerata con attenzione, viene confermata anche dal il confronto con altre fonti informative.

Figura I.1.14: Consumo di cannabis nella popolazione generale (una o più volte negli ultimi 12 mesi) secondo il genere. Anni 2001 - 2008

Trend in diminuzione per il consumo di cannabis nella popolazione generale dal 2008



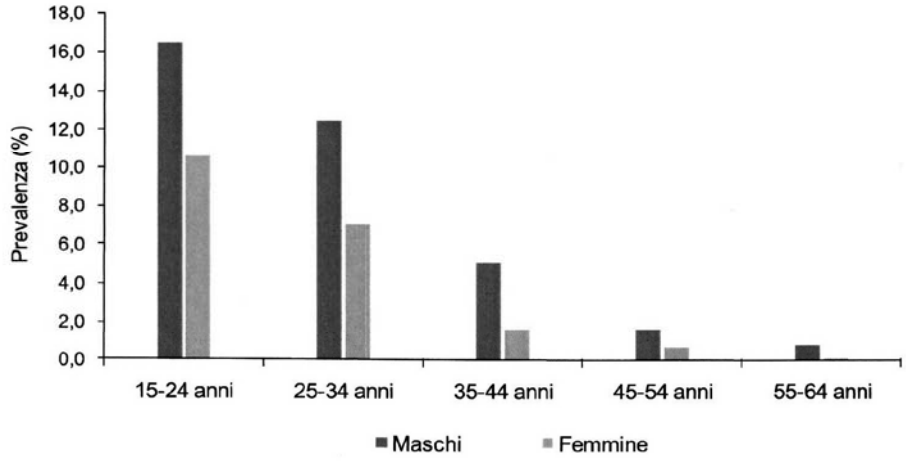
Fonte: Elaborazione su dati IPSAD-Italia 2001-2008 e GPS-ITA 2010

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

Forte presenza anche del genere femminile

L'uso di cannabis risulta più diffuso tra i soggetti di 15-24 anni (m=16,5%; f=10,6%) e di 25-34 anni (m=12,5%; f=7,1%), per diminuire progressivamente all'aumentare dell'età degli intervistati. Il maggior decremento si registra nel passaggio dai 25-34 anni alla successiva fascia di età per le femmine (7,1% vs 1,7%) e dalla classe 35-44 anni e quella successiva per i maschi (5,1% vs 1,7%). Tra i soggetti di 45-54 anni, le quote di consumatori di cannabis raggiungono il l'1,7% tra i maschi e lo 0,7% tra le femmine.

Figura I.1.15: Consumo di cannabis nella popolazione generale (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età



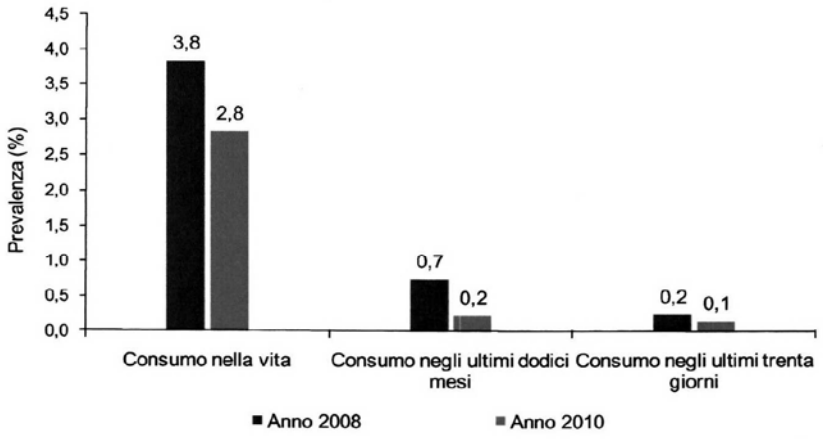
Fonte: Elaborazione su dati GPS-ITA 2010

La frequenza d'uso di cannabinoidi durante l'ultimo mese differenzia i consumatori sulla base del genere: pur prevalendo in entrambi i generi l'uso di cannabis meno di 5 volte negli ultimi 30 giorni, tra i maschi si osserva una percentuale maggiore rispetto alle femmine, di consumatori che hanno assunto cannabis da 6 a 19 volte nell'ultimo mese o 20 volte è più.

I.1.1.6 Consumi di stimolanti

Il 2,8% della popolazione di 15-64 anni residente in Italia, almeno una volta nel corso della propria vita ha avuto un contatto con amfetamine, ecstasy o altri stimolanti, mentre lo 0,2% e lo 0,1% ha assunto queste sostanze almeno una volta nel corso rispettivamente dei dodici mesi e dei trenta giorni antecedenti lo svolgimento dell'indagine.

Figura I.1.16: Consumo di stimolanti nella popolazione generale (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni). Anni 2008 e 2010



Fonte: Elaborazione su dati GPS-ITA 2010

Diminuzione dei consumi di stimolanti;

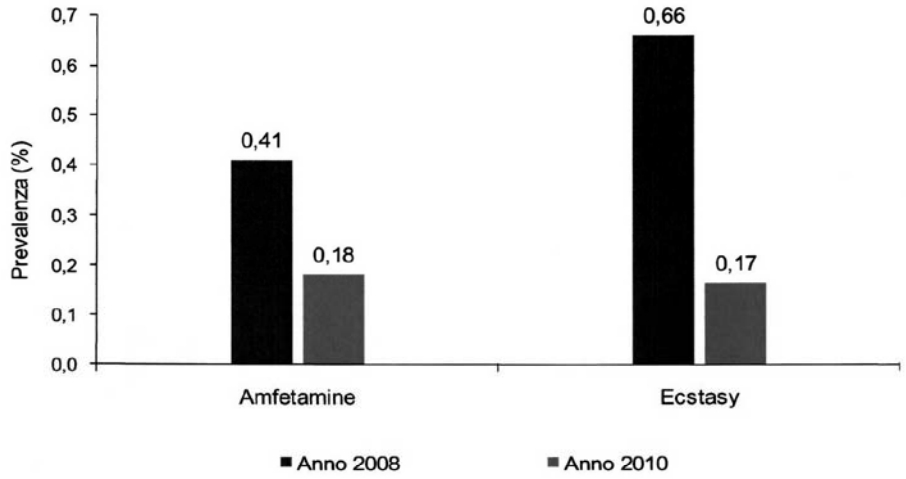
Il 97,2% della popolazione generale non ha mai assunto stimolanti, mentre il 2,8% ha usato stimolanti almeno una volta nella vita

Lo 0,1% li ha consumati negli ultimi 30 giorni

Distinguendo tra tipologia di sostanza psicoattiva stimolante, non si osservano differenze nei consumi tra ecstasy e amfetamine negli ultimi 12 mesi, mentre sensibili differenze emergono dal confronto con i consumi rilevati nel 2008, con

particolare riferimento al consumo di ecstasy (0,66% vs 0,17%) (Figura I.1.17).

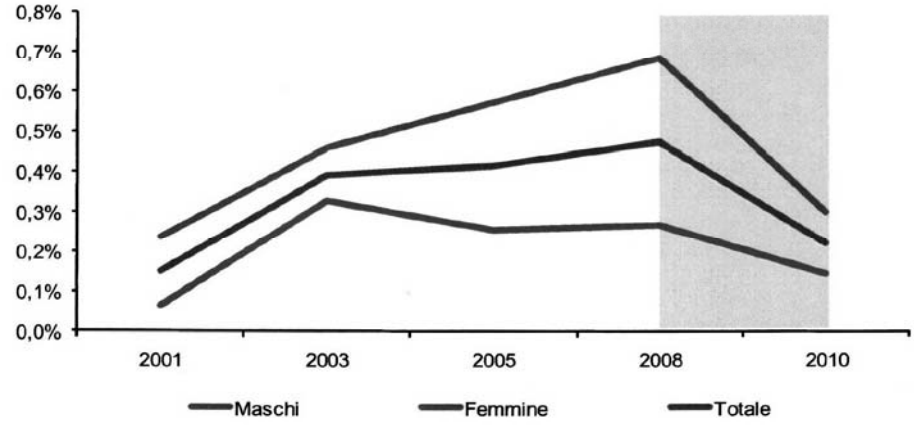
Figura I.1.17: Consumo di Ecstasy ed Amfetamine nella popolazione generale (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Anni 2008 e 2010



Fonte: Elaborazione su dati GPS-ITA 2010

L'andamento dei consumi di stimolanti una o più volte negli ultimi 12 mesi, rilevati nel periodo 2001 – 2010 evidenzia tendenze differenziate per genere: il consumo da parte dei maschi segue un andamento crescente fino al 2008, seguito da una contrazione nel 2010. Una contrazione dei consumi da parte delle femmine si riscontra già dal 2005 e successivamente nel 2010.

Figura I.1.18: Consumo di stimolanti nella popolazione generale (una o più volte negli ultimi 12 mesi) secondo il genere. Anni 2001 - 2008

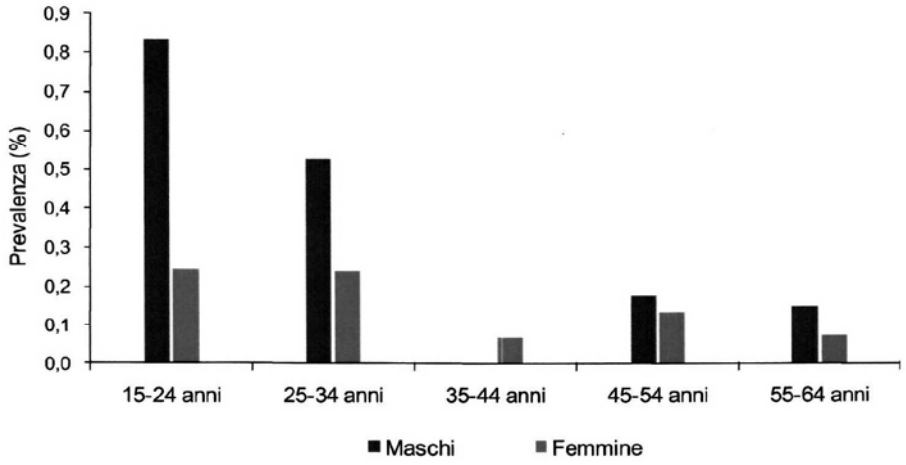


Fonte: Elaborazione su dati IPSAD-Italia 2001-2008 e GPS-ITA 2010

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

Durante l'ultimo anno, il consumo di sostanze stimolanti ha coinvolto soprattutto il genere maschile ed i soggetti più giovani di 15-24 anni e i giovani adulti di 25-34 anni. Le prevalenze di consumo decrescono tra i maschi in corrispondenza dell'aumentare dell'età degli intervistati, raggiungendo lo 0,15% nell'età più avanzata. Prevalenze più contenute si osservano nelle femmine, per le quali risulta meno evidente l'andamento decrescente con l'aumentare dell'età.

Figura I.1.19: Consumo di stimolanti nella popolazione generale (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età



Fonte: Elaborazione su dati GPS-ITA 2010

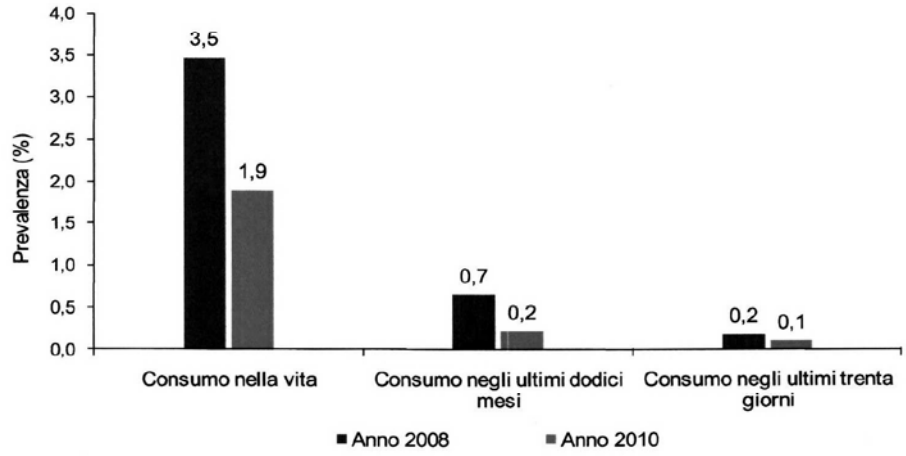
Il 60% delle consumatrici di stimolanti negli ultimi 30 giorni ed il 44,4% dei maschi, hanno riferito di aver utilizzato le sostanze stimolanti dalle 6 alle 19 volte; rispetto alle altre sostanze si osserva una prevalenza di consumo più frequente. Il 33,3% dei maschi ed il 40% delle femmine riferiscono un consumo da 1 a 5 volte nell'ultimo mese ed un ulteriore 22,2% dei maschi ha consumato la sostanza giornalmente (20 o più volte).

Tra i consumatori di stimolanti nell'ultimo mese prevalente l'uso frequente

I.1.1.7 Consumi di allucinogeni

L'1,9% della popolazione italiana di riferimento ha sperimentato il consumo di allucinogeni (almeno una volta nella vita), mentre lo 0,2% li ha consumati anche nel corso dei dodici mesi antecedenti la compilazione del questionario.
Nel corso degli ultimi trenta giorni, il ricorso all'assunzione di allucinogeni è stato riferito dallo 0,1% della popolazione generale.

Figura I.1.20: Consumo di allucinogeni nella popolazione generale (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi e negli ultimi trenta giorni)



Fonte: Elaborazione su dati GPS-ITA 2010

Diminuzione dei consumi di allucinogeni;

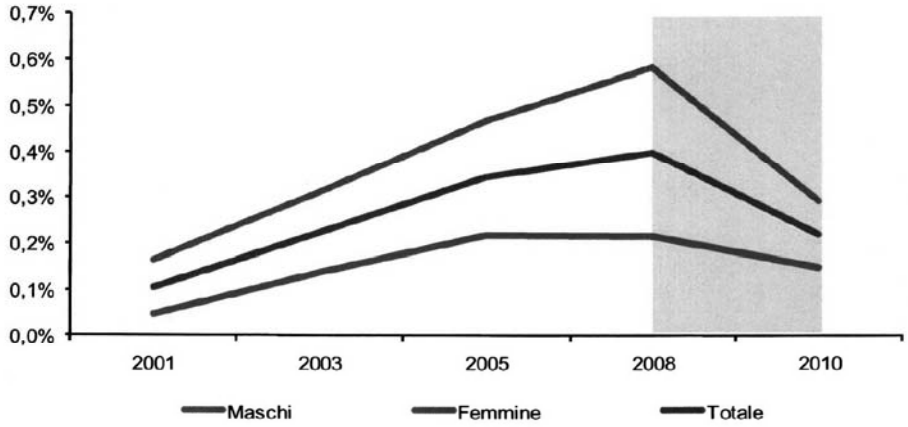
Il 98,1% della popolazione generale non ha mai assunto allucinogeni, mentre lo 0,2% ha usato allucinogeni almeno una volta nella vita

Lo 0,1% li ha consumati negli ultimi 30 giorni

Anche per il consumo di allucinogeni, nel 2010 si riscontra una contrazione dei

consumi, con andamenti similari al consumo di stimolanti; nella popolazione maschile, infatti, si osserva un aumento dei consumi fino al 2008, contrapposto da una riduzione nel 2010. Meno marcata l'inversione di tendenza dell'uso di allucinogeni nelle femmine che inizia già nel 2005 e si accentua leggermente nel 2010.

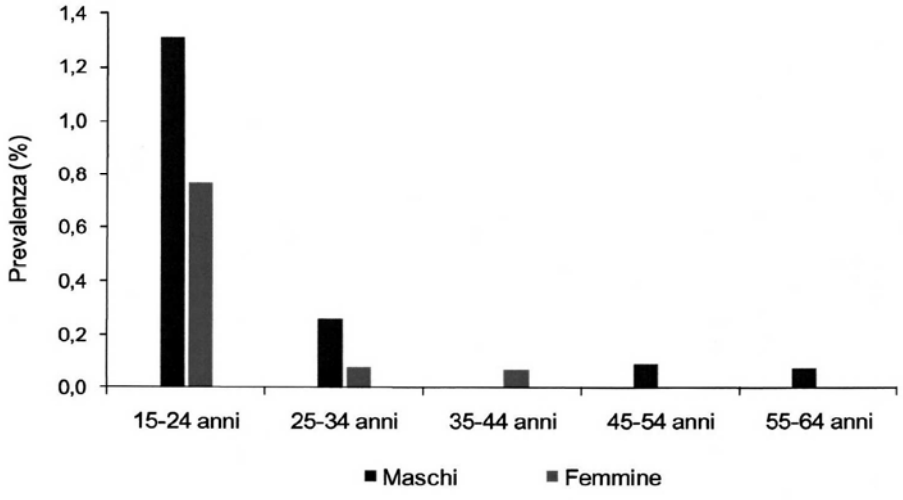
Figura I.1.21: Consumo di allucinogeni nella popolazione generale (una o più volte negli ultimi 12 mesi) secondo il genere. Anni 2001 - 2008



Fonte: Elaborazione su dati IPSAD-Italia 2001-2008 e GPS-ITA 2010

Il consumo di allucinogeni una o più volte nel corso dell'ultimo anno riguarda in particolar modo la fascia di età più giovane in entrambe i generi (15-24 anni) i maschi e le di età compresa tra i 25 ed i 34 anni.
Valori contenuti e costanti si riscontrano nelle fasce di età 25-44 anni per le femmine e nelle fasce più anziane dei maschi.

Figura I.1.22: Distribuzione percentuale della frequenza di utilizzo fra i consumatori di allucinogeni nella popolazione generale (almeno una volta negli ultimi 12 mesi)



Fonte: Elaborazione su dati GPS-ITA 2010

I.1.1.8 Policonsumo nella fascia 15-64

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

Forte tendenza al policonsumo:
- Forte associazione

generale. La tabella I.1.6 rappresenta la distribuzione di prevalenza del consumo associato di due sostanze, legali ed illegali, nella popolazione che riferisce di aver consumato sostanze illegali negli ultimi dodici mesi.

Circa il 3% della popolazione intervistata riferisce di aver consumato cannabis nell'ultimo mese, tra questi il 91,2% ha bevuto alcolici nello stesso periodo, il 56,9% ha fumato quotidianamente almeno una sigaretta, il 10,8% ha consumato cocaina e il 2,5% eroina.

Lo 0,4% dei soggetti con età compresa tra i 15 ed i 64 anni ha riferito di aver fatto uso almeno una volta negli ultimi 30 giorni di cocaina. Il 94,2% degli intervistati che hanno riferito di aver consumato la sostanza ha bevuto anche alcolici, il 76,7% ha fumato quotidianamente, il 64,0% ha consumato cannabis e circa il 15% ha assunto in associazione eroina.

Del totale dei soggetti intervistati, lo 0,16% ha riferito l'uso di eroina negli ultimi 30 giorni. Tra tali consumatori, l'uso di alcol nello stesso periodo è riferito dal 79,2% dei soggetti, mentre, il 95,8% riferisce di fumare quotidianamente sigarette, il 54,2% ha fatto uso rispettivamente di cannabis e cocaina.

con alcol e tabacco a tutte le sostanze

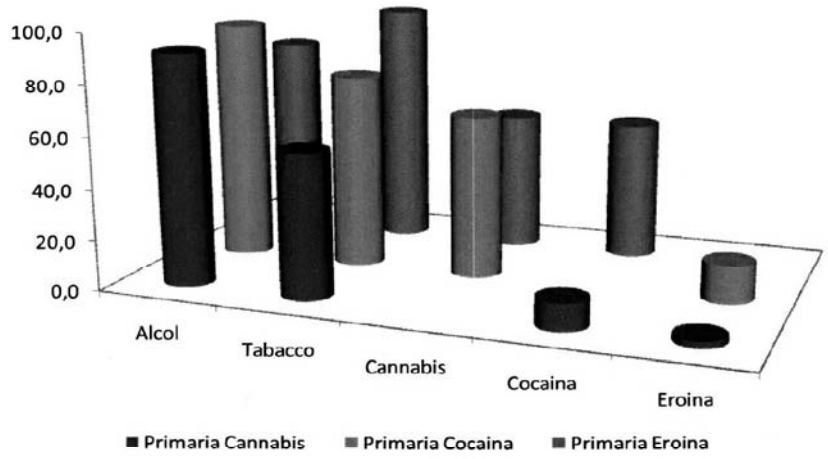
- Consumatori di cannabis: 10,8% anche cocaina 2,5% anche eroina
- Consumatori di cocaina: 64,0% anche cannabis 15,1% anche eroina
- Consumatori di eroina 54,2% anche cannabis 54,2% anche cocaina

Tabella I.1.6: Distribuzione della prevalenza condizionata di policonsumatori nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni

Sostanze	Alcol	Tabacco (≥ sigaretta/die)	Cannabis	Cocaina	Eroina
Cannabis	91,2	56,9	-	10,8	2,5
Cocaina	94,2	76,7	64,0	-	15,1
Eroina	79,2	95,8	54,2	54,2	-

Fonte: Elaborazione su dati GPS-ITA 2010

Figura I.1.23: Distribuzione della prevalenza condizionata di policonsumatori nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni



Fonte: Elaborazione su dati GPS-ITA 2010

I.1.2. Consumo di droga nelle scuole e tra i giovani (studio SPS-ITA)

Indagine su 34.738 giovani studenti studenti 15-19 anni

I dati relativi alle prevalenze dei consumi di sostanze psicoattive, legali ed illegali, nella popolazione studentesca nazionale 15-19 anni, sono stati estratti dallo studio SPS Italia (Student Population Survey), condotto su 34.738 studenti nel primo semestre 2010 dal Dipartimento per le Politiche Antidroga in collaborazione con il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e con il supporto tecnico-scientifico dell'Università degli Studi Tor Vergata di Roma; nella fase di realizzazione dello studio sono stati coinvolti anche i Referenti Regionali per l'Educazione alla Salute. Attraverso l'auto-compilazione di un questionario anonimo, l'indagine campionaria aveva lo scopo di monitorare e stimare la quota di studenti di 15-19 anni consumatori di sostanze psicoattive in specifici periodi di tempo: almeno una volta nella vita, nel corso dell'ultimo anno e nell'ultimo mese.

I.1.2.1 Metodologia

In questo paragrafo vengono riportati i criteri metodologici utilizzati nell'ambito della pianificazione e realizzazione dello studio e sul livello di adesione dello studio

Disegno di campionamento

Tecniche di campionamento idonee a garantire l'affidabilità dei dati

La selezione del campione di popolazione è stata effettuata mediante un modello di campionamento a due stadi, in cui le unità di primo stadio sono rappresentate dalle scuole secondarie di secondo grado e le unità di secondo stadio sono rappresentate dagli studenti che frequentano le classi di un intero percorso scolastico.

Tabella I.1.7: Distribuzione della popolazione di riferimento di primo stadio e delle unità di campionamento di primo stadio per regione e regime dell'istituto scolastico

Regione	Totale Istituti pubblici e paritari	Campione di scuole selezionate		
		Istituti pubblici	Istituti paritari	Totale
Abruzzo	177	15	4	19
Basilicata	113	16	1	17
Calabria	313	24	3	27
Campania	817	44	20	64
Emilia Romagna	354	26	5	31
Friuli Venezia Giulia	130	14	1	15
Lazio	636	35	15	50
Liguria	135	16	2	18
Lombardia	888	43	23	66
Marche	178	18	2	20
Molise	47	12	0	12
Piemonte	401	27	6	33
Puglia	492	33	4	37
Sardegna	230	23	2	25
Sicilia	742	42	17	59
Toscana	356	25	4	29
Trentino Alto Adige	125	18	(*)	18
Umbria	107	14	1	15
Val D'Aosta	18	9	(*)	9
Veneto	457	30	9	39
Totale	**6.716**	**484**	**119**	**603**

(*) Le scuole paritarie sono incluse nella numerosità delle scuole pubbliche

Fonte: Studio SPS-ITA 2010 – Dipartimento Politiche Antidroga

Tale procedura consente da un lato, di ottenere una struttura del campione che

riproduce fedelmente quella della popolazione studentesca, e dall'altro di migliorare sensibilmente l'efficienza del campionamento.
Le variabili considerate per la stratificazione delle unità di primo stadio, (Regioni, tipo di istituto scolastico e regime dell'istituto) sono ritenute particolarmente significative ai fini della rappresentatività dell'intera popolazione in relazione al fenomeno da indagare.
La scelta di stratificare per regione e tipo di istituto (liceo o istittuto ex-magistrale, istituto tecnico, istituto professionale e istituto artistico) risponde all'esigenza di utilizzare un campione rappresentativo della popolazione scolastica per area territoriale, nell'ipotesi che le caratteristiche morfologiche delle diverse zone e le diverse tipologie di percorso scolastico, possano influire sulla prevalenza del consumo di sostanze. Al fine di rappresentare l'intera popolazione di istituti scolastici presenti sul territorio nazionale, quale ulteriore variabile di stratificazione è stato considerato il regime, pubblico o paritario, dell'istituto. Le distribuzioni degli istituti scolastici per regione e del campione di scuole incluse nello studio sono rappresentate nelle Tabelle I.1.8 e I.1.9.
Al secondo stadio di campionamento le unità statistiche, rappresentate dagli studenti frequentanti le classi di un intero percorso scolastico, sono state selezionate mediante uno schema a grappolo, dove il grappolo è rappresentato dalla classe di appartenenza.

Tabella I.1.8: Distribuzione delle unità di primo stadio per regione e tipo di istituto scoalastico

Regione	Licei ed ex-magistrali	Istituti tecnici	Istituti professionali	Istituti e licei artistici	Totale
Abruzzo	6	6	5	2	19
Basilicata	5	5	4	3	17
Calabria	12	8	3	4	27
Campania	26	21	14	3	64
Emilia Romagna	9	12	7	3	31
Friuli Venezia Giulia	4	5	4	2	15
Lazio	21	13	13	3	50
Liguria	7	5	4	2	18
Lombardia	27	12	19	8	66
Marche	4	5	6	5	20
Molise	3	3	4	2	12
Piemonte	11	11	8	3	33
Puglia	10	17	7	3	37
Sardegna	10	6	6	3	25
Sicilia	23	19	14	3	59
Toscana	9	11	5	4	29
Trentino Alto Adige	8	5	3	2	18
Umbria	4	5	4	2	15
Val D'Aosta	3	2	3	1	9
Veneto	12	16	8	3	39
Totale	**214**	**187**	**141**	**61**	**603**

Fonte: Studio SPS-ITA 2010 – Dipartimento Politiche Antidroga

Strumento di indagine

Uso di protocolli europei

Al fine di garantire la raccolta di informazioni confrontabili con gli altri Stati membri dell'EU, lo strumento utilizzato per lo studio è stato predisposto seguendo il protocollo europeo, integrato ed in minima parte modificato al fine di meglio adattare lo strumento alla realtà italiana.

Innovazione telematica

Rispetto ai precedenti studi condotti a livello nazionale in tale ambito, la nuova edizione dell'indagine è stata radicalmente innovata nella fase di realizzazione dello studio, favorendo l'utilizzo degli strumenti telematici nella compilazione del questionario.

Maggiore adesione delle scuole all'indagine

I risultati preliminari di uno studio pilota condotto nel 2009 dal Centro Interdipartimentale di Biostatistica e Bioinformatica dell'Università Tor Vergata di Roma, presso un campione di scuole, ha evidenziato una maggior adesione degli istituti scolastici coinvolti nello studio, che prevedeva l'utilizzo della metodologia web per la compilazione di un questionario, rispetto alla modalità tradizionale, venendo meno la maggior parte di problemi pratici imputabili ad una rilevazione cartacea.

Il questionario on-line, accessibile dal portale DrugFreEdu.org, è stato strutturato in sezioni, secondo il modello cartaceo, e la navigazione da una sezione alla successiva era consentita da pulsanti che avevano anche la funzione di attivare i controlli di completezza e di coerenza tra le risposte fornite dal compilatore nel rispondere ai quesiti della sezione.

L'accesso al questionario on-line era gestito con credenziali di accesso, fornite a ciascun istituto scolastico mediante l'area riservata del portale di amministrazione. A conclusione della compilazione del questionario, le credenziali venivano alienate automaticamente dal sistema.

Vantaggi delle indagini on-line

I vantaggi derivanti dall'utilizzo di strumenti on-line per la conduzione di indagini nelle scuole sono molteplici e possono essere sintetizzati in:

1. rapidità nell'organizzazione e nella conduzione dell'indagine, venendo meno la maggior parte di problemi pratici imputabili ad una rilevazione cartacea;
2. maggiore riservatezza per il rispondente in fase di compilazione del questionario;
3. monitoraggio in tempo reale dell'andamento della rilevazione, con la possibilità immediata di sostituzione degli istituti scolastici non aderenti allo studio;
4. eliminazione degli errori di data entry insiti delle rilevazioni effettuate mediante somministrazione di questionari cartacei;
5. limitazione di eventuali errori di distrazione in fase di compilazione del questionario on-line, in virtù dell'implementazione di sistemi di controllo di coerenza delle risposte fornite;
6. disponibilità immediata del database per l'elaborazione dei dati, quindi riduzione dei tempi di analisi dei dati e stesura della reportistica.

Strumenti per la conduzione ed il monitoraggio dello studio

Modalità operative riservate ed affidabili

Al fine di consentire una gestione coordinata della conduzione dell'indagine tra i diversi operatori coinvolti nel progetto, ed in considerazione della nuova modalità di realizzazione dell'indagine caratterizzata dalla compilazione di un questionario on-line in formato elettronico, è stato implementata un'area riservata di "amministrazione" che prevedeva tre livelli di accesso: amministratore, referenti regionali e dirigenti/supervisori scolastici.

Le funzionalità di amministratore riguardavano la gestione delle informazioni relative agli istituti scolastici coinvolti nello studio, nonché il costante aggiornamento dell'adesione degli istituti all'indagine, ed il coordinamento delle comunicazioni agli istituti scolastici ed ai referenti regionali per l'educazione alla salute. A tal fine è stato predisposto uno strumento per l'invio automatico delle comunicazioni standard, mediante selezione dei gruppi di destinatari.

All'amministratore era riservata anche un'area specifica per il caricamento della documentazione informativa e formativa sullo studio e sulle fasi di realizzazione, dedicata distintamente ai referenti regionali ed ai referenti scolastici. Altre due sezioni del portale amministratore erano riservate al monitoraggio dello stato di avanzamento della compilazione dei questionari ed al download del database dei questionari compilati.

Le funzionalità per i referenti regionali erano limitate al monitoraggio dello stato di compilazione dei questionari ed alla consultazione delle informazioni

anagrafiche degli istituti scolastici di competenza del proprio territorio regionale; l'accesso dei referenti scolastici all'area amministrazione era dedicato all'acquisizione del materiale informativo e delle credenziali di accesso al questionario. Una specifica sezione era dedicata all'inserimento della numerosità degli studenti frequentanti le classi coinvolte nello studio.

Realizzazione dello studio

Alte percentuali di adesione

Lo studio è stato condotto nel primo semestre 2010 ed alla data del 21 maggio, le scuole aderenti all'iniziativa che avevano concluso la fase di rilevazione ammontavano a 480, pari all'79,6% del campione di scuole pianificato. Per ciascun istituto scolastico era previsto il coinvolgimento di un intero percorso scolastico, dalla prima alla quinta classe, pari a complessivi 100 studenti circa per istituto. Secondo i dati preliminari dei questionari rilevati alla data del 21 maggio, la percentuale di studenti che hanno aderito allo studio è superiore al 75%; tale valore preliminare, tuttavia, risente dell'effetto dell'assenza in alcuni istituti, in particolar modo in quelli paritari, di percorsi completi (dal primo all'ultimo anno), incidendo per difetto sulla percentuale complessiva di adesione degli studenti.

Tabella I.1.9: Percentuale di adesione delle scuole allo studio per regione

Regione	Scuole coinvolte	Scuole partecipanti	% adesione
Abruzzo	19	16	84,2
Basilicata	17	16	94,1
Calabria	27	19	70,4
Campania	64	35	54,7
Emilia Romagna	31	28	90,3
Friuli Venezia Giulia	15	15	100,0
Lazio	50	34	68,0
Liguria	18	14	77,8
Lombardia	66	59	89,4
Marche	20	16	80,0
Molise	12	9	75,0
Piemonte	33	33	100,0
Puglia	37	30	81,1
Sardegna	25	20	80,0
Sicilia	59	39	66,1
Toscana	29	26	89,7
Trentino Alto Adige	18	16	88,9
Umbria	15	12	80,0
Val D'Aosta	9	5	55,6
Veneto	39	38	97,4
Totale	**603**	**480**	**79,6**

Fonte: Studio SPS-ITA 2010 – Dipartimento Politiche Antidroga

Qualità dei dati: diminuiti i questionari con incongruenze

La presenza nello strumento di rilevazione on-line di un sistema di controlli di coerenza sulle risposte fornite dai compilatori, ha permesso di limitare gli errori voluti o di disattenzione in fase di compilazione, e a conclusione della rilevazione, comunque la registrazione nel database del numero di tali incongruenze. Sulla base di una prima analisi condotta sulla numerosità di tali incongruenze, sono stati eliminati 1.200 questionari circa (pari al 5% dei questionari complessivamente compilati), ritenuti inattendibili.

I.1.2.2 Sintesi sui consumi

I risultati preliminari dello studio che verranno presentati nei prossimi paragrafi si riferiscono all'analisi delle informazioni raccolte su 34.738 questionari compilati. Da un'analisi complessiva sull'andamento dei consumi di sostanze stupefacenti dal 2008 al 2010 si osserva una contrazione generale per tutte le sostanze illecite.

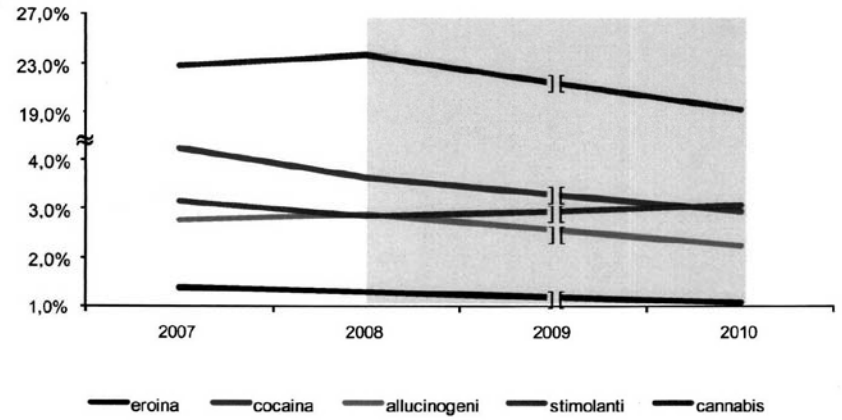
Alta numerosità campionaria: 34.738 soggetti con età 15-19 anni alla data del 30 maggio 2010

Tabella I.1.10: Prevalenza di consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione scolastica 15-19 anni (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Anno 2010

Sostanza	Prevalenza 2008	Prevalenza 2010	Differenza 2008-2010	Differenza % 2008-2010
Eroina	0,13%	0,11%	-0,02 punti %	-15,4 %
Cocaina	3,6%	3,0%	-0,6 punti %	-16,7%
Cannabis	24,1%	18,9%	-5,2 punti %	-21,6%
Stimolanti	2,8%	3,1%	0,3 punti %	+10,7%
Allucinogeni	2,9%	2,2%	-0,7 punti %	-24,1%

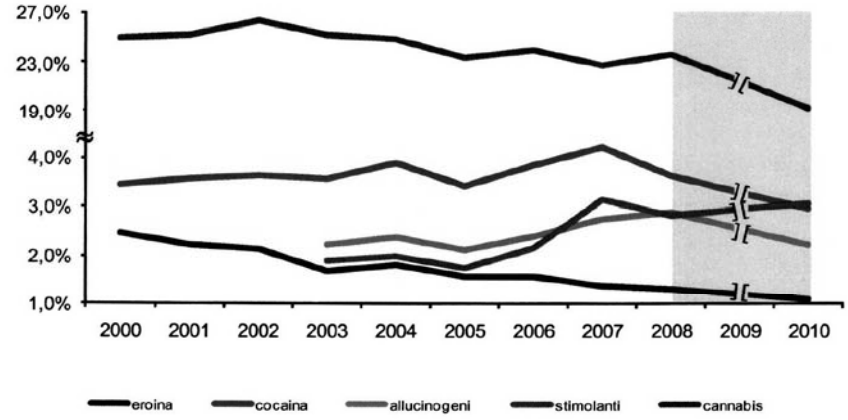
Fonte: Studio SPS-ITA 2010 – Dipartimento Politiche Antidroga

Figura I.1.24: Consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anni 2007 - 2010



Fonte: Elaborazione su dati ESPAD Italia 2007 – 2008, e dati SPS-ITA 2010

Figura I.1.25: Consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anni 2000 - 2010



Fonte: Elaborazione su dati ESPAD Italia 2000 – 2008, e dati SPS-ITA 2010

Il confronto dei consumi di stupefacenti negli ultimi 10 anni evidenzia una progressiva contrazione dei consumi di eroina e cannabis, a fronte di un lieve aumento dei consumi di cocaina, in controtendenza dal 2007. Il consumo di stimolanti ha subito un forte incremento dal 2005 al 2007, stabilizzatosi nel periodo successivo, con una tendenza all'aumento osservato nel 2010. L'assunzione di sostanze allucinogene è cresciuta dal 2005 al 2008, in controtendenza nel 2010.

Tabella I.1.11: Consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anni 2000 - 2010

ANNO	Eroina	Cocaina	Cannabis	Allucinogeni	Stimolanti
2000	2,5%	3,4%	25,6%	n.d.	n.d.
2001	2,2%	3,6%	25,9%	n.d.	n.d.
2002	2,1%	3,6%	27,3%	n.d.	n.d.
2003	1,7%	3,6%	25,9%	2,2%	1,9%
2004	1,8%	3,9%	25,5%	2,4%	2,0%
2005	1,6%	3,4%	23,8%	2,1%	1,8%
2006	1,6%	3,9%	24,5%	2,4%	2,2%
2007	1,4%	4,2%	23,0%	2,8%	3,2%
2008	1,3%	3,6%	24,1%	2,9%	2,8%
2010	1,1%	3,0%	18,9%	2,2%	3,1%

n.d. dato non disponibile

Fonte: Elaborazione su dati ESPAD Italia 2000 – 2008, e dati SPS-ITA 2010

I.1.2.3 Consumi di eroina

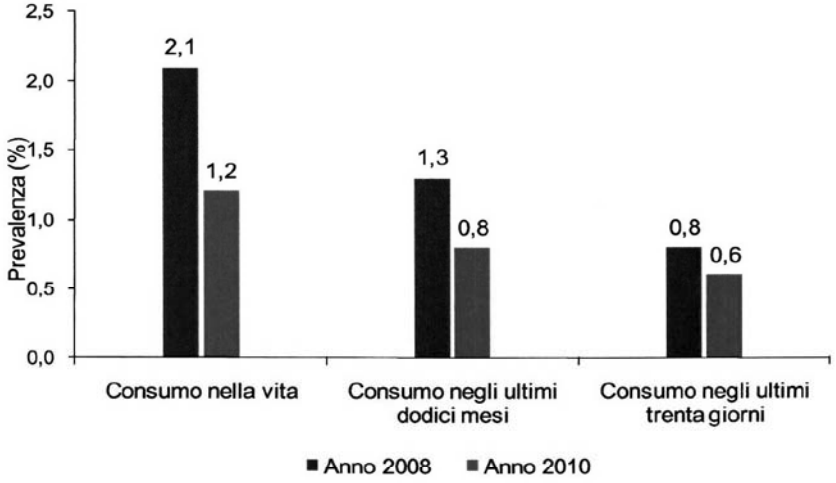
L'eroina è stata consumata almeno una volta nella vita dall'1,2% degli studenti italiani intervistati, mentre lo 0,8% riferisce di averne consumata nel corso dell'anno antecedente l'intervista. Lo 0,6% degli studenti italiani sostiene di aver assunto eroina almeno una volta nei 30 giorni antecedenti la compilazione del questionario.

Diminuzione dei consumi di eroina;

Il 98,8% degli studenti non ha mai assunto eroina, mentre l'1,2% ha usato eroina almeno una volta nella vita

Solo lo 0,6% l'ha consumata negli ultimi 30 giorni

Figura I.1.26: Consumo di eroina nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni)



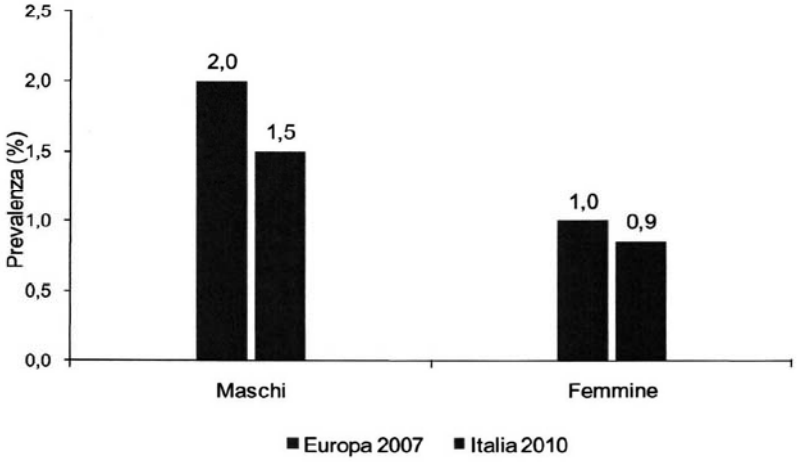
Fonte: Elaborazione su dati SPS-ITA 2010

Rispetto alla rilevazione del 2008, tutti i valori relativi al consumo di eroina da parte degli studenti italiani, risultano in diminuzione, e con particolare evidenza per il consumo una o più volte nella vita. Il consumo di eroina almeno una volta

Minor consumo di eroina degli studenti italiani rispetto agli studenti europei

nella vita da parte dei quindicenni e sedicenni risulta in diminuzione rispetto ai consumi medi europei osservati nell'ultima edizione dell'indagine ESPAD (2007), con particolare riferimento ai soggetti di genere maschile (1,5% vs 2,0%), e meno evidente rispetto alle coetanee europee (0,9% vs 1,0%).

Figura I.1.27: Consumo di eroina nella popolazione scolarizzata 15-16 anni (una o più volte nella vita), per genere. Europa 2007, Italia 2010

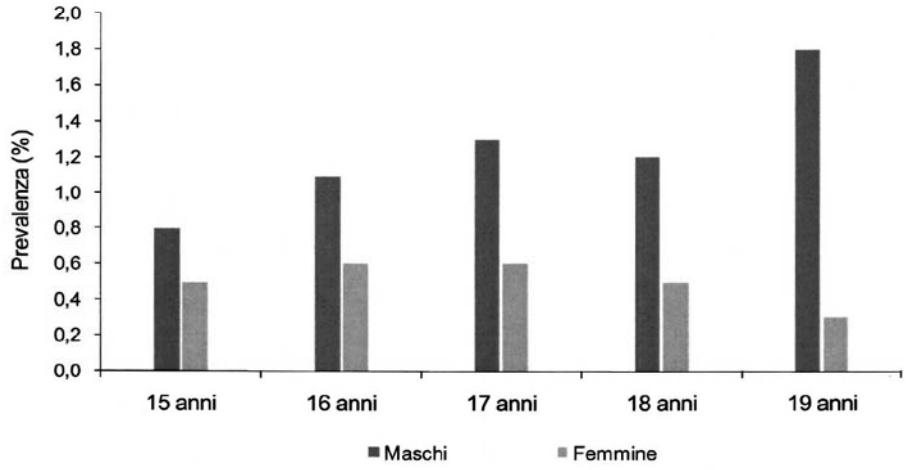


Fonte: Elaborazione su dati ESPAD 2007 e SPS-ITA 2010

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

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

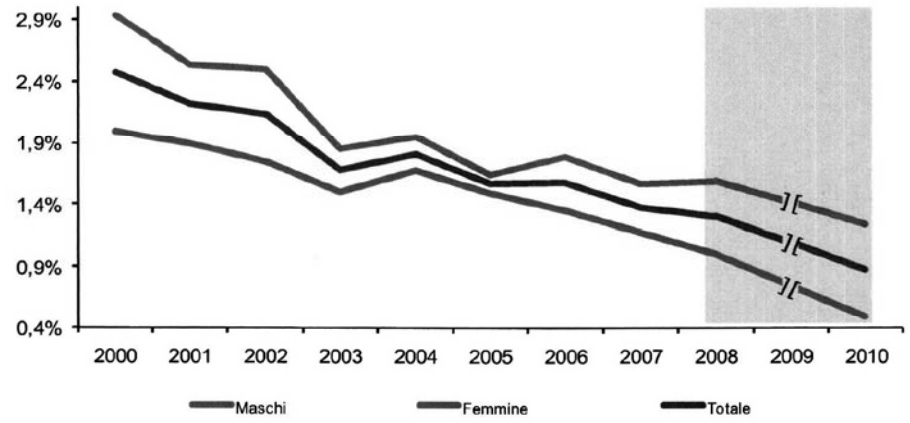
Figura I.1.28: Consumo di eroina nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età



Fonte: Elaborazione sui dati SPS-ITA 2010

Se nel genere maschile i consumi rimangono sostanzialmente stabili nelle età centrali considerate, nel collettivo femminile si osserva un progressivo decremento delle prevalenze, in particolare dopo i 17 anni, passando da 0,6% delle 17enni (m=1,3) a 0,5% delle 18enni (m=1,2) a 0,3% delle 19enni (m=1,8%). Dai rapporti delle prevalenze d'uso maschili e femminili, le maggiori differenziazioni di genere si osservano proprio tra i soggetti di 18 e 19 anni, con valori del rapporto tra le prevalenze pari a 2,4 per i 18-enni e 6,0 per i 19-enni.

Figura I.1.29: Consumo di eroina nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anni 2000 - 2010



Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD Italia 2000 – 2008, e dati SPS-ITA 2010

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

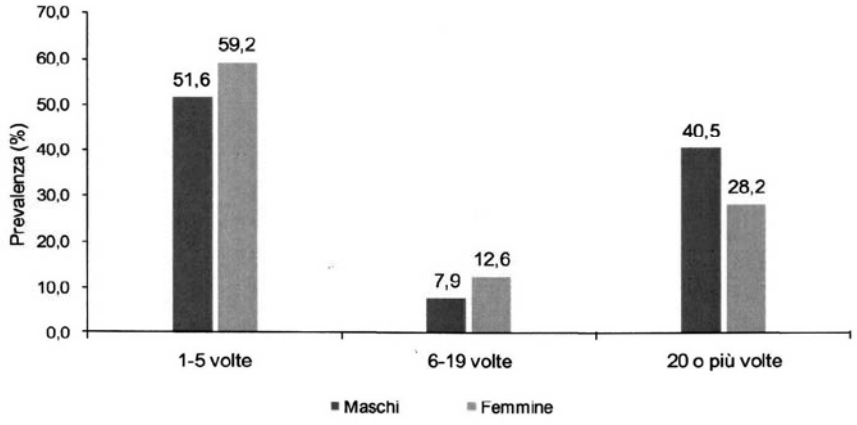
Secondo le indicazioni riportate dagli studenti contattati negli studi condotti dal 2000 al 2010, la percentuale di studenti che hanno assunto eroina una o più volte negli ultimi 12 mesi sembra in continua diminuzione per le femmine dal 2004, mentre meno accentuato sembra il trend per i maschi. In questi ultimi si osserva, infatti, un trend decrescente per gli studenti dai 15 ai 18 anni, sebbene con una certa variabilità, a differenza dei 19enni, per i quali l'andamento decresce sino al 2006, anno in cui il trend inverte la sua direzione evidenziando un lieve aumento fino al 2010.

Tabella I.1.12: Consumo di eroina nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Confronto 2008 - 2010

Eroina	**Anno**		**Variazione 2008 vs 2010**	
Genere	**2008**	**2010**	**valore assoluto**	**valore %**
Maschi	1,6	1,2	0,4	-25,0
Femmine	1,0	0,5	0,5	-50,0
Totale	**1,3**	**0,8**	**0,5**	**-38,5**

Fonte: Elaborazione su dati ESPAD Italia 2008 e SPS-ITA 2010

Figura I.1.30: Distribuzione della frequenza di consumo fra i consumatori di eroina nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (almeno una volta negli ultimi 12 mesi)



Fonte: Elaborazione su dati SPS-ITA 2010

Tra gli studenti che hanno riferito di aver assunto eroina almeno una volta negli ultimi 12 mesi, il consumo più diffuso risulta quello di tipo occasionale (da 1 a 5 volte), soprattutto tra le studentesse (59% contro il 51% dei maschi). Per il 40% dei maschi ed il 28% delle femmine si è trattato invece di consumare eroina più frequentemente (20 o più volte in 12 mesi).

Prevalente il consumo occasionale

I.1.2.4 Consumi di cocaina

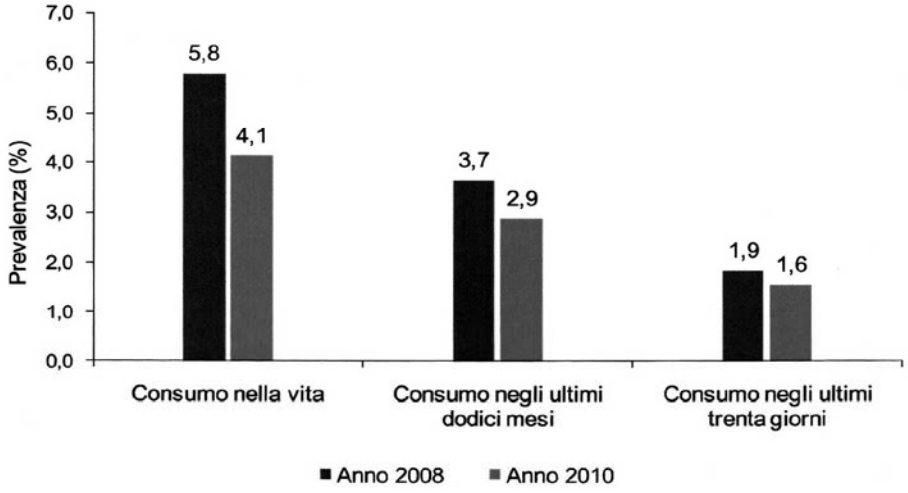
Nel 2010, il 4,1% degli studenti italiani riferisce di aver assunto cocaina almeno una volta nella vita ed il 2,9% dichiara di aver consumato la sostanza nel corso dell'ultimo anno. Il consumo recente di cocaina, riferito ai 30 giorni antecedenti la somministrazione del questionario è stato dichiarato dall'1,6% degli studenti.

Figura I.1.31: Consumo di cocaina nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni)

Diminuzione dei consumi di cocaina;

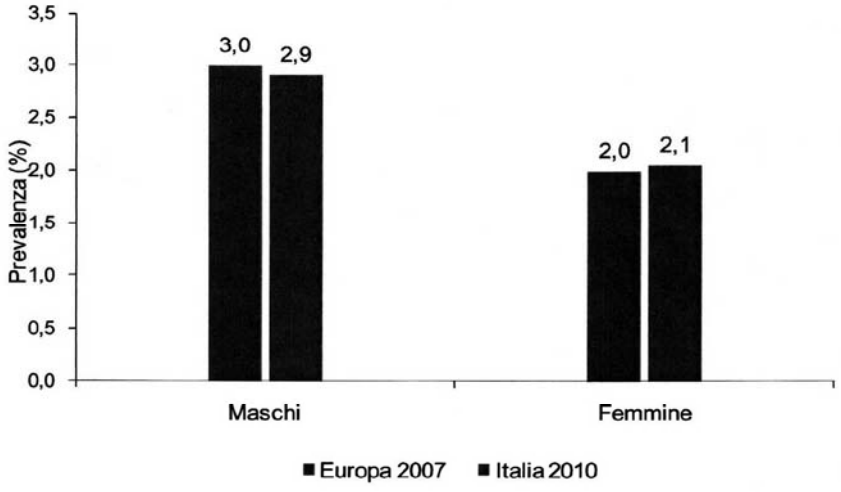
Il 95,9% degli studenti non ha mai assunto eroina, mentre il 4,1% ha usato cocaina almeno una volta nella vita

Solo l'1,6% l'ha consumata negli ultimi 30 giorni



Fonte: Elaborazione su dati SPS-ITA 2010

Figura I.1.32: Consumo di cocaina nella popolazione scolarizzata 15-16 anni (una o più volte nella vita), per genere. Europa 2007, Italia 2010



Fonte: Elaborazione su dati ESPAD 2007 e SPS-ITA 2010

Il confronto con gli ultimi dati disponibili a livello europeo (ESPAD 2007)

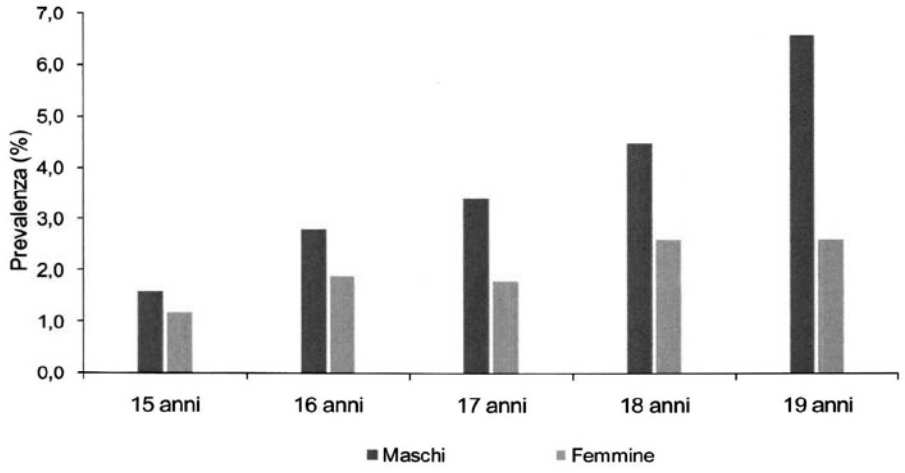
evidenzia che il consumo di cocaina almeno una volta nella vita da parte dei quindicenni e sedicenni risulta in linea con i consumi italiani per quanto riguarda la cocaina (2,9% vs 3,0% per i maschi e 2,1% vs 2,0% per le femmine), a fronte di valori più elevati per il crack (2,2% vs 2,0% per i maschi e 1,2% vs 1,0% per le femmine).

Maggior prevalenza degli studenti maschi che consumano cocaina

Con particolare riferimento al genere maschile, la contiguità con l'uso di cocaina aumenta al crescere dell'età: i consumatori passano dall'1,6% dei 15enni al 3,4% dei 17enni, al 4,5% dei 18enni ed al 6,6% dei 19enni. Tra le studentesse, l'aumento è meno marcato; le consumatrici di cocaina passano dall'1,2% delle 15enni all'1,8% delle 17enni, al 2,6% delle 18enni e 19enni.

Riduzione dei consumi di cocaina dal 2008

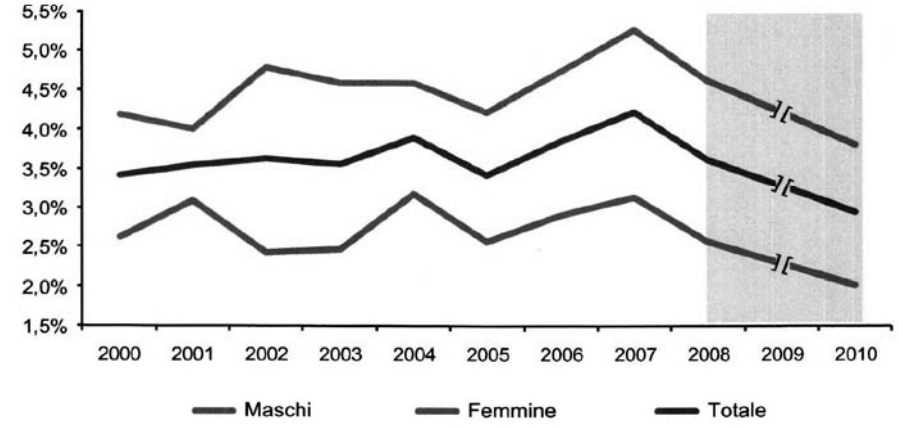
Figura I.1.33: Consumo di cocaina nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età



Fonte: Elaborazione su dati SPS-ITA 2010

Il trend del consumo di cocaina nell'ultimo anno dalla rilevazione, rilevato nei campioni intervistati, evidenzia un andamento al ribasso dal 2007, dopo una tendenza all'aumento nel triennio 2005-2007, ed un andamento stabile, sebbene con una certa variabilità nel periodo precedente al 2005.

Figura I.1.34: Consumo di cocaina nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anni 2000 - 2010



Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD Italia 2000 – 2008, e dati SPS-ITA 2010

Tabella I.1.13: Consumo di cocaina nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Confronto 2008 – 2010

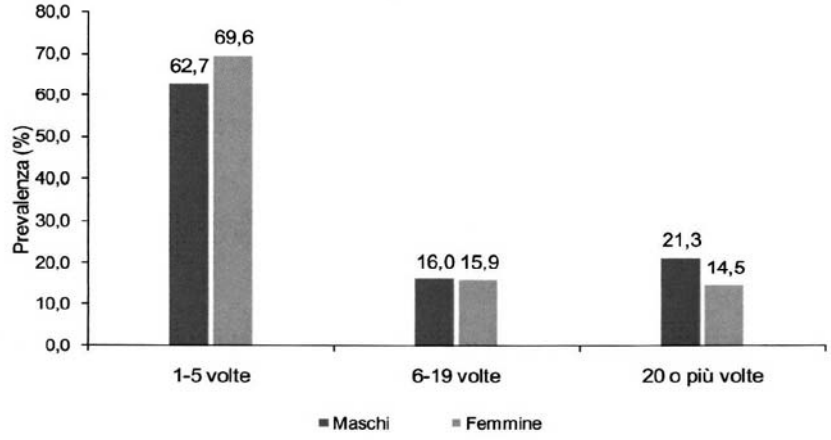
Cocaina	Anno		Variazione 2008 vs 2010	
Genere	**2008**	**2010**	**valore assoluto**	**valore %**
Maschi	4,6	3,8	0,8	-17,4
Femmine	2,6	2,0	0,6	-23,1
Totale	**3,6**	**2,9**	**0,7**	**-19,4**

Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD Italia 2008 e SPS-ITA 2010

Tra gli studenti consumatori di cocaina durante l'ultimo anno, il 21% dei maschi ed il 14,5% delle femmine ha utilizzato la sostanza 20 o più volte, mentre per il 63% degli adolescenti maschi e per il 70% delle femmine si è trattato di un consumo occasionale (da 1 a 5 volte).

Figura I.1.35: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di cocaina nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (almeno una volta negli ultimi 12 mesi)

Tra i consumatori, maggiore presenza di consumo occasionale



Fonte: Elaborazione su dati SPS-ITA 2010

I.1.2.5 Consumo di cannabis

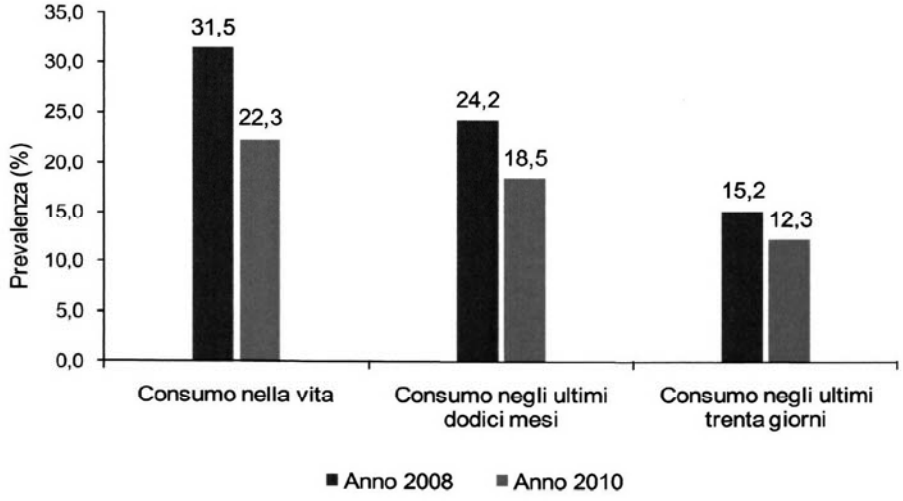
Il consumo di cannabis è stato sperimentato dal 22,3% degli studenti intervistati, quota che raggiunge il 18,5% se si considera il consumo annuale ed il 12,3% quando si fa riferimento agli ultimi 30 giorni (una o più volte).
Il consumo di cannabis almeno una volta nella vita da parte dei quindicenni e sedicenni italiani, intervistati nel 2010 risulta inferiore rispetto ai coetanei europei intervistati nel 2007, per entrambi i generi (14,0% vs 22,0% per i maschi e 9,5% vs 16,0% per le femmine).

Figura I.1.36: Consumo di cannabis nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni)

Diminuzione dei consumi di cannabis;

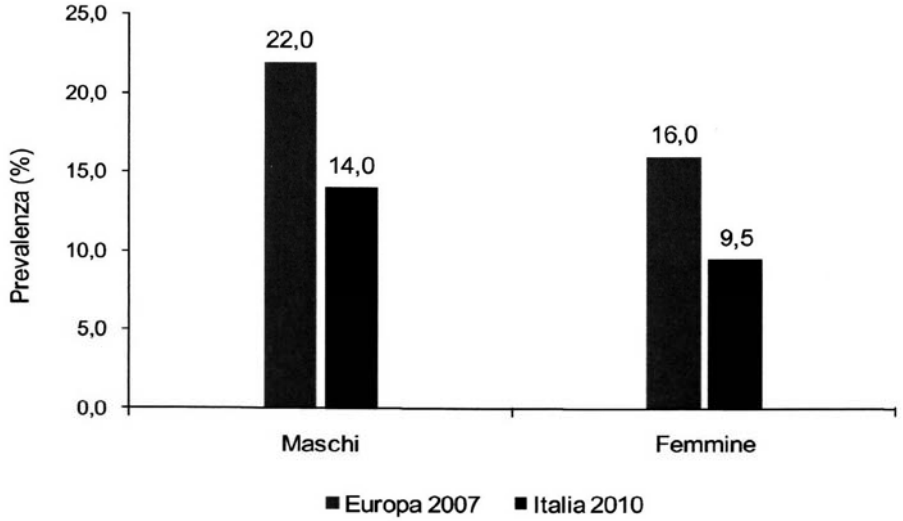
Il 77,7% degli studenti non ha mai consumato cannabis, mentre il 22,3% ha usato cannabis almeno una volta nella vita

Il 12,3% l'ha consumata negli ultimi 30 giorni



Fonte: Elaborazione su dati SPS-ITA 2010

Figura I.1.37: Consumo di cannabis nella popolazione scolarizzata 15-16 anni (una o più volte nella vita), per genere. Europa 2007, Italia 2010



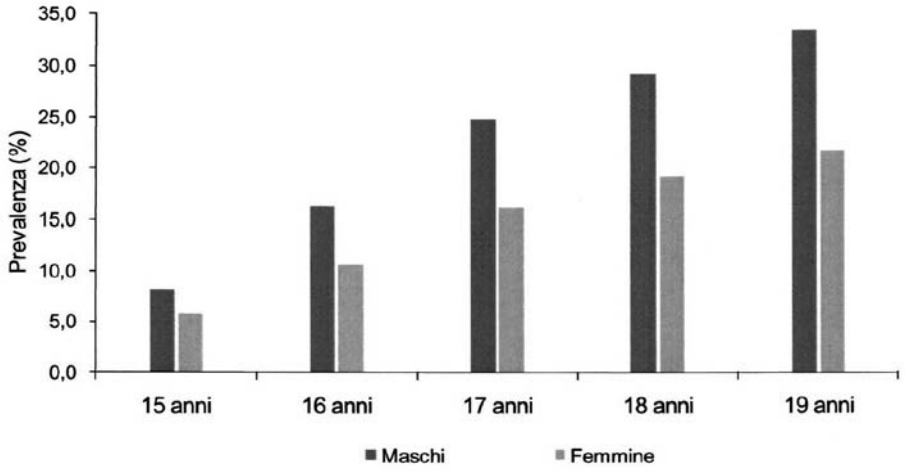
Fonte: Elaborazione su dati ESPAD 2007 e SPS-ITA 2010

Maggior consumo tra studenti 19enni: 33,4%

Il consumo di cannabis risulta direttamente correlato all'età dei soggetti: tra i maschi, le prevalenze di consumo passano dall'8,2% dei 15enni al 33,4% dei 19enni, mentre tra le studentesse si passa rispettivamente dal 5,8% al 21,7%.
Sia nel collettivo maschile che in quello femminile, le prevalenze dei consumatori aumentano progressivamente, soprattutto nel passaggio dai 15 ai 16 anni (16 anni: m=16,3%; f=10,7%) e dai 16 ai 17 anni (17 anni: m=24,8%; f=16,2%).

Aumento dei consumi di cannabis con il crescere dell'età

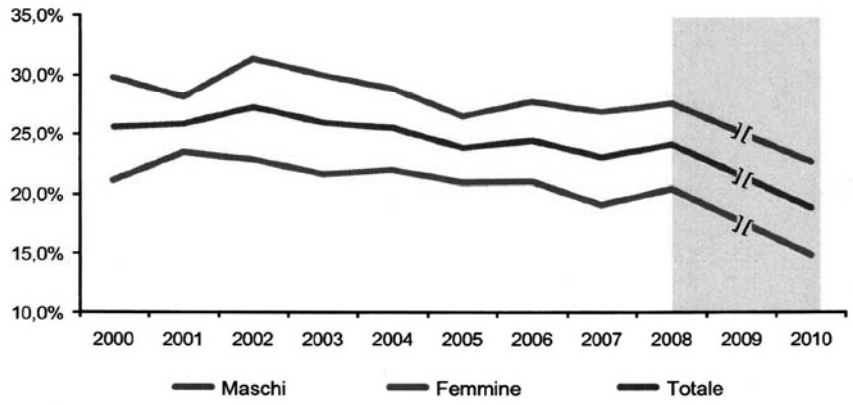
Figura I.1.38: Consumo di cannabis nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età



Fonte: Elaborazione su dati SPS-ITA 2010

Il trend del consumo di cannabis negli ultimi 12 mesi, rilevato nei campioni intervistati nel 2010, indica una tendenza alla contrazione dei consumi più accentuata dal 2008 al 2010 rispetto al periodo 2002-2007, dopo una temporanea tendenza all'aumento registrata nel 2008. Dal 2005 si osserva un andamento uniforme tra gli adolescenti maschi e le femmine.

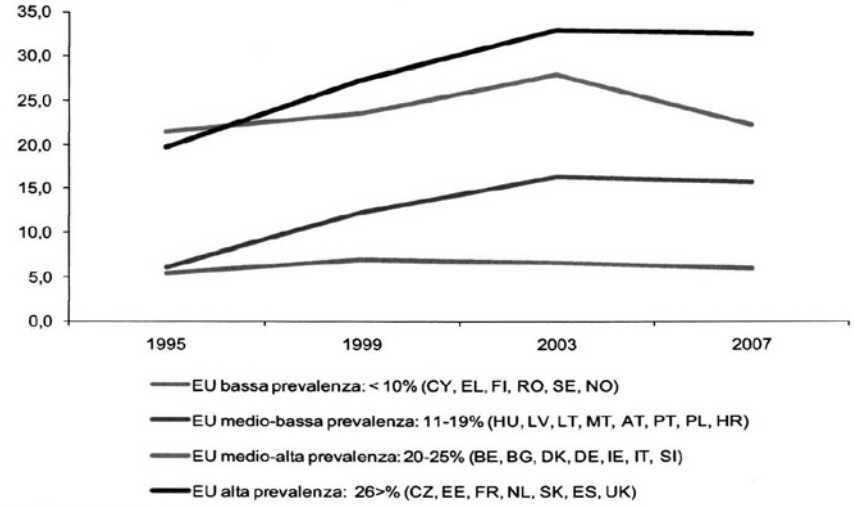
Figura I.1.39: Consumo di cannabis nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anni 2000 - 2010



Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD Italia 2000 – 2008, e dati SPS-ITA 2010

Un andamento decrescente si riscontra anche nel trend del consumo di cannabis una o più volte nella vita tra gli studenti 15-16enni di alcuni Stati Membri dell'EU, tra cui l'Italia. Nei Paesi europei di Belgio, Bulgaria, Danimarca Germania, Irlanda, Slovenia e Italia, infatti, il consumo di cannabis è in contrazione dal 2003 al 2007, pur presentando prevalenze medio alte (20-25% tra i 15-16 anni) rispetto alla media europea.

Figura I.1.40 Consumo di cannabis nella popolazione scolarizzata 15-16 anni (una o più volte nella vita). Anni 1995 - 2007



Fonte: EMCDDA - Bollettino statistico 2009

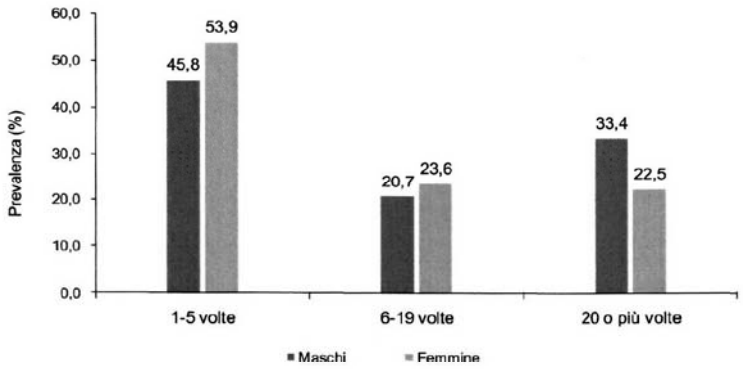
Tabella I.1.14: Consumo di cannabis nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Confronto 2008 – 2010

Cannabis	**Anno**		**Variazione 2008 vs 2010**	
Genere	**2008**	**2010**	**valore assoluto**	**valore %**
Maschi	27,6	22,6	5,0	-18,1
Femmine	20,4	14,9	5,5	-27,0
Totale	**24,2**	**18,5**	**5,7**	**-23,5**

Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD Italia 2008 e SPS-ITA 2010

Per quanto riguarda la frequenza di assunzione, in entrambi i generi prevale il consumo occasionale di cannabis, circoscritto a 1-5 volte nel corso dell'anno (f=54%; m=63%). Il 33% del collettivo maschile, contro il 23% di quello femminile, riferisce di aver utilizzato cannabis più assiduamente, 20 o più volte nei dodici mesi antecedenti l'indagine campionaria.

Figura I.1.41: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di cannabis nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (almeno una volta negli ultimi 12 mesi)



Fonte: Elaborazione su dati SPS-ITA 2010

I.1.2.6 Consumi di stimolanti

Il 4,7% della popolazione studentesca nazionale riferisce di aver provato sostanze stimolanti (amfetamine, ecstasy, ecc.) almeno una volta nella vita, mentre il 3,0% le ha utilizzate nel corso dell'ultimo anno. Il consumo recente di stimolanti nei 30 giorni antecedenti la compilazione del questionario è stato riferito dall'1,8% della popolazione studentesca nazionale. Rispetto alla rilevazione del 2008, si osserva un incremento nei consumi di stimolanti, in particolare evidenza il consumo negli ultimi 30 giorni.

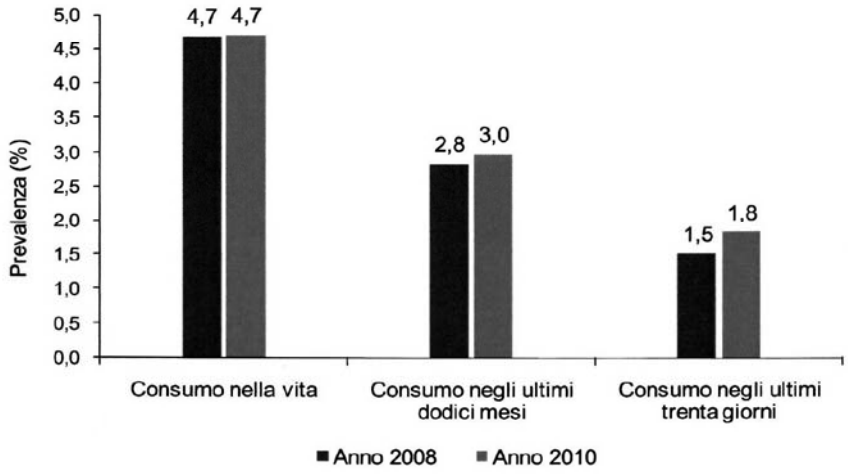
Il 4,7% degli studenti 15-19 anni ha usato stimolanti almeno una volta nella vita

Figura I.1.42: Consumo di stimolanti nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni)

Lieve aumento dei consumi di stimolanti;

Il 95,3% degli studenti non ha mai assunto stimolanti, mentre il 4,7% ha usato stimolanti almeno una volta nella vita

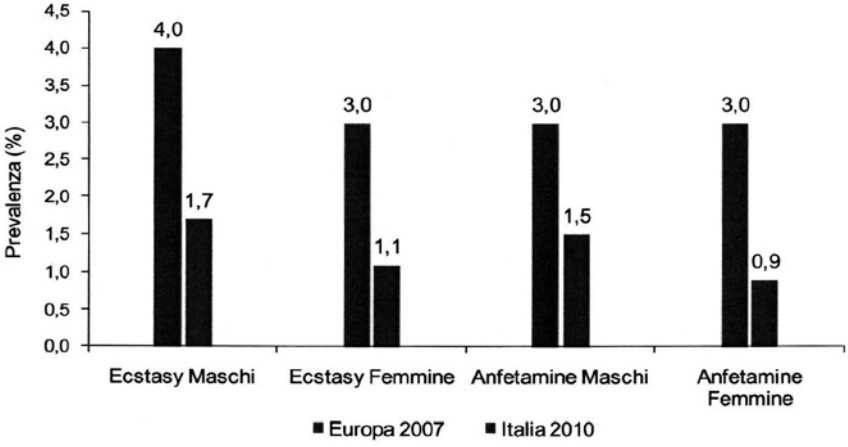
L'1,8% l'ha consumata negli ultimi 30 giorni



Fonte: Elaborazione su dati SPS-ITA 2010

Distinguendo tra tipologia di sostanza psicoattiva stimolante, si osserva una percentuale omogenea di consumatori di ecstasy e di amfetamine. Come osservato nell'indagine sulla popolazione in generale, anche in quella studentesca 15-16enne, il consumo di stimolanti sembra essere meno diffuso in Italia rispetto alla media europea (ecstasy: 1,7% maschi italiani vs 4% maschi europei; 1,1% femmine italiane vs 3% femmine europee).

Figura I.1.43: Consumo di ecstasy e anfetamine nella popolazione scolarizzata 15-16 anni (una o più volte nella vita), per genere. Europa 2007, Italia 2010

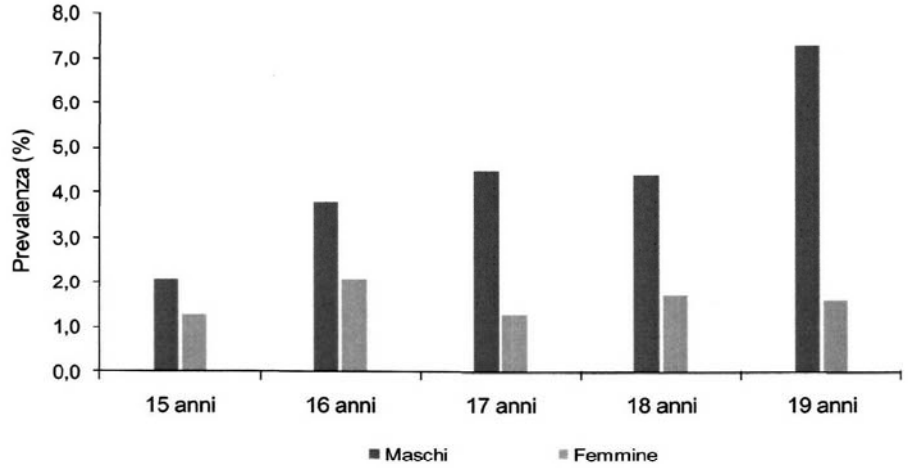


Fonte: Elaborazione su dati ESPAD 2007 e SPS-ITA 2010

Maggior consumo tra gli studenti maschi 19 anni: 7,3%

Le quote di consumatori di stimolanti di genere maschile aumentano al crescere dell'età dei soggetti, ad eccezione dei 18enni che in termini percentuali consumano un po' meno dei 17enni. La prevalenza di consumo tra i maschi passa dal 2,1% 15enni al 4,5% dei 17enni e al 7,3% dei 19enni.
Tra le studentesse, si osserva un aumento nella fascia di età minore tra i 15 e i 16 anni, con prevalenze di consumo che variano dall'1,3% al 2,1%, per poi stabilizzarsi attorno all'1,6% e all'1,7% rispettivamente per le 18enni e le 19enni.

Figura I.1.44: Consumo di stimolanti nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età

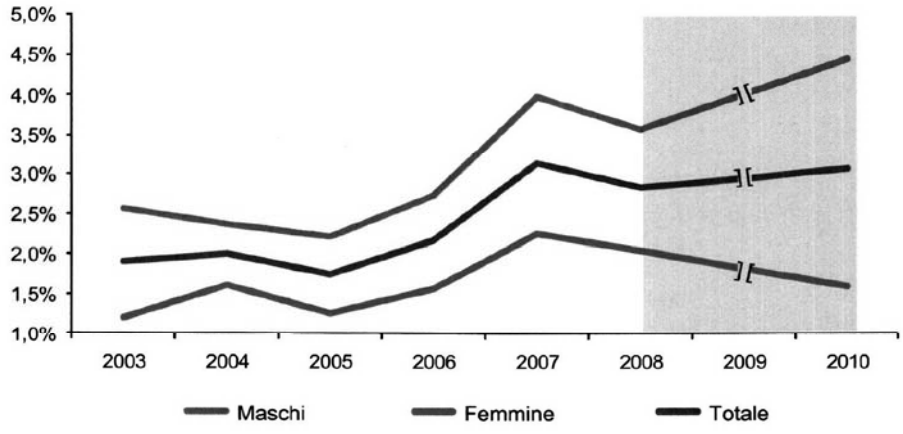


Fonte: Elaborazione su dati SPS-ITA 2010

Nel 2010 aumento del consumo di stimolanti tra i maschi e riduzione dei consumi tra le femmine

Il trend del consumo di stimolanti negli ultimi 12 mesi rilevato nel campione intervistato nel 2010 indica un andamento contrapposto tra i generi: aumento tra i maschi e contrazione dei consumi tra le femmine. decremento nei consumi per entrambi i generi. Questa variazione riscontrata nell'ultimo anno dovrà essere verificata mediante l'analisi congiunta di altre fonti informative. Se tale variazione verrà validata e confermata anche nei prossimi anni, potrebbe evidenziare un cambiamento nel profilo del consumo di sostanze nella popolazione scolarizzata.

Figura I.1.45: Consumo di stimolanti nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anni 2003 - 2010



Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD Italia 2000 – 2008, e dati SPS-ITA 2010

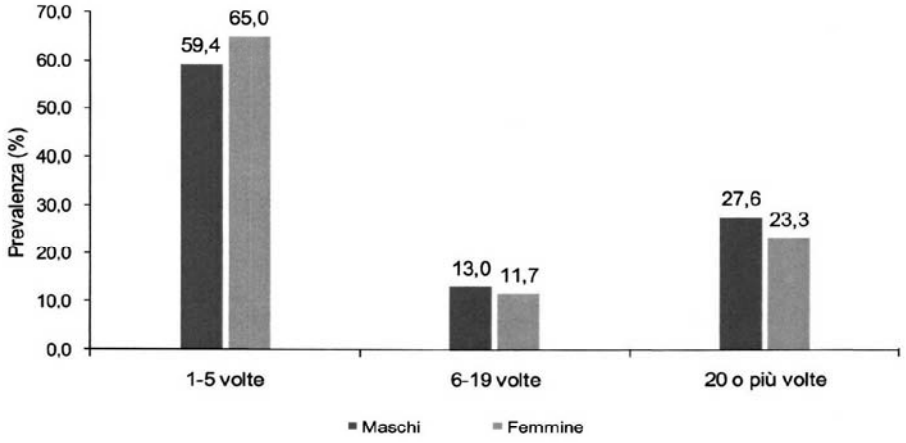
Tabella I.1.15: Consumo di stimolanti nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Confronto 2008 – 2010

Stimolanti	Anno		Variazione 2008 vs 2010	
Genere	**2008**	**2010**	**valore assoluto**	**valore %**
Maschi	3,6	4,6	1,0	+27,8
Femmine	2,0	1,6	0,4	-20,0
Totale	**2,8**	**3,0**	**0,2**	**+7,1**

Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD Italia 2008 e SPS-ITA 2010

Tra gli studenti intervistati consumatori di sostanze stimolanti, il 60% dei maschi ed il 65% delle femmine riferisce di aver utilizzato queste sostanze da 1 a 5 volte negli ultimi 12 mesi. Il consumo più assiduo di stimolanti (20 o più volte annualmente) è stato riferito rispettivamente dal 28% e dal 23% della popolazione studentesca maschile e femminile.

Figura I.1.46: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di stimolanti nella popolazione generale 15-19 anni (almeno una volta negli ultimi 12 mesi)



Fonte: Elaborazione su dati SPS-ITA 2010

I.1.2.7 Consumi di allucinogeni

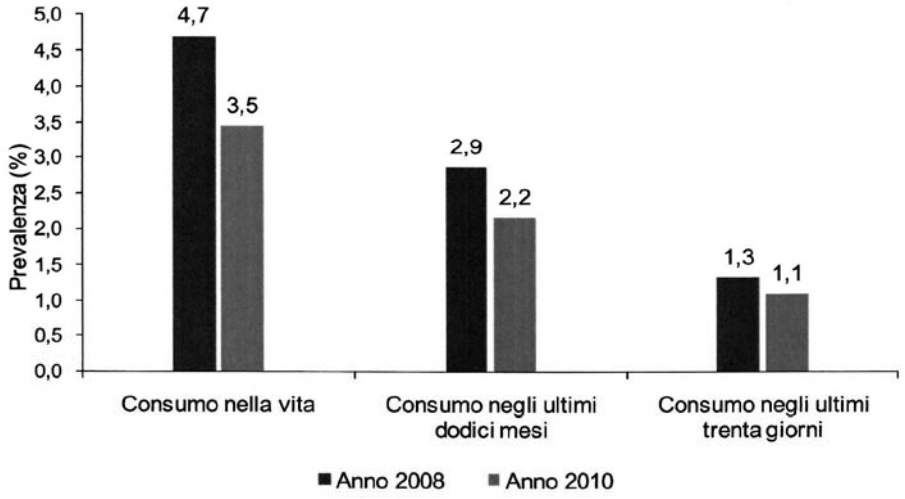
Tra gli studenti italiani, il 3,5% ed il 2,2% ha riferito di aver usato sostanze allucinogene rispettivamente almeno una volta nella vita ed almeno una volta nell'ultimo anno precedente all'intervita, mentre l'1,1% ha riportato di averne consumato recentemente (nel corso degli ultimi 30 giorni). Sensibili differenze rispetto alla rilevazione del 2008, si osservano nel consumo di allucinogeni almeno una volta nella vita (-25,5%) e negli ultimi 12 mesi (-24,1%).

Figura I.1.47: Consumo di allucinogeni nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni)

Diminuzione dei consumi di allucinogeni;

Il 96,5% degli studenti non ha mai assunto allucinogeni, mentre il 3,5% ha usato allucinogeni almeno una volta nella vita

Solo l'1,1% gli ha consumati negli ultimi 30 giorni

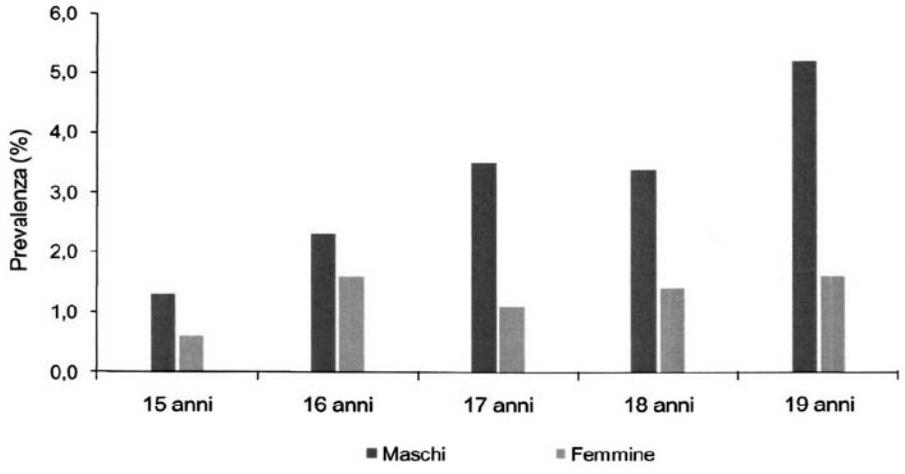


Fonte: Elaborazione su dati SPS-ITA 2010

All'interno della popolazione studentesca nazionale, le prevalenze d'uso di sostanze allucinogene negli adolescenti di genere maschile, aumentano al passaggio da un'età alla successiva, ad eccezione dei 18enni, età in cui si riscontra una restrizione nei consumi. Le studentesse consumatrici di allucinogeni aumentano con il crescere dell'età, da 0,6% nelle 15enni all'1,6% tra le 19enni, con un picco massimo osservato nelle 16enni (1,6%).

Maggior uso tra studenti maschi 19 anni: 5,2%

Figura I.1.48: Consumo di allucinogeni nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età

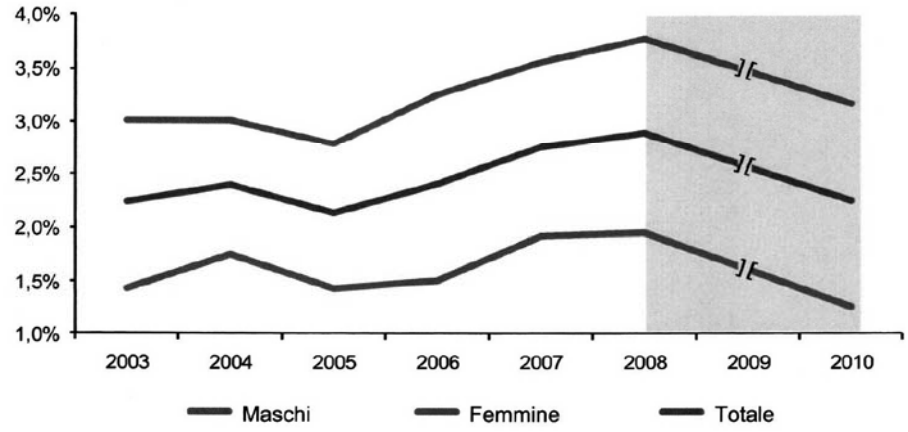


Fonte: Elaborazione su dati SPS-ITA 2010

Secondo le indicazioni rilevate dagli studenti intervistati dal 2003 al 2010, ad eccezione del 2009 anno in cui non è stata eseguita la rilevazione, sembra delinearsi un andamento crescente dal 2005 al 2008, in seguito al quale si assiste ad una contrazione dei consumi di allucinogeni per entrambi i generi della popolazione scolarizzata, in percentuale più elevata tra le studentesse (-35,5%).

Consumi in diminuzione dal 2008

Figura I.1.49: Consumo di allucinogeni nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anni 2003 - 2010



Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD Italia 2000 – 2008, e dati SPS-ITA 2010

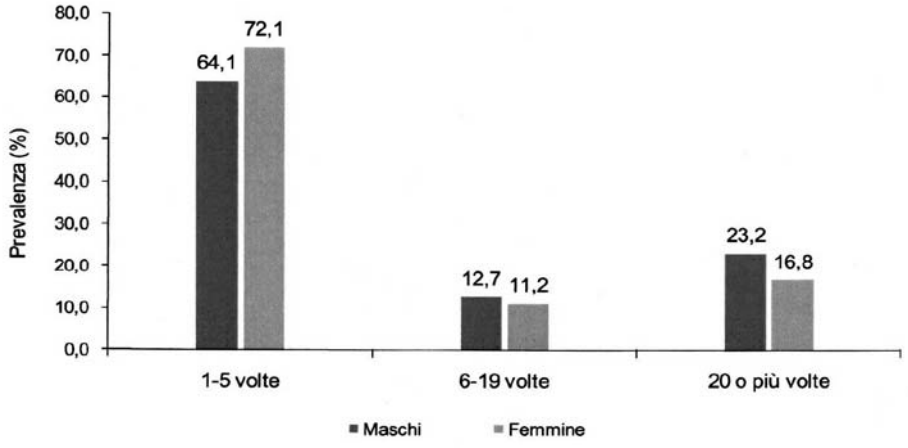
Tabella I.1.16: Consumo di allucinogeni nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Confronto 2008 – 2010

Allucinogeni	**Anno**		**Variazione 2008 vs 2010**	
Genere	**2008**	**2010**	**valore assoluto**	**valore %**
Maschi	3,8	3,2	0,6	-15,9
Femmine	2,0	1,3	0,7	-35,5
Totale	**2,9**	**2,2**	**0,7**	**-24,1**

Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD Italia 2008 e SPS-ITA 2010

Tra gli studenti consumatori di allucinogeni, il 64% dei maschi ed il 72% delle femmine ne ha fatto uso da 1 a 5 volte nel corso dell'ultimo anno, mentre il consumo più frequente (20 o più volte nel corso di 12 mesi) è stato riferito dal 23% e dal 17% rispettivamente degli studenti e delle studentesse.

Figura I.1.50: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di stimolanti nella popolazione generale 15-19 anni (almeno una volta negli ultimi 12 mesi)



Fonte: Elaborazione su dati SPS-ITA 2010

I.1.2.8 Policonsumo nella fascia 15-19

La poliassunzione di sostanze psicoattive, legali ed illegali, caratterizza e definisce lo stile di consumo prevalente sempre più diffuso tra soggetti più giovani.

La Tabella I.1.16 rappresenta la distribuzione di prevalenza condizionata d'uso di sostanze legali ed illegali tra coloro che riferiscono di aver consumato sostanze illegali negli ultimi dodici mesi.

Il 18,5% degli studenti riferisce di aver consumato cannabis nell'ultimo anno, tra questi il 98,6% ha bevuto alcolici nello stesso periodo, il 96,2% ha fumato almeno una sigaretta al giorno, il 16,6% ha usato cocaina e il 5,4% eroina.

Degli studenti intervistati il 2,9% ha riferito l'uso di cocaina negli ultimi dodici mesi. Tra i consumatori di cocaina, l'uso di alcol negli ultimi dodici mesi è attribuibile al 98% dei soggetti, mentre, il 94,5% riferisce di fumare quotidianamente sigarette, il 96% ha fatto uso anche di cannabis (per la quasi totalità dei soggetti si registra anche l'uso di tale sostanza) e il 27% di eroina.

Lo 0,8% ha riferito di aver fatto uso almeno una volta negli ultimi dodici mesi di eroina. Il 97,6% dei consumatori della sostanza ha consumato nello stesso periodo alcolici, l'89,3% ha fumato quotidianamente, il 96% ha usato cannabis e l'84,9% cocaina. Questi risultati evidenziano che i consumatori di eroina come sostanza primaria, assumono in percentuale maggiore anche cocaina, rispetto ai consumatori di cocaina come sostanza primaria, che ricorrono al consumo congiunto di eroina in percentuale inferiore.

Forte tendenza al policonsumo:

- Forte associazione con alcol e tabacco di tutte le sostanze
- Consumatori di cannabis:
17% anche cocaina
5% anche eroina
- Consumatori di cocaina:
96% anche cannabis
27% anche eroina
- Consumatori di eroina
96% anche cannabis
85% anche cocaina

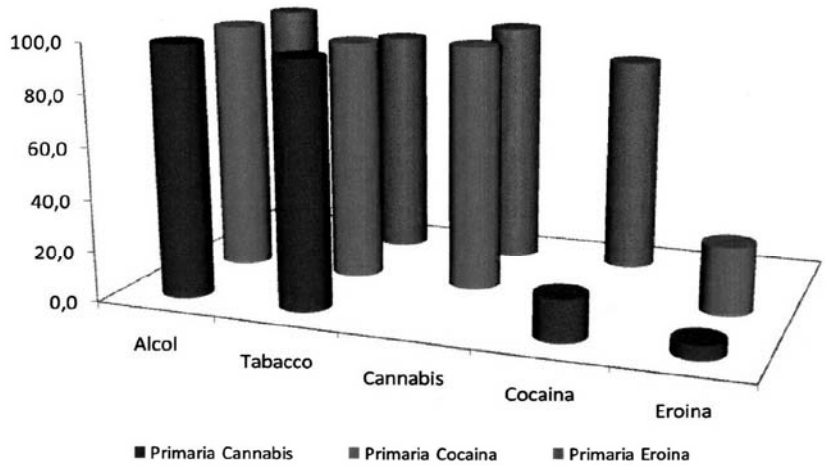
Tabella I.1.17: Distribuzione della prevalenza condizionata di policonsumatori nella popolazione scolarizzata 15-19 anni negli ultimi 12 mesi (last year prevalence)

Sostanze	Alcol	Tabacco (≥ sigaretta/die)	Cannabis	Cocaina	Eroina
Cannabis	98,6	96,2	-	16,6	5,4
Cocaina	98,2	94,5	96,0	-	27,0
Eroina	97,6	89,3	95,9	84,9	-

Fonte: Elaborazione su dati SPS-ITA 2010

Figura I.1.51: Poliassunzione (dati SPS-ITA - età 15 – 19 anni)

Cannabis si conferma come droga "trasversale"



Fonte: Elaborazione su dati SPS-ITA 2010

I.1.3. Consumo di alcol

A conclusione dell'analisi sui consumi di sostanze illecite nella popolazione generale e studentesca ed in relazione all'elevato consumo di alcol in associazione con le sostanze stupefacenti osservato nei paragrafi precedenti, di particolare interesse risulta il confronto tra l'andamento dei consumi di sostanze illecite ed il trend dell'uso ed abuso di alcol nell'ultimo periodo.
A tal fine sono stati considerati i dati prodotti dallo studio ESPAD 2007 sul consumo di alcolici negli studenti 17-18 anni, pubblicati nel Rapporto "Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia"- ISTISAN 10/5 del 2010.

Tabella I.1.18: Consumo di alcol dei giovani italiani di 17-18 anni. Anni 2007 e 2010

	2007			2010			Δ%		
	M	F	TOT	M	F	TOT	M	F	TOT
Consumo % alcol nella vita									
mai	9	12	10	7	10	8	-22,2	-16,7	-20,0
da 1 a 9 volte	30	42	35	17	30	24	-43,3	-28,6	-31,4
da 10 a 39 volte	31	30	31	25	32	29	-19,4	6,7	-6,5
oltre 40 volte	30	16	23	52	28	39	73,3	75,0	69,6
Consumo % alcol negli ultimi 12 mesi									
mai	16	21	19	9	14	12	-43,8	-33,3	-36,8
da 1 a 9 volte	44	50	48	33	48	41	-25,0	-4,0	-14,6
da 10 a 39 volte	28	23	25	34	29	31	21,4	26,1	24,0
oltre 40 volte	12	5	8	24	9	16	100,0	80,0	100,0
Consumo % alcol negli ultimi 30 giorni									
mai	31	42	37	15	25	20	-51,6	-40,5	-45,9
da 1 a 9 volte	51	49	50	63	66	64	23,5	34,7	28,0
da 10 a 39 volte	15	8	11	18	8	13	20,0	0,0	18,2
oltre 40 volte	3	1	2	4	1	2	33,3	0,0	21,5
Ubriacature nella vita (%)									
mai	61	63	62	33	46	40	-45,9	-27,0	-35,5
da 1 a 9 volte	31	33	32	49	45	47	58,1	36,4	46,9
da 10 a 39 volte	6	3	5	13	8	10	116,7	166,7	100,0
oltre 40 volte	1	1	1	5	2	3	400,0	100,0	200,0

Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS su dati ESPAD 2007, Studio SPS-ITA 2010 – Dipartimento Politiche Antidroga

Aumento % dal 2008 al 2009 del consumo quotidiano del 18,2%

Aumento % dal 2008 al 2009 delle ubriacature oltre 40 volte nella vita del 200%

Secondo i dati ESPAD 2007, il 90% del campione di popolazione giovanile italiana di età compresa tra i 17 e i 18 anni ha dichiarato di aver consumato alcol almeno una volta nel corso della vita (quasi un adolescente su 4 ha dichiarato di averlo consumato oltre 40 volte), mentre l'81% l'ha consumato anche nel corso dei dodici mesi antecedenti la rilevazione. Il consumo nel corso degli ultimi trenta giorni ha coinvolto il 63% degli studenti italiani (69% dei maschi e 58% delle femmine). Il 38% dei giovani ha riferito di essersi ubriacato almeno una volta nel corso della vita; il 32% lo ha fatto da 1 a 9 volte senza evidenti differenze di genere.

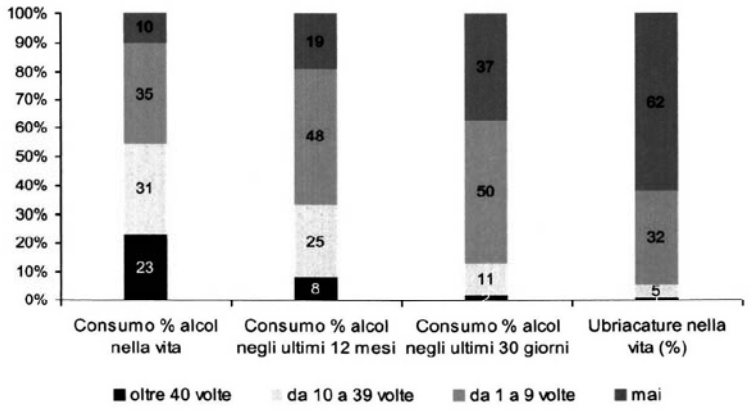
Consumo di alcol nel 2007:
- 90% almeno una volta nella vita
- 81% negli ultimi 12 mesi
- 63% negli ultimi 30 gg

Nel corso dell'anno 2010, il 92% degli studenti italiani ha dichiarato di aver consumato alcol almeno una volta nella vita (più di un adolescente su 3 ha dichiarato di averlo consumato oltre 40 volte) ed l'88% ha riferito di averlo consumato nel corso dell'ultimo anno. Il consumo recente di bevande alcoliche, riferito ai 30 giorni antecedenti la somministrazione del questionario è stato dichiarato dall'80% degli studenti (85% dei maschi e 75% delle femmine).
Ben il 60% degli studenti si è ubriacato almeno una volta nella vita (67% dei

Consumo di alcol nel 2009:
- 92% almeno una volta nella vita
- 88% negli ultimi 12 mesi
- 80% negli ultimi 30 gg

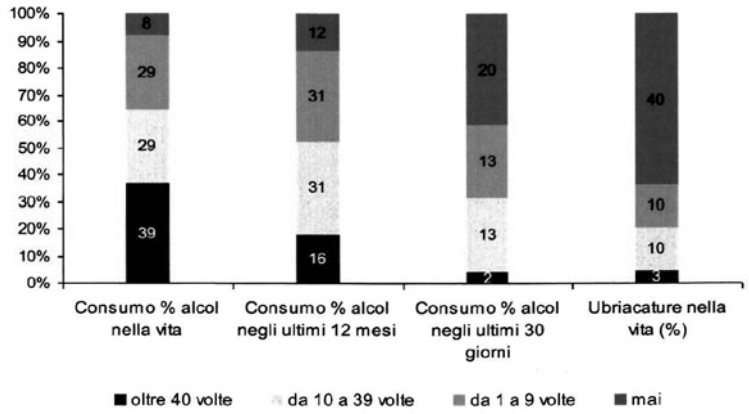
maschi e il 54% delle femmine)
Rispetto al 2007, nel 2010 si registra un generale aumento del consumo di alcol negli adolescenti che si contrappone alla contrazione dei consumi di sostanze illecite ampiamente evidenziata nei precedenti paragrafi. Tale incremento si osserva per tutti i periodi di consumo indagati (almeno una volta nella vita, negli ultimi 12 mesi e negli ultimi 30 giorni), e si concentra prevalentemente in corrispondenza della modalità più frequente di assunzione (oltre 40 volte). A conferma di tale evidenza, la percentuale di giovani 17-18enni che non ha consumato bevande alcoliche negli ultimi 30 giorni è diminuita dal 37% nel 2007 al 20% nel 2010. Sono notevolmente aumentate le ubriacature nella vita; in particolare per i maschi si osserva nel 2010 un valore 4 volte superiore a quello del 2007, per le donne l'aumento si concentra soprattutto nella classe 10-39 volte.
In generale, l'andamento dei consumi nei maschi e nelle femmine concorda; le uniche eccezioni si registrano nel consumo di alcol almeno una volta nella vita in corrispondenza della modalità 10-39 volte (-19,4% nei maschi e +6,7% nelle femmine) e nel consumo negli ultimi 30 giorni in corrispondenza delle modalità 10-39 volte e oltre 40 volte, che aumenta nei maschi (rispettivamente +20% e +33,3%) mentre rimane stabile nelle femmine.

Figura I.1.52: Distribuzione percentuale del consumo di alcol dei giovani italiani di 17-18 anni. Anno 2007



Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS su dati ESPAD 2007

Figura I.1.53: Distribuzione percentuale del consumo di alcol dei giovani italiani di 17-18 anni. Anno 2010



Fonte: Studio SPS-ITA 2010 – Dipartimento Politiche Antidroga

I.1.4. La commercializzazione di sostanze stupefacenti via internet: le caratteristiche di un fenomeno e le strategie per affrontarlo

I.1.4.1. Le caratteristiche del fenomeno

Interesse nazionale ed internazionale

Negli ultimi 3 anni, le organizzazioni internazionali (INCB, UNODC, EMCDDA, ecc.) stanno rivolgendo una particolare attenzione alle dinamiche di mercato delle sostanze illecite che vanno mutando da forme tradizionali a nuove forme, quali l'e-commerce, ovvero la commercializzazione di sostanze stupefacenti via Internet. Tale preoccupazione si riflette anche a livello nazionale dove l'attenzione verso gli acquisti online nasce dai sempre più frequenti casi di intossicazione acuta correlati all'assunzione di sostanze acquistate via Internet.

Aumento delle intossicazioni

Il fenomeno è andato accentuandosi nel corso dell'ultimo anno, soprattutto in seguito alla comparsa sul mercato, già dalla fine del 2008, di miscele vegetali acquistabili via Internet e contenenti cannabinoidi sintetici, molto più forti del normale THC, e particolarmente pericolosi per la salute dei consumatori. Nell'ultimo anno, infatti, sono stati oltre 10 i casi di intossicazione causati dal consumo di tali prodotti in Italia. Casi analoghi sono stati riportati anche per altre sostanze acquistate online, tra cui il mefedrone, che nel Regno Unito è già stato correlato al decesso di oltre 20 soggetti.

Un siffatto scenario rende necessaria una profonda riflessione sulle potenzialità che la tecnologia web mette a disposizione e sulla necessità di arginare un fenomeno che mette in pericolo la salute dei consumatori ed in particolare dei più giovani. E' infatti la popolazione giovanile quella maggiormente interessata dalla navigazione in Internet e quindi esposta in maggior misura agli acquisti online.

Le modalità di acquisto

Da un'indagine eseguita dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce del Dipartimento Politiche Antidroga presentata alla V Conferenza Nazionale sulle Droghe, è emersa la grande numerosità di siti Internet che promuovono l'acquisto di sostanze illecite o di sostanze legali in grado di produrre effetti simili a quelli delle sostanze illecite. Utilizzando il motore di ricerca Google e cercando parole chiave come "buy+cocaine", "buy+ecstasy" o "buy+hashish", sono oltre 4.000.000 i siti web che risultano dalla ricerca.

Le modalità di acquisto con cui è possibile acquistare i prodotti presso i siti (online drugstore) sono tra loro molto simili e sono caratterizzate dall'estrema facilità con cui l'operazione può essere effettuata. Infatti, come per qualsiasi altro prodotto comperato via web, gli ordinativi vengono eseguiti da computer dotati di una connessione Internet; il pagamento avviene tramite carta di credito, bonifici, vaglia e altre forme di pagamento online (es. Paypal); l'ordine effettuato viene indirizzato verso un sito di "raccolta degli ordinativi" dal quale l'ordine viene inoltrato al produttore; il produttore, quindi, provvede alla consegna del materiale acquistato, utilizzando servizi di corriere postale in grado di raggiungere in breve tempo il compratore.

La promozione dei prodotti

Per la promozione dei prodotti in vendita, le aziende che gestiscono i siti hanno adottato vere e proprie strategie di marketing.

Per molte sostanze vengono descritti effetti simili a quelli delle droghe illecite. Ad esempio, la Salvia Divinorum e la Hawaiian Baby Woodrose vengono descritte come sostanze che inducono effetti allucinogeni simili a quelli dell'LSD. Il Kratom viene spesso descritto quale sostituto degli oppiacei; molte preparazioni vegetali vengono descritte come alternative della cannabis e le cosiddette "party pills" vengono vendute come alternative all'MDMA. Le party pills, inoltre, possono contenere materiale vegetale o sostanze sintetiche o semi-sintetiche. Il loro ingrediente principale è spesso la benzilpiperazina (BZP). Presso gli online drugstore, però, sono disponibili anche delle varianti per poter liberamente commercializzare le party pills anche in Paesi dove la benzilpiperazina è soggetta

a misure di controllo e restrizione.

Parafernalia

Oltre a vendere sostanze illecite e sostanze con effetti simili alle sostanze illecite ma non inserite nelle Tabelle del D.P.R. 309/90 ("smart drugs"), su Internet è facile imbattersi anche in siti che vendono oggetti da utilizzare per l'utilizzo ed il consumo di sostanze, soprattutto per fumare marijuana: bilancini, bong, chilum, portaceneri, ecc. Soprattutto in quei siti dove si vendono semi di marijuana e/o canapa, consigli per come crescere al meglio le piante di marijuana e come rullare bene uno spinello farciscono le pagine web, sia con dettagliati testi descrittivi, sia con video pubblicati su www.youtube.com. Non sono infrequenti nemmeno siti alimentati e aggiornati dai consumatori stessi in cui vengono pubblicati consigli su dove è meglio acquistare i prodotti, su quali città si mostrano più o meno tolleranti rispetto al consumo di marijuana in pubblico, per esempio, e consigli su come comportarsi per evitare guai con le Forze dell'Ordine.

Tecniche per incentivare gli acquirenti

Le tecniche adottate dai gestori degli online drugstore per incentivare gli acquirenti sono varie. La maggior parte di questi siti è stata realizzata con layout caratterizzati da immagini accattivanti, in cui appaiono giovani spensierati che si divertono facendo uso dei prodotti messi in vendita. Molti siti, inoltre, riportano le testimonianze di vari consumatori che garantiscono, per propria esperienza, la bontà e la qualità dei prodotti acquistati. Oltre alla grafica intrigante, vengono spesso presentate offerte speciali tra le più varie: riduzione di prezzo all'aumentare dei quantitativi acquistati oppure sconti se un amico acquista dei prodotti sul sito dietro segnalazione del primo acquirente. Le consegne da parte dei fornitori vengono effettuate molto spesso con pacchi "anonimi", ovvero senza riportare marchi né loghi, mantenendo quindi anonima sia l'origine del prodotto che la tipologia del contenuto e garantendo, quindi, la privacy dell'acquisto.

Nuove sostanze dalla composizione non nota

E' opportuno segnalare anche l'emergere sul mercato di un numero sempre maggiore di sostanze psicoattive le cui composizioni non sono ben note e i cui effetti non sono ancora stati registrati dagli operatori delle strutture sanitarie che rischiano, quindi, di trovarsi di fronte a pazienti consumatori con sintomi anomali, di difficile riconoscimento, ritardando, di conseguenza, la diagnosi e la cura dei pazienti stessi. Un esempio è dato dalla Ketamina, conosciuta ora anche come Special K. Si tratta di un anestetico dissociativo, utilizzato principalmente nella pratica veterinaria. Può essere iniettata, ingerita, sniffata o fumata. I suoi effetti analgesici sono garantiti con piccole dosi della sostanza ma se le dosi aumentano sono stati documentati effetti amnesici, confusione e ostilità. La difficoltà nel riconoscere precocemente tale sostanza ha causato, in passato, il ritardo di diagnosi di varie intossicazioni e tutt'oggi, benché molto popolare tra i consumatori, non risulta di immediato riconoscimento nemmeno ai test di screening.

Rape drugs

Sempre più frequentemente circolano online le cosiddette "rape drugs", ovvero droghe che vengono utilizzate di solito ai primi appuntamenti, soprattutto tra persone eterosessuali, per intontire la vittima e approfittarne sessualmente. Purtroppo, queste sostanze sono spesso incolore, inodore e insapore, e vengono messe di nascosto nel bicchiere della vittima che non le nota al momento dell'assunzione. Inoltre, sono in grado di produrre degli effetti amnesici molto forti rendendo, quindi, impossibile il riconoscimento dell'esecutore della violenza poiché la vittima non ne ha ricordo. Una di queste sostanze è il GHB, inodore e insapore, che viene anche utilizzato per stordire le vittime di violenze sessuale. Si sono già verificati casi di questo tipo nel 2008 a Milano, Torino, Vicenza, Roma, Treviso e un paio nel 2009 a Firenze e Parma.

Sostanze di questo tipo, spesso anche perché utilizzate nell'ambito della ricerca scientifica, sono ampiamente disponibili sul web e risulta quindi facile entrarne in possesso. Purtroppo, però, l'uso improprio che se ne può fare costituisce una grave minaccia per la salute delle persone evidenziando ulteriormente, quindi, la criticità della disponibilità di tali sostanze sul web.

Rave party

E' interessante notare come Internet costituisca un canale di comunicazione estremamente utilizzato dai più giovani anche per lo scambio di informazioni su eventi quali i rave party, manifestazioni musicali, spesso illegali, organizzate all'interno di aree industriali abbandonate o in spazi aperti, della durata di una notte o anche di alcuni giorni. Esistono precisi canali online per la trasmissione di informazioni relative all'organizzazione dei rave, come raggiungerli, come partecipare, come evitare i posti di blocco delle Forze dell'Ordine. Oggi, sempre di più, i rave party vengono organizzati in modo illegale in tutto il mondo e, da fenomeno di controcultura underground quale essi erano in origine, si sono trasformati in un fenomeno molto diffuso caratterizzato dall'ampia disponibilità di sostanze stupefacenti e dallo smodato consumo di alcol e droghe.
I rave party costituiscono un serio problema sociale e sanitario poiché implicano una serie di gravi aspetti che, se combinati, possono creare situazioni in cui i rischi collettivi, nei quali i ravers incorrono, possono facilmente degenerare in rischi ambientali, sanitari e fisici per le persone che vi prendono parte. Basti pensare che nel corso del 2009, in Italia, sono stati organizzati oltre 70 rave party; questa cifra appare tuttavia sottostimata a causa del silenzio e della segretezza che caratterizzano l'organizzazione di tali eventi. Per quanto non sia ad oggi disponibile un dato preciso circa la mortalità legata ai rave, le morti riportate dai media in seguito a tali eventi sono state 5, accompagnate peraltro da altre persone con gravi intossicazioni e disturbi psichiatrici che hanno avuto bisogno di cure presso i servizi del sistema dell'emergenza/urgenza. Peraltro, i danni prodotti da questo genere di manifestazioni, oltre alla cospicua incidenza di overdosi fauste, si confondono con quelli tragici degli incidenti stradali notturni dei fine settimana.
I danni correlati a questo genere di "full immersion" di abuso, inoltre, possono generare dipendenze e patologie di diversa natura e gravità a livello neurologico, uditivo e visivo.

Le difficoltà dei controlli

La complessità del fenomeno e la rapidità con cui esso si muove stanno mettendo a dura prova le politiche antidroga ed i sistemi di controllo del traffico e dello spaccio, sia di quelli nazionali che di quelli internazionali. L'apertura e la chiusura dei siti che vendono sostanze sono estremamente rapide, i percorsi di vendita dei prodotti sono difficilmente tracciabili e la rilevazione delle aziende che concretamente producono le sostanze e/o le mettono in commercio risulta alquanto difficoltosa. Tutto questo comporta notevoli difficoltà per le normali attività di controllo e contrasto del traffico e dello spaccio da parte delle Forze di Polizia anche per le quali, quindi, Internet rappresenta una vera e propria sfida.

I.1.4.2. Bisogni individuati

Rafforzare il monitoraggio del web

A fronte di questa prima analisi del fenomeno, sono emerse una serie di esigenze riguardo le azioni da intraprendere per meglio definire il problema e arginare e, meglio, prevenire, i danni alla salute pubblica ad esso correlati.
E' stata evidenziata la necessità di rafforzare il monitoraggio della rete web quale fonte di informazione circa le nuove sostanze e le nuove modalità di consumo descritte in Internet e proposte agli utenti. Esiste l'esigenza, infatti, di sistematizzare le informazioni recuperate dal web distinguendole per tipologia di sito, di argomento e di finalità e di poter osservare nel tempo il cambiamento delle informazioni e dei siti in cui esse sono contenute. Ciò consentirà di identificare le nuove tendenze tra i consumatori nonché le nuove modalità di azione e promozione svolte dai gestori dei portali per accattivare i web-surfers, incentivarli all'acquisto di sostanze via Internet e fidelizzarli nelle loro scelte.

Informazioni tempestive di prima mano

Si è ravvisato, inoltre, il bisogno di disporre tempestivamente di informazioni di prima mano circa l'acquisto di sostanze vie Internet da parte dei consumatori. Al momento, tali informazioni risultano recuperabili via Internet ma non sono ancora state sviluppate precise modalità di primo contatto che prevedano il recupero di

notizie anche solo attraverso un colloquio con i consumatori per sapere se hanno mai acquistato sostanze via Internet ed, eventualmente, presso quale sito.

Profilo dei consumatori

Conseguentemente, esiste una certa difficoltà nel definire il profilo dei consumatori di sostanze acquistate su web e nell'identificare quelle che possono essere le tendenze del consumo, le preferenze, le mode di tale tipologia di consumatori. Comprendere le caratteristiche di questi soggetti potrebbe contribuire ad elaborare delle metodologie di prevenzione adeguate al target, più precisamente mirate e quindi più efficaci.

Coinvolgimento delle Forze dell'Ordine

Come evidenziato dall'INCB (2009), il crimine su Internet è facile da perpetrare, richiede poche risorse ed è estremamente difficile da rintracciare. Pertanto, la vendita e la circolazione di sostanze via Internet possono risultare alquanto difficoltose anche per i controlli delle Forze di Polizia. E' pertanto necessario adottare forme di collaborazione con le Forze dell'Ordine specializzate (Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, Polizia delle Comunicazioni) e con strutture operative altamente sensibili che possano adottare un approccio specifico rispetto al fenomeno e che contribuiscano, quindi, ad agevolare il controllo e le eventuali operazioni di contrasto relativamente alla vendita di sostanze stupefacenti illegali o pericolose per la salute tramite la rete Internet.

I.1.4.3. Progetti attivati dal Dipartimento Politiche Antidroga

Attivati 3 progetti nell'area Internet

Allo scopo di affrontare il problema della commercializzazione di sostanze online e di impedire, quindi, gli effetti avversi che tale fenomeno può causare, il Dipartimento Politiche Antidroga ha attivato una serie di progetti che, ciascuno con proprie attività e modalità, hanno la finalità di comprendere meglio l'estensione del fenomeno della vendita di sostanze stupefacenti online, le dinamiche della compravendita di tali sostanze e la realizzazione di azioni concrete volte a contrastare questa realtà. Nello specifico, i progetti attivati sono stati denominati: Droga & Internet, Rave Party Prevention e Smart Search.

Collegamento al Sistema Nazionale di Allerta Precoce

Tutti e tre i progetti risultano fortemente legati all'attività del Sistema Nazionale di Allerta Precoce del Dipartimento Politiche Antidroga. Il Sistema, infatti, forte dei tempestivi flussi informativi che lo caratterizzano, dell'ampio network di unità operative dislocate su tutto il territorio italiano, e dei canali di comunicazione a livello internazionale, attraverso il Punto Focale Nazionale, ha la possibilità di informare tempestivamente gli enti e le strutture responsabili dell'attivazione di adeguate misure di risposta in relazione agli eventi segnalati e, quindi, di prevenire e/o ridurre i rischi ed essi collegati. Ciò significa che le informazioni che il Sistema riceve tramite le attività dei progetti attivati nell'area Internet possono costituire la base per eventuali allerte sia tra le strutture competenti ma anche tra i consumatori. In questo modo, il monitoraggio del web non rimane un semplice esercizio di raccolta dati ma trova anche un effettivo riscontro pratico a livello territoriale.

Di seguito si riportano le caratteristiche e le finalità principali di ciascun progetto.

Progetto Droga & Internet

La realizzazione del progetto Droga & Internet è stata affidata alla Croce Rossa Italiana, in collaborazione con la Polizia delle Comunicazioni. L'obiettivo generale del progetto è costruire un sistema di sorveglianza della domanda/offerta di sostanze stupefacenti in Internet, in grado di evidenziare l'offerta su web di sostanze stupefacenti, farmaci e sostanze psicoattive. Contemporaneamente, si intende rilevare l'andamento e la tipologia della domanda via Internet verso tali siti, così da individuare possibili linee di prevenzione sia nell'ambito socio-sanitario che nell'ambito nella repressione e del controllo, attraverso, ad esempio, il possibile oscuramento dei siti che propongono sostanze stupefacenti ed illegali.

La messa in evidenza ed il monitoraggio della domanda avvengono attraverso la

sorveglianza dei flussi informativi in Internet e, contemporaneamente, anche attraverso le unità di strada (unità di primo contatto). Per mezzo di queste ultime, infatti, vengono rilevate, presso i consumatori di sostanze, le possibili fonti di approvvigionamento online in modo da monitorare la tipologia di consumatore, la prevalenza, la tipologia di sostanze acquistate, la dimensione della spesa e le modalità di acquisto. L'offerta viene monitorata attraverso un censimento delle farmacie online, degli online drugstore e degli spazi virtuali di espressione individuale, studiandone anche i modelli di advertising e di marketing, nonché le modalità di trasferimento postale dei prodotti. Il progetto prevede anche lo studio delle varie forme di promozione e di fidelizzazione del cliente, sia per quanto riguarda le sostanze stupefacenti o le sostanze che mimano gli effetti psicoattivi delle droghe, sia per quanto riguarda i farmaci.
L'indagine relativa ai consumatori, tramite le unità di strada, si estenderà anche agli ambienti dell'intrattenimento e alle palestre, oltre che ai consumatori abituali rilevabili negli usuali luoghi di spaccio, differenziandone le classi di età e altre caratteristiche che permetteranno di definire un quadro preciso dei consumatori.

Progetto Rave Party Prevention
Affidato alla Croce Rossa Italiana, in collaborazione con la Polizia delle Comunicazioni, il progetto Rave Party Prevention si propone di attivare in Italia un monitoraggio permanente dei rave party, soprattutto quelli clandestini, per finalità preventive. In particolare, esso ha lo scopo di conoscere in maniera precoce le modalità di svolgimento dell'evento musicale, di capire cioè dove, quando, come si svolgerà e chi lo organizza, e fare in modo che tutto si svolga secondo le regole della convivenza civile e le buone prassi, oltre che di rispetto di se stessi, delle regole e del vivere civile, ricomponendo il quadro dei rapporti fra le Istituzioni territoriali e gli organizzatori dei suddetti raduni musicali clandestini. Questi eventi, infatti, sono spesso causa di molteplici problemi di ordine pubblico e sanitario, per i danni alla persona che possono essere provocati dal consumo e dallo spaccio di droghe e alcol e di musiche fruite ad altissimo volume, e per i danni sociali ed ambientali procurati da organizzatori spesso non autorizzati e fuori dai canoni di sicurezza previsti per tali eventi. Occorre penetrare, quindi, nei metodi di esecuzione dei raduni musicali clandestini e compiere un'operazione che sia di informazione, di prevenzione e di sicurezza.
L'obiettivo sarà raggiungibile attraverso il coinvolgimento coordinato di vari Enti ed Organizzazioni operanti nell'ambito della prevenzione socio-sanitaria, della sicurezza territoriale, del controllo dello spaccio delle sostanze stupefacenti e della rete Internet (Prefetture, Questure, Dipartimenti delle Dipendenze, Comuni, Polizia delle Comunicazioni).
Intervenire quindi su questi meccanismi con misure differenziate ed interdisciplinari significa definire ed attivare un modello di prevenzione dei rischi di tipologia e di grado diverso, in cui deve intervenire innanzitutto il controllo coordinato del territorio da parte delle Forze di Polizia e quindi un lavoro "sotto copertura" di indagine continua di siti e network su cui viaggiano le informazioni che riguardano i rave party in programmazione.

Progetto Smart Search
Negli anni recenti si è assistito alla diffusione di prodotti estranei all'ambito farmaceutico e a quello dei composti stupefacenti e psicotropi inseriti nelle Tabelle del D.P.R. 309/90, quali integratori dietetici, preparati per infusi e tisane, creme, unguenti, profumatori ambientali, ecc. che dichiarano attività di tipo farmacologico e sono intese al miglioramento del proprio "benessere". Sono disponibili in commercio, sia su Internet che presso erboristerie, o nei cosiddetti "smart shops" prodotti indirizzati al conseguimento di stati psicologici alterati quali effetti entactogeni, lievemente dissociativi sino a situazioni psichedeliche.

L'offerta commerciale si estende tuttavia anche a preparazioni di cui sono riferiti effetti simil-amfetaminici (resistenza alla fatica, aumento del tono dell'umore) e di potenziamento delle performance sessuali. La loro composizione dichiarata sulle etichette, e spesso dagli stessi venditori, è priva di composti ad effetto farmacologico, mentre il loro successo commerciale, soprattutto in ambito giovanile, tradisce effetti non trascurabili di tipo psico-organico.
La necessità di approfondire le dimensioni di questo fenomeno e la natura dei composti impiegati quali "adulteranti" dei preparati in libero commercio è evidenziata dall'intrinseca pericolosità rappresentata da formulazioni contenenti molecole farmacologicamente attive non dichiarate. Inoltre, l'esigenza di conoscere la composizione delle sostanze nasce anche dalla prevalente componente giovanile che di queste preparazioni fa uso e che risulta, quindi, maggiormente a rischio di intossicazioni.
Pertanto, il progetto Smart Search, affidato all' Università degli Studi di Verona - Facoltà di Medicina e Chirurgia, Sezione di Medicina Legale e Medicina del Lavoro, in collaborazione con la Direzione Centrale per i Servizi Antidroga e la Polizia delle Comunicazioni, intende evidenziare la presenza, quali adulteranti, di composti farmacologicamente attivi, spesso non registrati e spesso analoghi di composti illeciti, in prodotti di libera vendita, tutelando in questa maniera la salute pubblica. L'identificazione e la caratterizzazione dei principi farmacologicamente attivi presenti nelle preparazioni in commercio consentirà di segnalarne la potenziale pericolosità e, se necessario, di definire specifiche regolamentazioni normative con finalità preventive.

I.1.4.4. Conclusioni

L'attivazione di specifici progetti nell'area Internet, che vede l'Italia pioniera anche a livello internazionale, costituisce un'opportunità importante, quindi, sia per la definizione del fenomeno, ma anche per l'introduzione di importanti azioni di prevenzione e contrasto della vendita di sostanze stupefacenti online.
Poiché le complessità che caratterizzano questa realtà, come sopra illustrato, sono numerose e data la poca esperienza che ad oggi ancora si possiede rispetto alla sua osservazione e gestione, è importante che gli impegni assunti e le strategie definite nel corso del 2009 vengano mantenute e consolidate nel prossimo futuro, al fine di garantire una continuità di lavoro e, quindi, maggiori e più significativi risultati. In tal senso, quindi, è auspicabile che l'ottima collaborazione instaurata con gli enti e le organizzazioni coinvolte sino ad ora nei progetti continui e si rafforzi, proseguendo il lavoro interdisciplinare che è stato iniziato e producendo, nel tempo, risultati davvero concreti e utili in termini di salute pubblica.

PAGINA BIANCA

CAPITOLO I.2.

SOGGETTI CON BISOGNO DI TRATTAMENTO

I.2.1. Prevalenza ed incidenza da fonti sanitarie

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

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

I.2.1.3. Stime di incidenza (nuovi casi) di utilizzatori di eroina che richiederanno trattamento

I.2.2. Caratteristiche dei soggetti in trattamento

I.2.2.1. Caratteristiche demografiche

I.2.2.2. Tipo di sostanze stupefacenti assunte dagli utenti assistiti

I.2. SOGGETTI CON BISOGNO DI TRATTAMENTO

Premesse

Oltre agli indicatori sul consumo di stupefacenti nella popolazione generale e scolastica, che appartengono al set di indicatori per il monitoraggio del fenomeno delle tossicodipendenze da parte dell'Osservatorio Europeo di Lisbona, particolare importanza viene dedicata anche ai consumatori di sostanze che in relazione al loro stato di salute, avrebbero necessità di affidarsi alle cure del servizio sanitario, parte dei quali iniziano o hanno iniziato un percorso terapeutico - riabilitativo, altri invece sono ancora sconosciuti ai servizi di cura. Tale contingente di persone viene identificato a livello europeo con l'acronimo PDU, Problem Drug Users e rappresenta un'altro degli indicatori chiave oggetto di monitoraggio.
Con riferimento a questo gruppo di soggetti, nel presente capitolo vengono presentate alcune informazioni sulla stima della prevalenza e dell'incidenza (nuovi casi), sulla base dei dati desunti da fonti informative sanitarie e non (Prefetture).
Ulteriore indicatore chiave oggetto di monitoraggio da parte dell'OEDT riguarda la domanda di trattamento (TDI – Treatment Demand Indicator) da parte delle persone che usano sostanze psicoattive e che si rivolgono ai servizi sanitari territoriali. Una specifica sezione viene dedicata al profilo delle caratteristiche dei soggetti assistiti dai Ser.T nel 2009.

Fonti informative

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

I.2.1. Prevalenza ed incidenza da fonti sanitarie

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

Soggetti in trattamento: solo una parte del problema

I soggetti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze del territorio nazionale rappresentano solo una parte della popolazione di utilizzatori di sostanze con possibile necessità di trattamento.
Per stimare la popolazione dei possibili utenti di trattamento per uso regolare, di lunga durata o iniettivo di sostanze[1], l'Osservatorio Europeo di Lisbona ha definito, mediante linee guida, opportune metodologie statistiche che, unendo l'informazione di diversi flussi istituzionali, permettono di stimare il numero complessivo di consumatori che presentano problemi di salute connessi all'utilizzo di sostanze psicoattive, includendo anche quella parte di consumatori che, pur non essendosi rivolta alle strutture di trattamento nel corso dell'anno, presenta caratteristiche analoghe a quelle dei soggetti in trattamento presso i SerT.
Rispetto ai metodi di stima riportati nelle linee guida reperibili all'indirizzo in nota, viene utilizzato quello del moltiplicatore semplice dai dati di trattamento. Il valore del moltiplicatore è ottenuto combinando i valori a livello locale, stimati nel 2008 e 2009, per la regione Abruzzo, il Trentino e l'area metropolitana di Bologna, unici studi locali disponibili. Le stime sono state elaborate dal Dipartimento di Matematica dell'Università Tor Vergata di Roma.

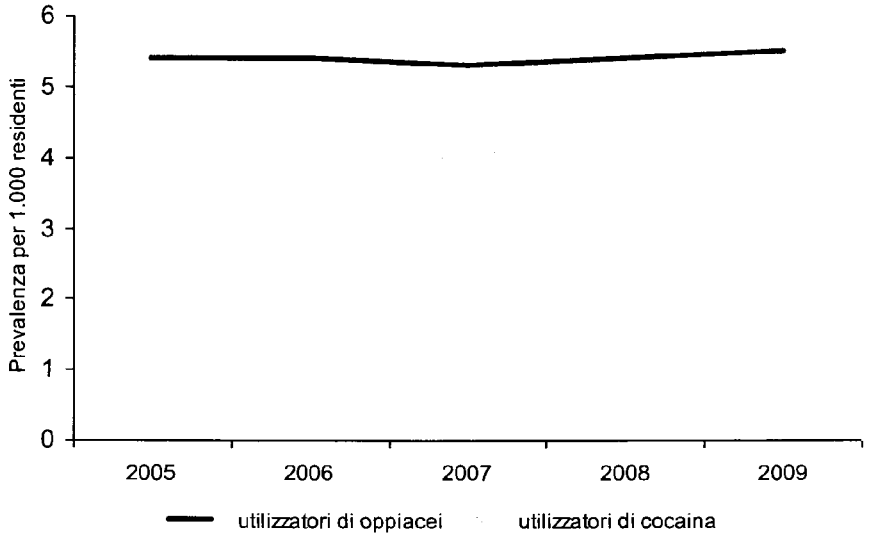
---

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

393.490 tossicodipendenti stimati in Italia, 9,95 per mille (15-64 anni) di cui: - 216.000per oppiacei - 178.000 per cocaina

Per il 2009 si stimano in Italia 393.490 soggetti che avrebbero bisogno di un trattamento, corrispondenti a una prevalenza di 9,95 per mille residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni.
Distintamente per le due sostanze maggiormente responsabili della richiesta di trattamento nei SerT, oppiacei e cocaina (nelle diverse forme disponibili in commercio), in Italia si stimano per il 2009 circa 216.000 soggetti eleggibili al trattamento per uso di oppiacei e circa 178.000 persone eleggibili al trattamento per uso di cocaina, corrispondenti rispettivamente ad una prevalenza di 5,5 e 4,5 per mille residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni. Gli intervalli di confidenza al 95%, stimati con il metodo bootstrap e dovuti solo alle fluttuazioni statistiche, hanno ampiezza complessiva 11.000 soggetti, e, sulle singole sostanze, circa 6.500.
L'andamento temporale delle stime di prevalenza conferma il graduale aumento dei valori relativamente ai soggetti complessivamente eleggibili al trattamento individuato già negli anni precedenti ed, in particolare, per i consumatori con bisogno di cura a causa dell'uso di cocaina (Figura I.2.1).

Figura I.2.1: Prevalenze stimate per mille residenti di età 15-64. Anni 2005-2009



Fonte: Elaborazione su flussi informativi ministeriali

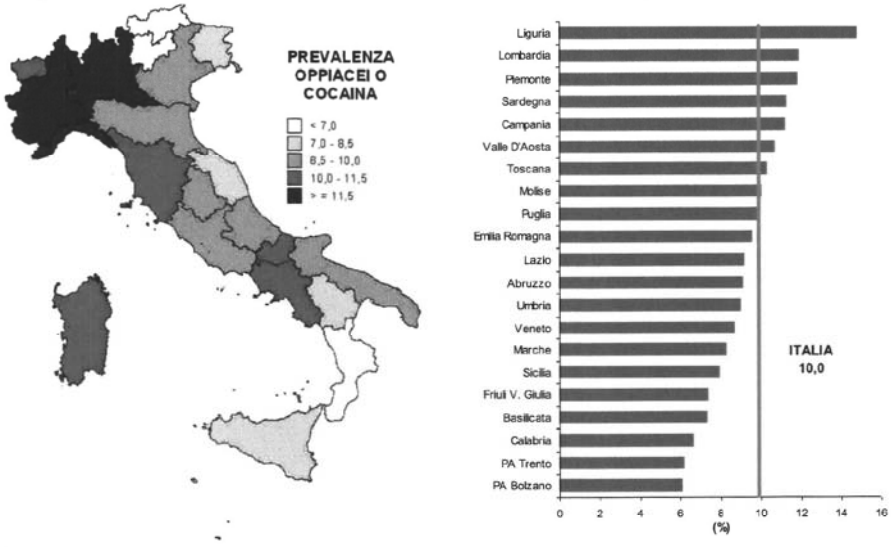
L'andamento crescente dei soggetti con uso di cocaina emerge da tutti gli indicatori disponibili. Anche per gli oppiacei in anni recenti sono stati osservati andamenti in crescita di diversi indicatori correlati.

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

Forti differenziazioni tra regioni

L'analisi delle stime a livello regionale (Figura I.2.2), eseguita dal Centro Interdipartimentale di Biostatistica e Bioinformatica dell'Università di Tor Vergata, evidenzia che le aree in cui si calcola la prevalenza più elevata sono la Liguria, il Piemonte, la Lombardia, la Sardegna e la Campania. Negli estremi settentrionali, e meridionali, invece, si collocano le regioni in cui si stima la prevalenza più bassa.
La prevalenza più elevata si stima in Liguria (14,8 casi per mille residenti) e il valore più basso nella provincia autonoma di Bolzano (6,1 casi per mille residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni).

Figura I.2.2: Stime di prevalenza (per mille residenti di età 15-64 anni) di soggetti con bisogno di trattamento per oppiacei o cocaina (soggetti cumulati). Anno 2009



Bisogno di trattamento (oppiacei o cocaina) Le regioni più colpite: Liguria, Lombardia, Piemonte

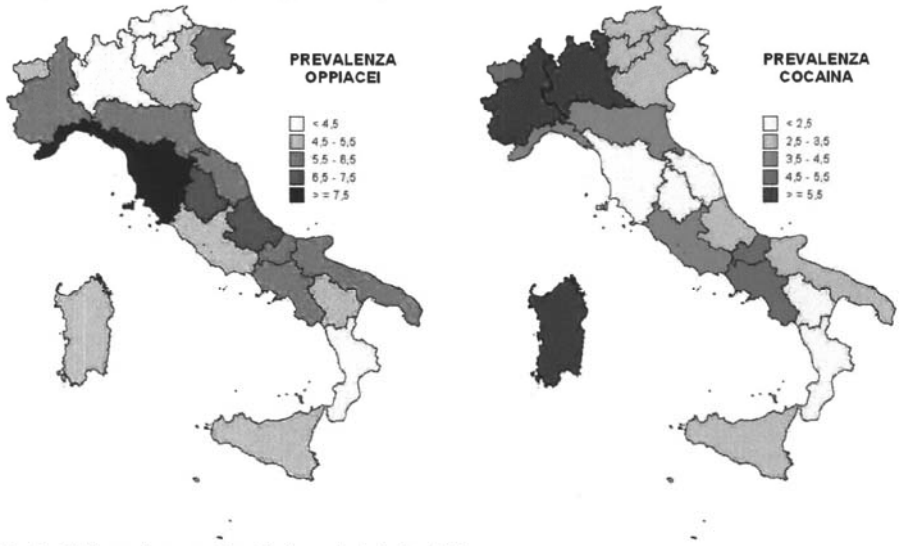
Le regioni meno colpite sono: PA Bolzano, PA Trento, Calabria

Fonte: Elaborazione su flussi informativi Ministeriali

Le stime calcolate per utilizzatori eleggibili al trattamento per uso di oppiacei (Figura I.2.3) indicano prevalenze più elevate in Liguria, che riporta il valore massimo di 10,4 soggetti per mille residenti di età compresa tra 15 e 64, e nelle Regioni centrali, Toscana e Umbria, oltre all'Abruzzo e alla Puglia, regioni in cui, potenzialmente, si ha il più alto numero di utenti eleggibili al trattamento nei Servizi rispetto alla popolazione residente. A queste regioni si aggiungono Piemonte, Marche e Campania, che riportano valori di stima leggermente inferiori. Le stime più basse si osservano per le province autonome di Trento e Bolzano, la Lombardia, la Calabria e la Sicilia.

Le stime relative agli utilizzatori eleggibili al trattamento per uso di cocaina (Figura I.2.3.) indicano Piemonte, Sardegna e Lombardia (questa ultima riporta la stima più elevata: 7,8 per mille) come le regioni in cui si valuta la prevalenza maggiore di utilizzatori eleggibili al trattamento, seguite da Campania, Valle d'Aosta, Molise e Liguria. I valori più bassi si registrano in Friuli Venezia Giulia (valore minimo 1,8), Umbria e Basilicata.

Figura I.2.3: Stime di prevalenza (per mille residenti di età 15-64 anni) di soggetti con bisogno di trattamento per oppiacei e per cocaina. Anno 2009



Bisogno di trattamento specifico per oppiacei: Liguria, Toscana, Umbria, Abruzzo

Bisogno di trattamento specifico per cocaina: Lombardia, Sardegna, Piemonte,

Fonte: Elaborazione su flussi informativi ministeriali

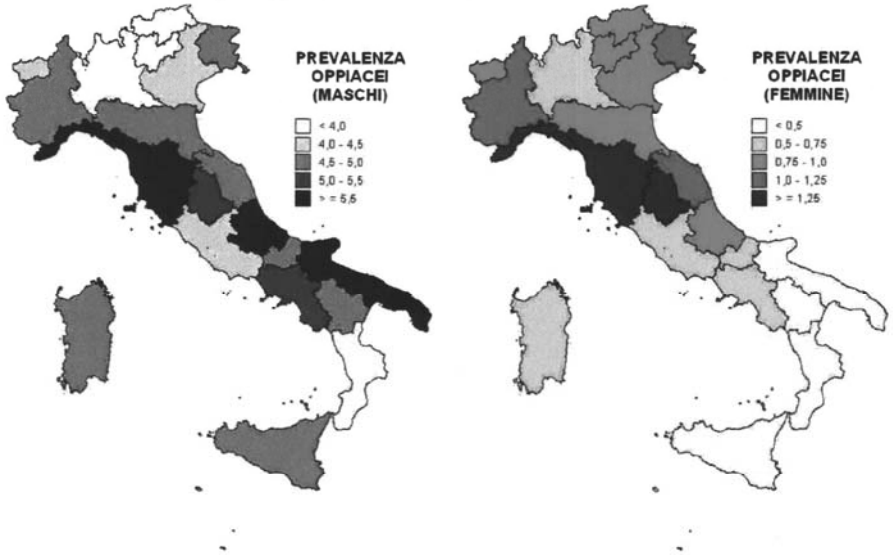
Tabella I.2.1: Stime di prevalenza (per mille residenti di età 15-64 anni) di soggetti con bisogno di trattamento per cocaina ed eroina secondo il genere. Anno 2009

	Oppiacei			Cocaina		
	M	F	Totale	M	F	Totale
Abruzzo	5,8	0,9	6,6	2,2	0,3	2,5
Basilicata	4,8	0,4	5,2	2,0	0,2	2,1
Calabria	4,0	0,3	4,3	2,2	0,2	2,4
Campania	5,3	0,5	5,8	5,0	0,5	5,4
Emilia Romagna	4,6	1,0	5,6	3,4	0,7	4,1
Friuli Venezia Giulia	4,5	1,1	5,7	1,4	0,4	1,8
Lazio	4,5	0,7	5,1	3,5	0,5	4,1
Liguria	8,5	1,9	10,4	3,6	0,8	4,4
Lombardia	3,5	0,6	4,1	6,7	1,1	7,8
Marche	4,9	1,0	6,0	1,9	0,4	2,3
Molise	4,9	0,6	5,5	4,1	0,5	4,6
P.A. Bolzano	2,8	0,8	3,6	2,0	0,5	2,5
P.A. Trento	2,9	0,8	3,6	2,0	0,5	2,6
Piemonte	4,9	1,1	6,0	4,8	1,1	5,9
Puglia	6,0	0,4	6,4	3,2	0,2	3,4
Sardegna	4,6	0,6	5,2	5,4	0,7	6,1
Sicilia	4,6	0,4	5,1	2,7	0,2	2,9
Toscana	6,5	1,5	8,0	1,9	0,4	2,4
Umbria	5,5	1,7	7,1	1,5	0,5	1,9
Valle D'Aosta	4,5	0,8	5,3	4,6	0,8	5,4
Veneto	4,4	0,9	5,3	2,9	0,6	3,4

Fonte: Elaborazione su flussi informativi ministeriali

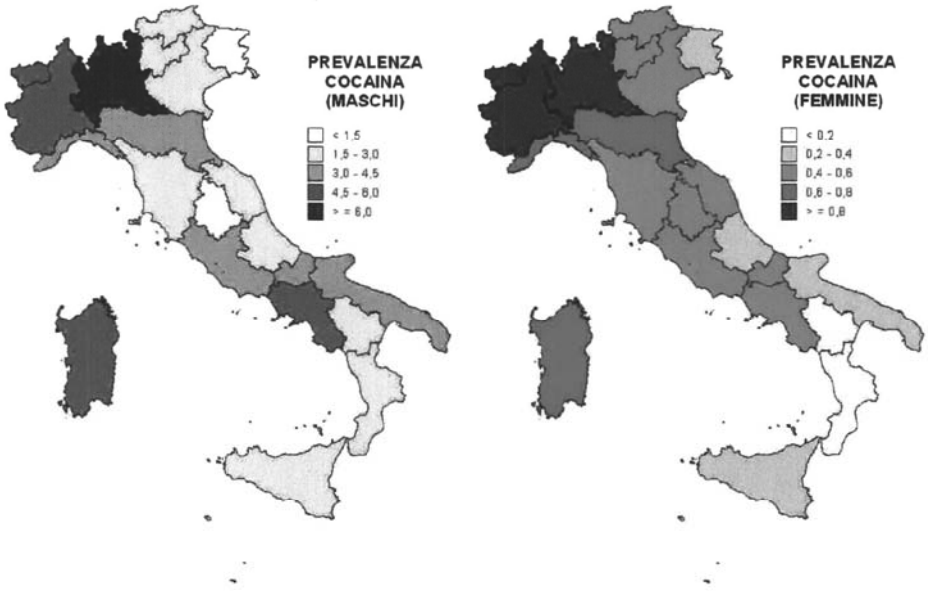
Per quanto riguarda le stime di soggetti con bisogno di trattamento per oppiacei per genere, si osservano valori sensibilmente più elevati per i maschi rispetto alle femmine, sebbene la distribuzione delle prevalenze regionali non evidenzi particolari differenze nei due profili, con l'unica eccezione della Puglia per la quale si osservano prevalenze per i maschi più marcate rispetto alle altre regioni. Maggiore variabilità si osserva nelle stime calcolate per gli utilizzatori eleggibili al trattamento per uso di cocaina (Figura I.2.5), anche se le regioni che presentano i valori più elevati sono supportate sia dai maschi che dalle femmine.

Figura I.2.4: Stime di prevalenza (per mille residenti di età 15-64 anni) di soggetti con bisogno di trattamento per oppiacei secondo il genere. Anno 2009



Fonte: Elaborazione su flussi informativi ministeriali

Figura I.2.4: Stime di prevalenza (per mille residenti di età 15-64 anni) di soggetti con bisogno di trattamento per cocaina secondo il genere. Anno 2009



Fonte: Elaborazione su flussi informativi ministeriali

I.2.1.3 Stime di incidenza (nuovi casi) di utilizzatori di eroina che richiederanno trattamento

Partendo dal principio che qualsiasi uso di droga è problematico, bisogna però ricordare che vi possono essere casi a rapida evoluzione verso la dipendenza e altri che non evolvono e si autoestinguono.

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

Indicatore incidenza di uso "evolutivo"

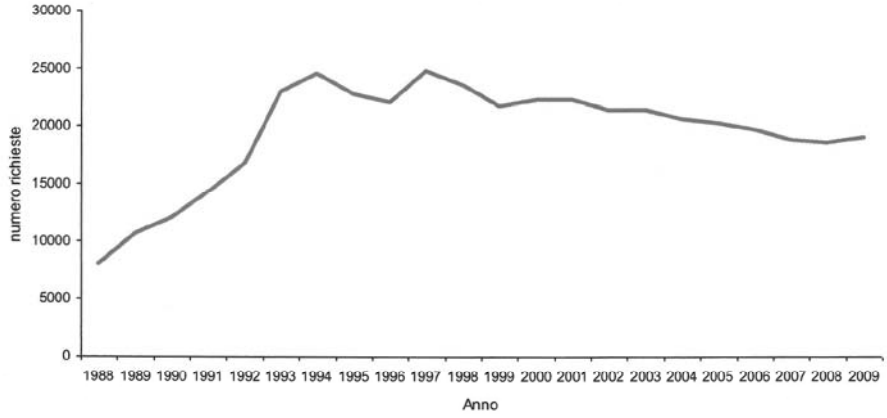
Questo indicatore, denominato incidenza di uso "evolutivo", stima il numero di nuovi casi di consumo in un periodo di tempo fissato, in genere un anno, che evolveranno in richiesta di trattamento e non di tutti i nuovi casi di consumo. Per stimare l'incidenza di uso evolutivo è stato utilizzato il metodo di stima Back calculation, sviluppato nell'ambito di progetti europei in collaborazione con L'Osservatorio Europeo per le Droghe e le Tossicodipendenze di Lisbona[2], che permette di ricostruire "incidenza di uso evolutivo" a partire da due elementi noti o stimati:

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

[2] *Scalia Tomba GP, Rossi C, Taylor C, Klempova D, Wiessing L., 2008, Guidelines for Estimating the Incidence of Problem Drug Use. EMCDDA, Lisbon.*

E' possibile applicare il metodo solo per quanto riguarda gli utilizzatori di eroina, perché per questa popolazione è stata stimata con sufficiente accuratezza, utilizzando un ampio campione rappresentativo, la distribuzione del tempo di latenza[3], mentre questo non è ancora possibile per i consumatori di cocaina.

Figura I.2.5: Richieste di trattamento per sostanza primaria "eroina" – Anni 1988 - 2009



Nuove richieste di trattamento per uso di eroina: nel 2009 stimati circa 19.075 soggetti

Fonte: Elaborazione su flussi informativi ministeriali

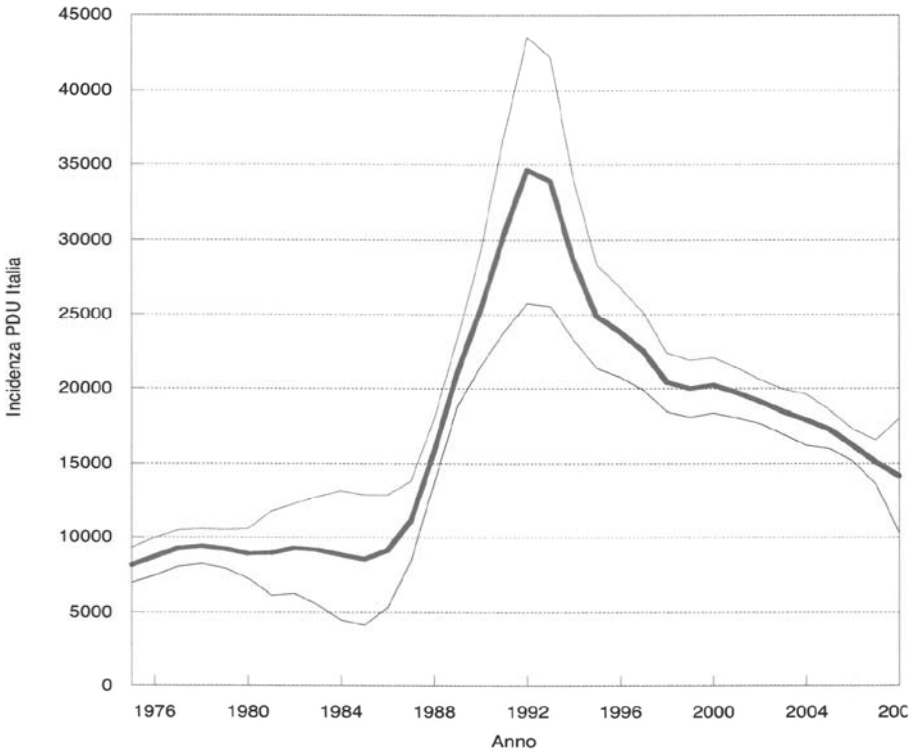
Tempi di latenza: 5,5 anni

L'analisi del tempo di latenza evidenzia che in media entro 5,5 anni dall'inizio dell'uso viene richiesto un trattamento terapeutico. In particolare, la metà delle persone si rivolge ai servizi per le tossicodipendenze entro 4 anni dall'inizio di utilizzo della sostanza, mentre il restante richiede il primo trattamento entro 8 anni. I dati relativi alle richieste di trattamento per eroina come sostanza primaria, stimati sulla base dei dati aggregati forniti dal DPA (2000-2008) e delle informazioni sulle percentuali delle sostanze di uso primario e i dati disponibili attraverso i progetti europei per gli anni precedenti (1988-2000), sono rappresentati in Figura I.2.6. A partire da tali dati e dalla distribuzione del tempo di latenza stimata, il modello scelto per la Back Calculation ci fornisce le stime richieste e i relativi intervalli di confidenza al 95%.

Poiché i dati di terapia indicano un decremento dell'incidenza in trattamento, per sostanza primaria "eroina" dal 2000 in poi, è naturale che anche la stima dell'incidenza di uso problematico mostri una tendenza decrescente nell'ultimo decennio. Naturalmente rimane una certa incertezza riguardo ai valori assoluti di quest'incidenza, sia di natura statistica, come mostrato dalle curve di "confidenza" riportate nella Figura I.2.7, sia dovuta alle varie approssimazioni del modello scelto e della distribuzione del periodo di latenza.

[3] *Progetto di ricerca "Valutazione del tempo di latenza nell'accesso dei tossicodipendenti al sistema dei servizi di assistenza" condotto negli anni 2002-2004 presso il Dipartimento di Matematica dell'Università di Roma "Tor Vergata", con finanziamento del Fondo Nazionale Droga.*

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



Fonte: Elaborazione su flussi informativi ministeriali

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

L'incertezza, in proporzione, è più ampia dove l'informazione è minore, cioè negli anni più recenti. Per l'ultimo anno, per esempio, a fronte di un valore stimato di circa 15.000 nuovi casi, si ha un intervallo di incertezza che va da circa 11.000 a 19.000.

I.2.2. Caratteristiche dei soggetti in trattamento

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

I.2.2.1 Caratteristiche demografiche

Sulla base delle informazioni pervenute dal Ministero della Salute alla data del 29 maggio 2010, relative ai flussi informativi aggregati inviati dai Servizi per le tossicodipendenze regionali, è stata raggiunta una copertura di oltre il 90%, con una certa variabilità a livello territoriale.

90% l'indice di copertura dell'indagine del flusso informativo del Ministero della Salute

A tale data di aggiornamento, la popolazione tossicodipendente assistita nel 2009 risulta pari a 168.364 persone.

168.364 persone in trattamento nel 2009

Tabella I.2.2: Caratteristiche dei soggetti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze - Anni 2008 - 2009

Caratteristiche	Maschi					Femmine				
	2008	%	2009	%	Δ %	2008	%	2009	%	Δ %
Tipo di contatto										
Nuovi utenti	29.847	20,7	29.019	20,0	-2,7	5.173	22,1	4.965	21,1	-4,0
Utenti già assistiti in precedenza	114.403	79,3	115.801	80,0	1,2	18.251	77,9	18.580	78,9	1,8
Totale	144.250	100	144.820	100	0,4	23.424	100	23.544	100	0,5
	2008		**2009**		**Δ %**	**2008**		**2009**		**Δ %**
Tasso di prevalenza										
Nuovi utenti x 1.000 residenti (15-64 anni)	1,52		1,47		-3,2	0,26		0,25		-3,8
Utenti già assistiti x 1.000 residenti (15-64 anni)	5,82		5,86		0,7	0,93		0,94		1,1
Totale utenti x 1.000 residenti (15-64 anni)	7,3		7,3		0,0	1,1		1,1		0,0
Età media										
Nuovi utenti	30,69		30,62		-0,2	30,2		29,9		-1,0
Utenti già assistiti in precedenza	34,91		35,15		0,6	34,0		34,2		0,5
Totale	**34,0**		**34,2**		**0,5**	**33,1**		**33,3**		**0,6**

- diminuzione dei nuovi utenti
- aumento degli utenti già assistiti

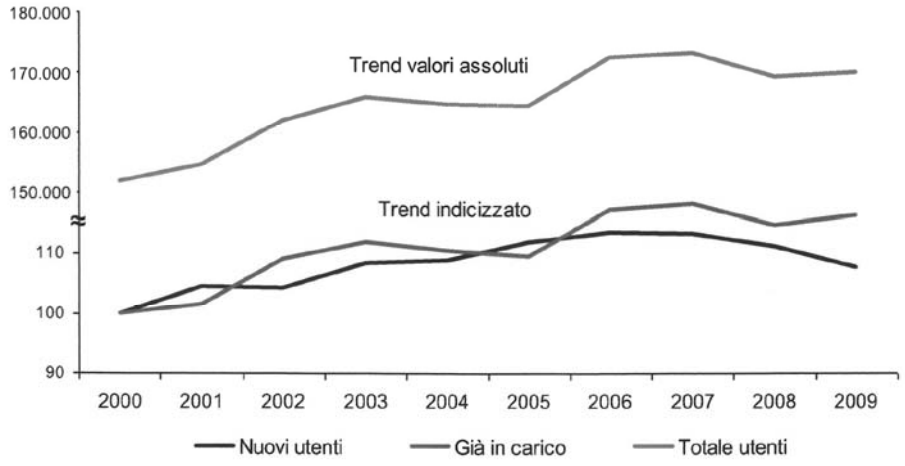
30 anni: età media dei nuovi utenti

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Dal 2000 al 2006 si è assistito ad un costante aumento delle persone tossicodipendenti assistite per la prima volta (casi incidenti) dalla rete dei servizi pubblici del servizio sanitario nazionale, passando da 31.510 utenti nel 2000 a 35.766 nel 2006; nel triennio successivo (2007-2009) si osserva una fase di calo (35.761 nel 2007, 35.020 nel 2008 infine 33.983 nel 2009) (Figura I.2.8).

Calo dei nuovi utenti nell'ultimo triennio

Figura I.2.7: Utenti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze secondo il tipo di contatto - Valori assoluti e valori indicizzati (Anno base 2000 = 100) - Anni 2000 - 2009



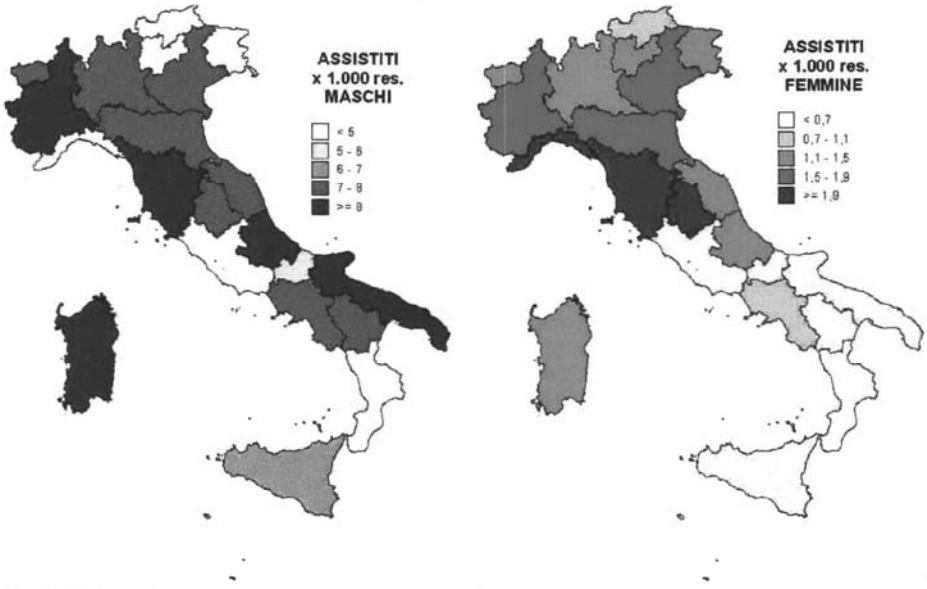
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Maggiore prevalenza di utenti maschi

L'utenza dei Servizi per le tossicodipendenze è in prevalenza di genere maschile, l'85% con valori oscillanti tra 7,3 e 1,2 rispettivamente per gli assistiti di sesso maschile e femminile.

Figura I.2.8: Utenti x 1.000 residenti per genere - Anno 2009

Minor presenza del genere femminile nelle regioni del sud



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

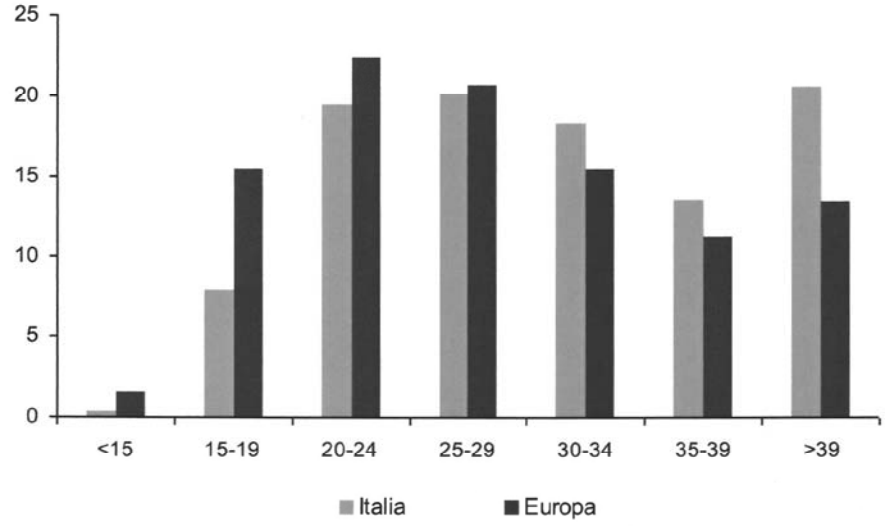
La distribuzione a livello regionale della prevalenza di utenti tossicodipendenti assume profili differenziati rispetto al genere degli assistiti: per i maschi si osservano prevalenze di bassa entità nelle regioni della penisola Trentino Alto Adige (PA Bolzano 4,9 e PA Trento 3,6), Friuli Venezia Giulia (4,6), Lazio (4,7) e Calabria (4,8), valori due volte superiori si osservano in Liguria (10,3 assistiti ogni 1.000 abitanti). Il fenomeno nella popolazione femminile sembra meno sviluppato nelle regioni meridionali e isole (Calabria, Basilicata, Sicilia, Puglia, Molise e Lazio con valori da 0,3 a 0,7 donne ogni 1.000 residenti), e più concentrato nelle regioni nord-occidentali (Toscana e Umbria circa 2 assistite ogni 1.000 residenti) e Liguria (2,2 assistite).

Nuovi casi europei più giovani rispetto agli italiani

I profili della nuova utenza per classi di età, analogamente all'utenza complessiva, si differenziano notevolmente in relazione al contesto geografico di osservazione; i casi incidenti a livello europeo sono mediamente più giovani rispetto agli italiani. Questa differenza può essere in parte dovuta alla definizione che si utilizza di "nuova utenza" che nel caso italiano indica i soggetti che afferiscono per la prima volta ad una struttura, a volte non disponendo dell'informazione di precedenti contatti con altre strutture, con la conseguente sovrastima del contingente e della relativa età. Questo dato va interpretato anche tenendo conto che in Europa vi è una maggiore percentuale di assistiti per uso primario di cannabis, per i quali il tempo di latenza tra inizio uso e inizio trattamento è più elevato rispetto all'uso di altre sostanze.

Abbassamento dell'età di inizio

Figura I.2.9: Percentuale nuovi utenti in trattamento presso i servizi per le tossicodipendenze per classi di età in Italia (dati 2009) ed Europa (dati 2007)



Fonte: Elaborazione su dati Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze – Bollettino Statistico 2009

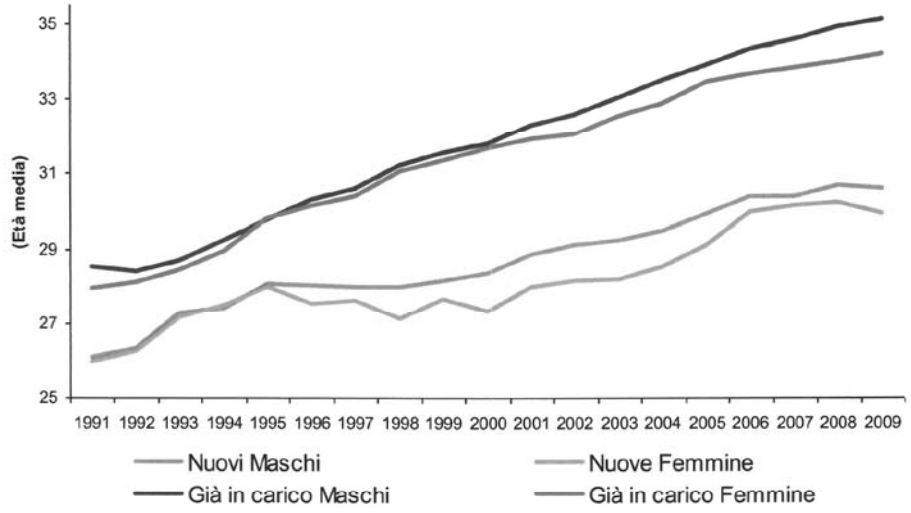
Aumento dell'età media di primo accesso ai servizi

Dal 1991 al 2009 è aumentata l'età media delle nuove persone assistite passando rispettivamente da 26 a 30 anni per le femmine e 31 anni per i maschi. Rispetto all'utenza già nota ai servizi, per la quale il trend dell'età media risulta in continua crescita, per la nuova utenza si osserva nell'ultimo triennio una sostanziale stabilità, con una tendenza alla diminuzione dell'età media per l'utenza di genere femminile nell'ultimo anno.

Aumento del tempo fuori trattamento

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

Figura I.2.10: Età media degli utenti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze secondo il tipo di contatto e il genere – Anni 1991 - 2009



Arrivo ai servizi sempre più tardivo

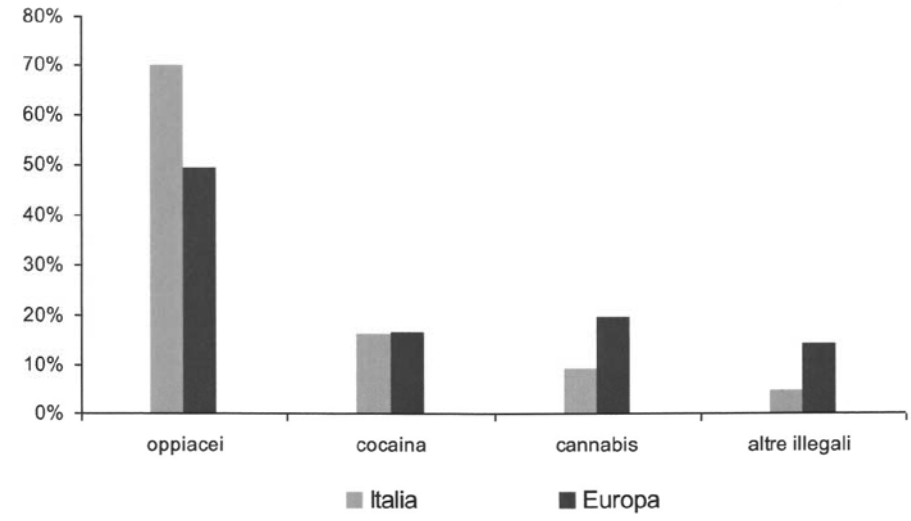
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

I.2.2.2 Tipo di sostanze stupefacenti assunte dagli utenti assistiti

Tra le persone complessivamente assistite nel 2009 dai Servizi per le tossicodipendenze regionali che hanno indicato una sostanza d'abuso principale, circa il 69% ha riferito l'eroina quale sostanza d'abuso di uso prevalente, seguita da cocaina (16% dell'utenza complessivamente assistita) e da cannabis (9,3% del totale assistiti) (Figura I.2.12). Rispetto al profilo europeo si osserva un maggior consumo dichiarato di oppiacei, a fronte di livelli simili per la cocaina, e sensibilmente inferiori di cannabis ed altre sostanze, in prevalenza di tipo sintetico.

Sostanze primarie maggiormente utilizzate: 69% eroina, 16% cocaina, 9,3% cannabis

Figura I.2.11: Utenti in trattamento presso i servizi per le tossicodipendenze secondo la sostanza d'abuso primaria in Italia (dati 2009) ed Europa (dati 2007)



Caratteristica degli utenti italiani: maggior numero di soggetti con uso di eroina, minor numero con uso di cannabis e amfetamine

Fonte: Elaborazione su dati Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze – Bollettino Statistico 2009

Tabella I.2.3: Assunzione di sostanze stupefacenti da parte dell'utenza in trattamento presso i Servizi per le Tossicodipendenze - Anno 2009

Sostanze d'abuso	Uso primario 2008		Uso primario 2009		Δ %
	N	%	N	%	
Oppiacei	118.122	71,2	116.335	69,9	-1,5
Cocaina/Crack	25.978	15,7	27.012	16,2	3,9
Cannabis	14.609	8,8	15.550	9,3	6,4
Amfetamine	217	0,1	141	0,1	-35,0
Altre sostanze	6.875	4,1	7.348	4,4	6,8
Sostanze d'abuso	**Uso secondario 2008**		**Uso secondario 2009**		**Δ %**
	N	**%**	**N**	**%**	
Oppiacei	9.291	7,9	8.413	8,7	-9,5
Cocaina/Crack	38.115	32,2	36.334	37,7	-4,7
Cannabis	35.094	29,7	33.090	34,3	-5,7
Amfetamine	1430	1,2	1.180	1,0	-17,5
Altre sostanze	34.305	29,0	35.252	31,0	2,7
Assunzione per via iniettiva della sostanza	**2008**		**2009**		**Δ %**
	N	**% sostanza primaria**	**N**	**% sostanza primaria**	
Oppiacei	73.382	62,1%	71.332	60,8%	-2,8
Cocaina	3.240	12,5%	3.165	12,4%	-2,3
Altre sostanze	160	2,4%	123	1,7%	23,1

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Importante uso secondario di cocaina e cannabis

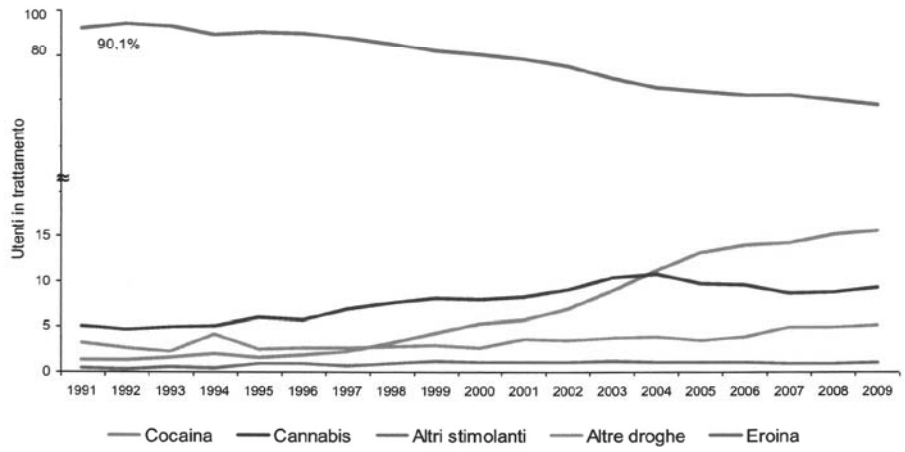
In calo l'assunzione per via iniettiva

Pur mantenendosi a livelli elevati, la percentuale di assistiti che riferisce l'eroina quale sostanza stupefacente di uso prevalente ha seguito un andamento progressivamente decrescente dal 1991 al 2005 (passando da circa il 90% a circa il 72), in questo ultimo quadriennio sembra però che il fenomeno si sia stabilizzato su valori attorno al 69%.

Utenti in trattamento per uso di eroina: tendenza alla stabilizzazione negli ultimi 4 anni

Figura I.2.12: Distribuzione percentuale degli utenti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze secondo la sostanza primaria. Anni 1991 - 2009

Aumento degli utenti in trattamento per uso di cocaina



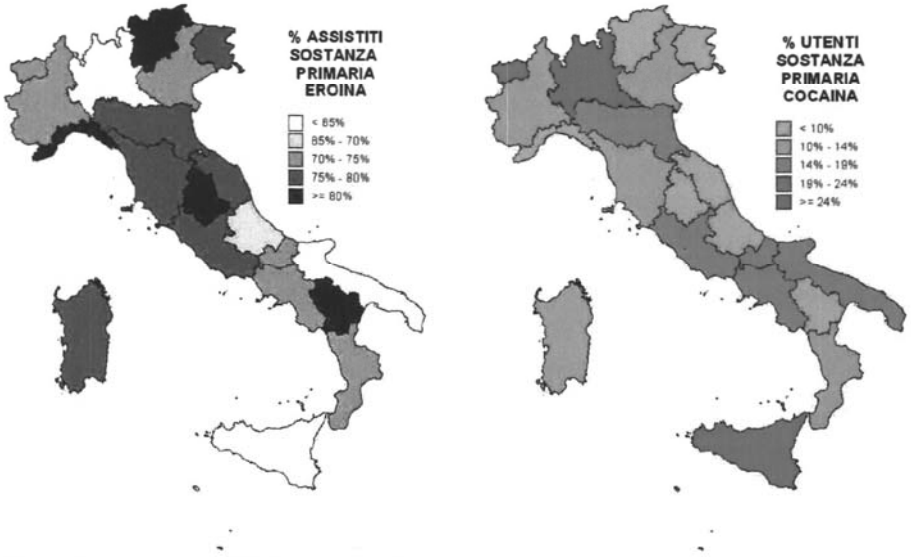
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

A fronte di una diminuzione degli utenti con uso di eroina come sostanza primaria, si osserva un incremento degli utenti con consumo di cocaina (dall'1,3% a oltre il 15,5%) che, dal 2005 hanno superato gli utenti in trattamento per uso di cannabis (dal 5% al 9%).

Quindi, vale la pena sottolineare che il consumo di cannabis e cocaina oltre a destare un continuo e crescente interesse da parte degli assistiti come uso

prevalente, costituiscono anche la preferenza da parte degli assistiti che ne fanno un uso secondario.

Figura I.2.13: Percentuale di utenti in trattamento per sostanza primaria di eroina e cocaina. Anno 2009



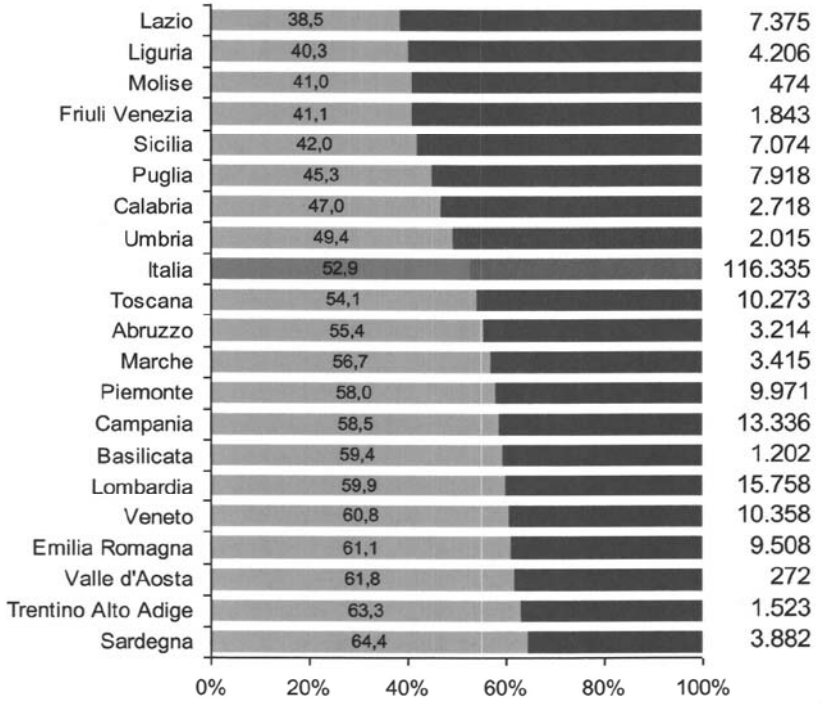
Regioni con % > di utenti per eroina sul totale in carico ao SerT.: Umbria, Trento - Bolzano, Basilicata, Liguria

Regioni con % > utenti per cocaina: Lombardia, Sicilia

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Considerando la distribuzione percentuale del numero di utenti in trattamento per uso di oppiacei sul numero stimato di utilizzatori eleggibili al trattamento per tale sostanza, le regioni in cui si registrano i valori più bassi sono il Lazio (38,5%) e la Liguria (40,3%), i valori massimi, invece, in Sardegna (64,4%) e in Trentino Alto Adige (63,3%).

Figura I.2.14: Distribuzione percentuale del numero di utenti in trattamento per uso di oppiacei. Anno 2009

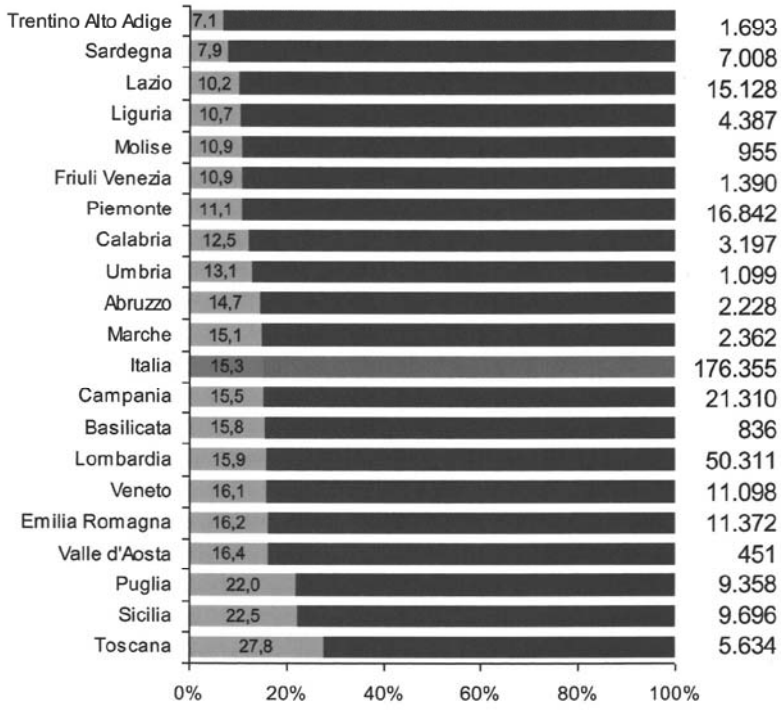


Le regioni con N. > (valori assoluti) di utenti in carico per Eroina sono: Lombardia, Campania, Veneto, Toscana e Piemonte

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Diversa la situazione relativa agli utenti in trattamento per consumo di eroina, molto meno numerosi rispetto ai precedenti (le percentuali variano dal 7,1% del Trentino Alto Adige al 27,8% della Toscana).

Figura I.2.15: Distribuzione percentuale del numero di utenti in trattamento per uso di cocaina. Anno 2009

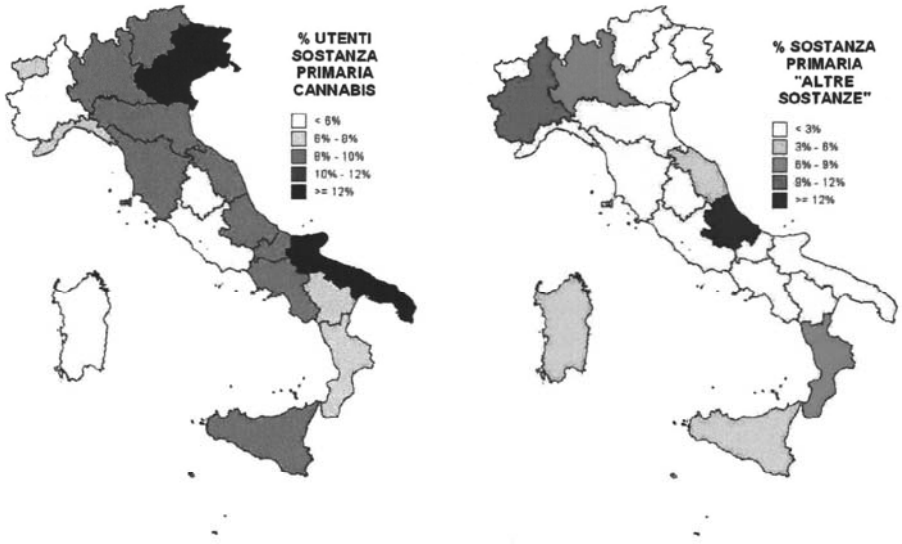


Le regioni con N. > (valori assolut)i di utenti in carico per Cocaina sono: Lombardia, Campania, Piemonte, Lazio, Emilia Romagna e Veneto

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

L'assunzione prevalente di altre sostanze stimolanti quali amfetamine, ecstasy e analoghi e crack, si attesta nell'ultimo quinquennio a valori percentuali attorno all'1%; psicofarmaci ed altre tipologie di oppiacei come metadone, morfina ed altre sostanze sono assunte come sostanza primaria da un contingente di utenti pari al 5,2%, in lieve aumento dal 2005.

Figura I.2.16: Percentuale di utenti in trattamento per sostanza primaria cannabis e altre sostanze. Anno 2009



Regioni con % > utenti per cannabis: Veneto, Friuli, Puglia

Regioni con % > utenti per altre sostanze: Abruzzo, Piemonte

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

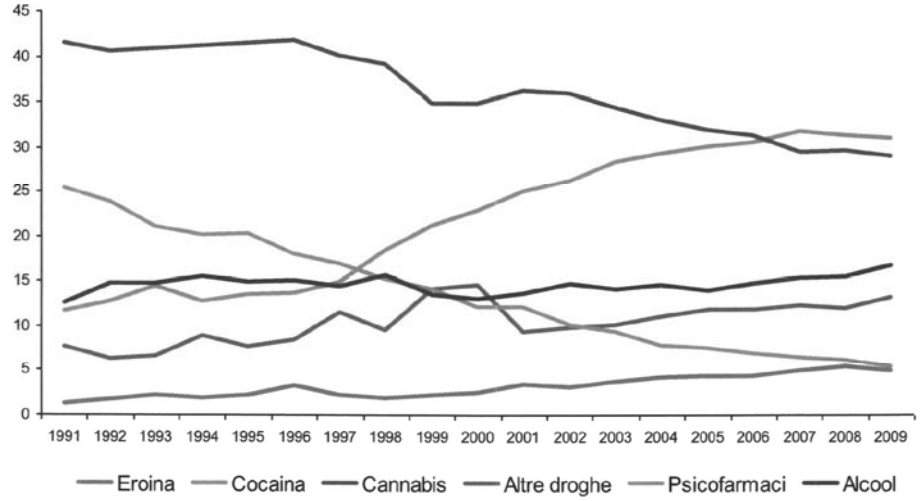
Relativamente a questo profilo è utile ricordare che i soggetti che usano queste sostanze difficilmente arrivano ai Servizi per le tossicodipendenze. Quindi, questa percentuale riguarda solo una piccola frazione delle persone che in realtà utilizzano tali droghe e sono quelle che, probabilmente per gravi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

Tra gli utenti in trattamento trend in crescita dell'uso di cocaina come sostanza secondaria

Fin dal 1997 si è potuto notare un incremento relativo degli utenti con uso di cocaina come sostanza d'abuso secondaria passando dal 15% al 31% nel 2007, rimanendo stabile fino al 2009. Resta fortemente presente l'abuso di alcol con una percentuale media che nel periodo 1991-2009 oscilla tra il 13% ed il 17%. Si osserva, inoltre, una riduzione del ricorso agli psicofarmaci, in prevalenza benzodiazepine come sostanza secondaria in associazione all'uso di una sostanza prevalente, passando dal 25% nel 1991 al 5,3% nel 2009. In controtendenza l'assunzione di eroina come uso secondario in associazione ad altre sostanze che nell'ultimo quinquennio è cresciuta dal 3% nel 2002 a circa il 5,4% nel 2008, calando al 4,8% nel 2009.

Diminuzione dell'uso di psicofarmaci associato alla sostanza primaria

Figura I.2.17: Distribuzione percentuale degli utenti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze secondo la sostanza secondaria. Anni 1991 - 2009



Dal 2007 la sostanza secondaria più usata è la cocaina

Lieve aumento dell'alcol

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

L'assunzione di sostanze stupefacenti per via endovenosa evidenzia una diminuzione nel tempo, sebbene contraddistinto da un andamento quasi lineare (nel 1997, il 68% degli assistiti che hanno riferito eroina come sostanza di abuso primaria aveva un comportamento iniettivo, mentre nel 2009 tale percentuale è scesa al 61%).

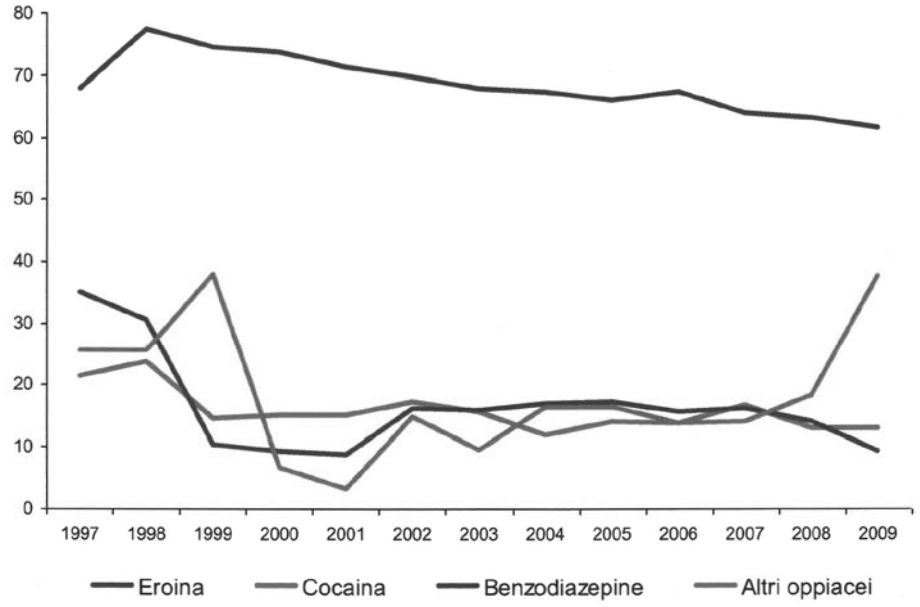
Questa leggera flessione delle persone che hanno dichiarato un uso iniettivo della sostanza primaria nel corso dell'ultimo decennio si accompagna probabilmente con un aumento percentuale di persone che hanno utilizzato droghe quali la cannabis, la cocaina, e le amfetamine per altre vie e per i timori suscitati dal fenomeno AIDS. Nell'ultimo periodo, inoltre, si è modificato anche il profilo di consumo con una tendenza ad utilizzare l'eroina anche per via non iniettiva.

In diminuzione l'uso iniettivo della sostanza

Rispetto all'uso iniettivo della cocaina si osserva un trend sostanzialmente stabile, sebbene con una certa variabilità, al 13%, dopo un inizio del decennio in cui, tale pratica veniva utilizzata da oltre il 20% degli assuntori di cocaina come sostanza prevalente. Anche l'uso iniettivo di benzodiazepine è calato dal 16% del 2002 al 9% nel 2009

Infine si evidenzia una forte crescita dell'uso iniettivo di altri oppiacei (morfina) nell'ultimo anno (dal 18,0% del 2008 al 37,7% del 2009, imputabile quasi esclusivamente ad utenti assistiti dai Ser.T. della regione Piemonte), che raggiunge quasi alla percentuale di uso del 1999.

Figura I.2.18: Andamento dell'uso iniettivo per tipo di sostanza. Anni 1997 - 2009



Diminuzione dell'uso iniettivo dell'eroina e crescita dell'uso di altri oppiacei (morfina) dovuta quasi esclusivamente ai casi in Piemonte

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

I.2.2.3 Lo studio multicentrico del Dipartimento Politiche Antidroga su un campione di 47.701 utenti dei Servizi per le tossicodipendenze per la valutazione dei tempi di latenza e delle sostanze secondarie utilizzate attraverso il flusso SIND

Al fine di valutare la fattibilità dell'attivazione dei flussi SIND e i possibili problemi da risolvere per arrivare a migliorare la lettura del fenomeno, nel corso del primo semestre 2010 è stato condotto uno studio multicentrico preliminare su un campione di servizi per le tossicodipendenze che disponeva di un sistema informativo per singolo utente informatizzato ed utilizzato a regime per la gestione clinica ed organizzativa degli utenti.

Allo studio pilota hanno aderito le unità operative residenti in varie Regioni (Veneto, Liguria, Lombardia, P.A. di Trento, Umbria, Abruzzo Sicilia), fornendo il tracciato record in formato SIND dell'utenza assistita presso l'unità operativa nel 2009, completamente anonimizzato secondo i criteri indicati dal garante sulla privacy.

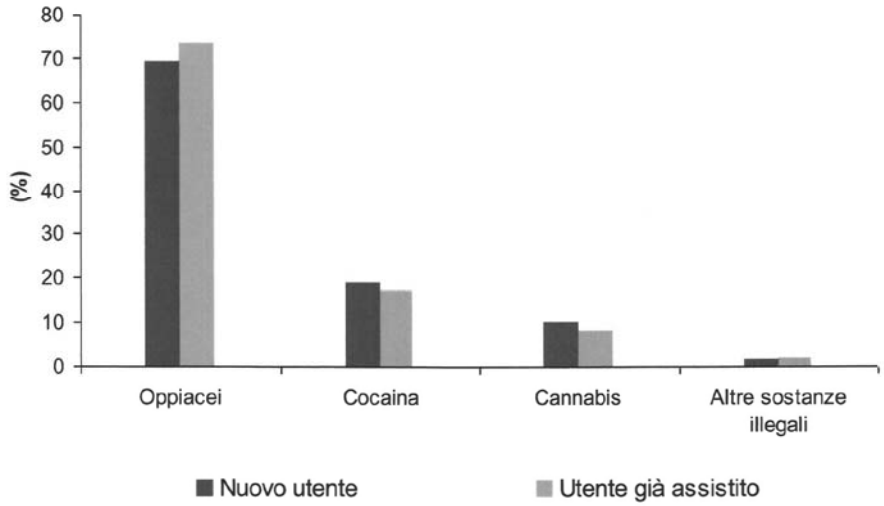
Complessivamente, il gruppo oggetto di analisi comprende 47.701 utenti, l'83,6% dei quali di genere maschile, 2.513 nuovi utenti pari al 6,% del campione analizzato. L'età media della nuova utenza risulta maggiore, sia per quanto riguarda i maschi che le femmine, rispetto ai valori emersi dall'analisi dei dati aggregati forniti dal Ministero della Salute: femmine del campione 33 anni vs 29 anni riferiti ai dati aggregati e maschi 34 anni vs 30 anni. Analogo risultato si osserva nell'utenza assistita in periodi precedenti a quello di riferimento: femmine del campione 36 anni vs 34 anni riferiti ai dati aggregati e maschi 37 anni vs 34 anni. In linea generale, analizzando i dati del campione si osserva una età media più elevata negli utenti già in assistenza, indipendentemente dal genere.

Come emerso già dall'analisi dei dati aggregati, si conferma la preponderanza di utenti assistiti dai Ser.T. per consumo problematico di oppiacei (eroina ed altri oppiacei). Il 73% dell'utenza per la quale è disponibile l'informazione sul tipo di sostanza presenta tale tipologia di sostanze come "primaria", segue la cocaina, definita "primaria" per il 17,1% degli utenti, la cannabis per il 8,1%. Infine,

Uso di sostanze primarie: 73% eroina, 17% cocaina, 8% cannabis

l'1,8% dell'utenza risulta in trattamento per uso problematico "primario" di altre sostanze illegali.

Figura I.2.19: Distribuzione percentuale del campione di utenti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze per tipo di utente e secondo la sostanza d'abuso prevalente. Anno 2009

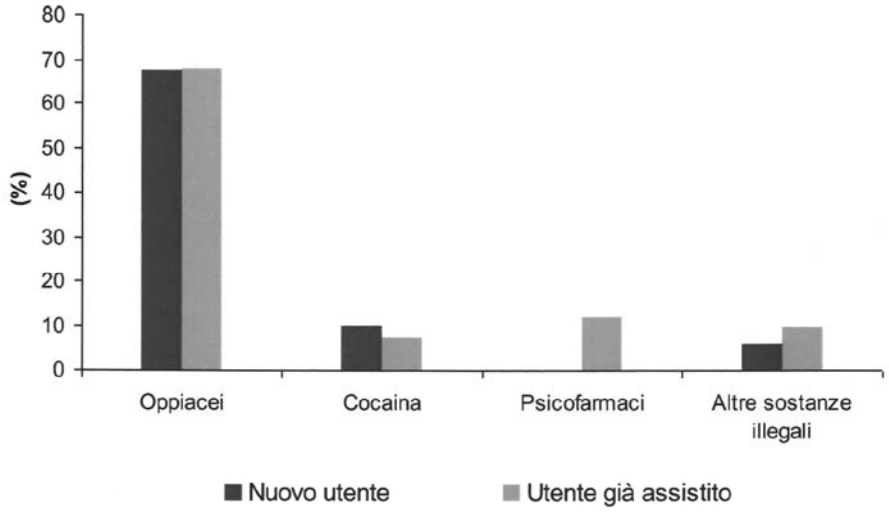


Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2009 su dati Ser.T.

Particolarmente interessante risulta il profilo del consumo prevalente di sostanze secondo il tipo di utente. Tra i soggetti assistiti da periodi precedenti al 2009, la quota di utenti in trattamento per abuso di oppiacei risulta pari al 73,2%, contro percentuali nettamente più basse sia tra gli utilizzatori di cocaina (17%) che di cannabis (8%). Anche tra i casi incidenti assume rilevanza la quota di soggetti consumatori problematici di oppiacei (69,4%) seppur con una percentuale inferiore a quella registrata negli utenti già assistiti, al contrario dei soggetti in trattamento per consumo di cocaina e cannabis superiori di circa due punti percentuali (Figura I.2.20). Differenze più marcate si osservano tra nuovi utenti e utenti già noti ai Servizi nelle Regioni Liguria, Veneto, Umbria e Sicilia.

Anche la modalità di assunzione della sostanza primaria, in particolare l'uso iniettivo, si differenzia tra casi incidenti e casi già noti da anni precedenti (Figura I.2.21): si osserva che l'uso per via parenterale della sostanza primaria è maggiore nel secondo gruppo (51%), nel quale si hanno quote del 68,1% tra i consumatori oppiacei, del 7,3% tra i cocainomani e dell'11,6% tra i consumatori di psicofarmaci. Tra i nuovi utenti, invece, ricorrono alla via iniettiva complessivamente il 48,8% degli assistiti, in particolare il 67,4% dei consumatori di oppiacei ed il 9,9% di cocaina.

Figura I.2.20: Distribuzione percentuale del campione di utenti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze per tipo di utente e secondo l'uso iniettivo della sostanza primaria (percentuale uso iniettivo sostanza primaria su totale uso sostanza). Anno 2009



Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2009 su dati Ser.T.

Come diretta conseguenza del diverso comportamento iniettivo della sostanza primaria, si osserva anche una differenza per le altre modalità di consumo delle sostanze: nel 33,1% dei nuovi assistiti la sostanza primaria viene fumata o inalata mediante vaporizzazione ed in un ulteriore 16,2% viene sniffata; tali percentuali si riducono leggermente tra gli assistiti da periodi precedenti (nel 31,7% dei casi la sostanza viene fumata o inalata e nel 14,1% viene sniffata). Maggiori differenze tra tipologie di utenza si osservano per le regioni Liguria, Veneto e Sicilia per quanto riguarda la modalità di assunzione "fumata o inalata", mentre per l'Umbria e il Veneto per quanto riguarda la modalità di assunzione "sniffata".

Età di inizio: diverse età in base alla sostanza

Come evidenziato in studi condotti in anni precedenti, si osserva una differenziazione dell'età media di inizio assunzione della sostanza in relazione al tipo di sostanza di iniziazione: consumatori di eroina e di cocaina, rispettivamente 20 e 22 anni, consumatori di cannabis 16 anni.

eroina/cocaina=20 anni
cannabis 16 anni

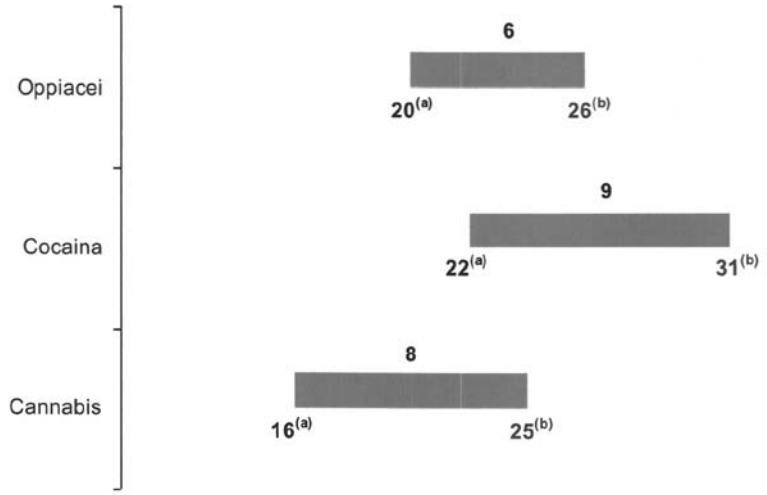
Primo trattamento: più precocità nell'uso per la cannabis (25 anni) cocaina (31 anni) eroina (26 anni)

Tale differenza si ritrova anche in corrispondenza dell'età di primo trattamento (cannabis: 25 anni in media; cocaina: 31 anni; eroina: 26 anni)

Tempi di latenza fra inizio d'uso e primo accesso ai servizi: eroina 5 anni cocaina 9 anni cannabis 8 anni

L'intervallo di latenza, definito come il periodo che intercorre tra il momento di primo utilizzo della sostanza e la prima richiesta di trattamento (per problemi derivanti dall'uso di quella determinata sostanza), assume valori pari a 6 anni per quanto riguarda gli assuntori di eroina, 9 anni per gli assuntori di cocaina e 8 anni per gli assuntori di cannabis (Figura I.2.22).

Figura I.2.21: Età di primo uso, età di primo trattamento e tempo di latenza. Anno 2009



Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2009 su dati Ser.T.

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

Tabella I.2.4: Età di primo uso, età di primo trattamento e tempo di latenza per tipo di sostanza.

Sostanze d'abuso		Relazione al Parlamento su dati 2007	Studio DPA 2009 (1)	Studio Dipartimento Dipendenze Verona (2)	Studio Dipartimento Dipendenze Verona (3)
Oppiacei	Inizio	21	20	22	20
	Accesso	29	26	32	28
	TL*	8	6	9	8
Cocaina	Inizio	22	22	24	25
	Accesso	34	31	31	33
	TL*	12	9	7	8
Cannabis	Inizio	18	16	19	17
	Accesso	24	25	25	23
	TL*	6	8	6	6

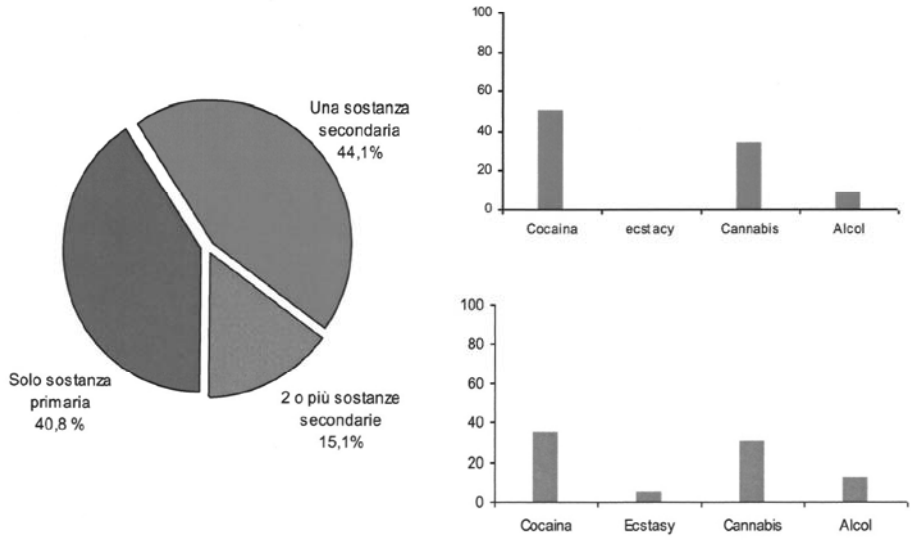
**TL = Tempo di latenza*

Fonte: (1) Studio DPA 2009 multicentrico su dati Ser.T. (48.122soggetti) su dati 2009
(2) Studio Dipartimento delle Dipendenze di Verona (2.042 soggetti) su dati 2002-2006
(3) Studio Dipartimento delle Dipendenze di Verona (455 soggetti) su dati 2007-2009

Tra coloro che usano oppiacei come sostanza primaria si osserva che il 40,8% fa uso solo di quella sostanza, il 44,1% fa anche uso di un'altra sostanza, di cui nel 51% circa dei casi cocaina e nel 33,6% di cannabis, mentre un 15% fa uso di due

o più sostanze oltre l'eroina; in quest'ultimo gruppo di utenti rispetto al primo gruppo, diminuisce la percentuale di coloro che assumono cocaina e cannabis a fronte di un aumento di alcol ed ecstasy (Figura I.2.23).

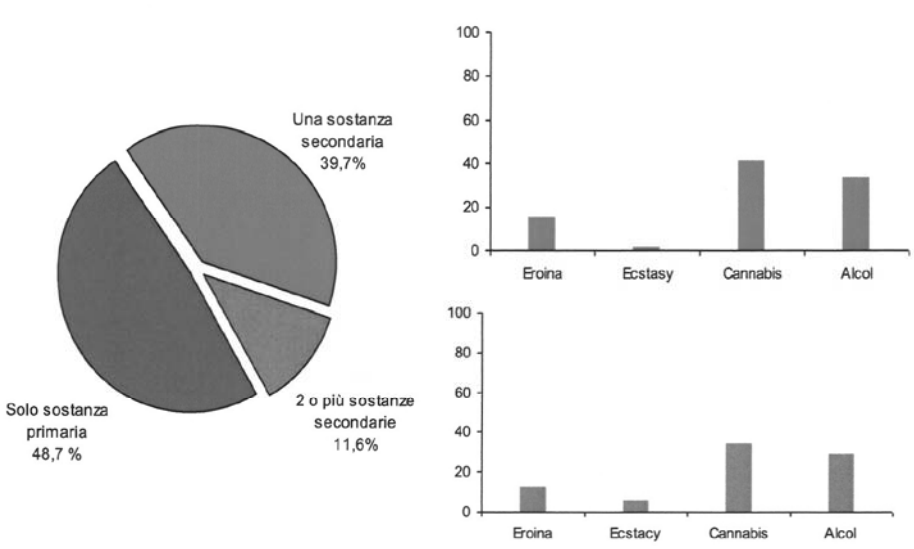
Figura I.2.22: Distribuzione percentuale di utenti che assumono **oppiacei** come sostanza primaria e percentuale di utenti secondo l'uso di sostanze secondarie - Anno 2009



Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2009 su dati Ser.T.

Tra coloro che usano cocaina come sostanza primaria si osserva una percentuale più elevata di solo uso di quella sostanza (48,7%), circa il 40% fa anche uso di un'altra sostanza, in prevalenza cannabis ed alcol, mentre un 11,6% fa uso di due o più sostanze oltre la sostanza primaria; in quest'ultimo gruppo di utenti aumenta la percentuale di consumo ecstasy al contrario della percentuale di cannabis ed alcol (Figura I.2.24).

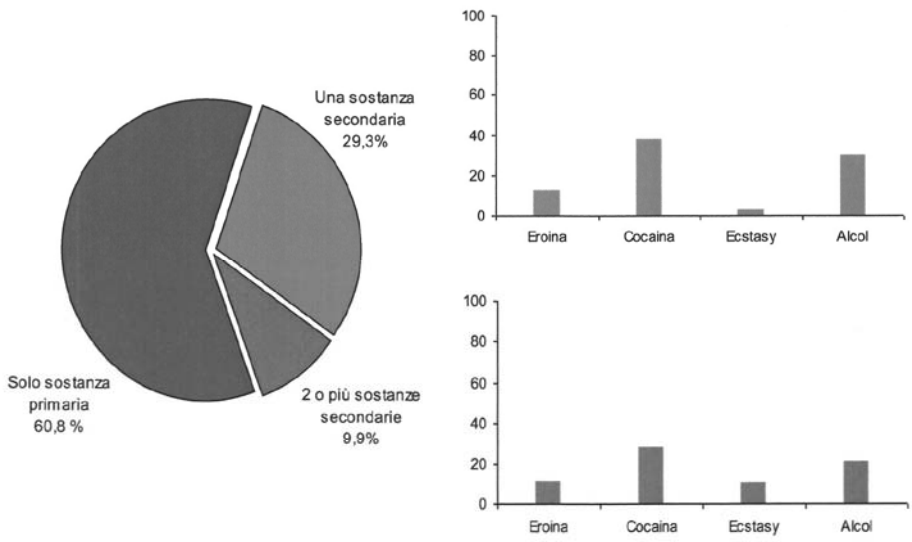
Figura I.2.23: Distribuzione percentuale di utenti che assumono **cocaina** come sostanza primaria e percentuale di utenti secondo l'uso di sostanze secondarie - Anno 2009



Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2009 su dati Ser.T.

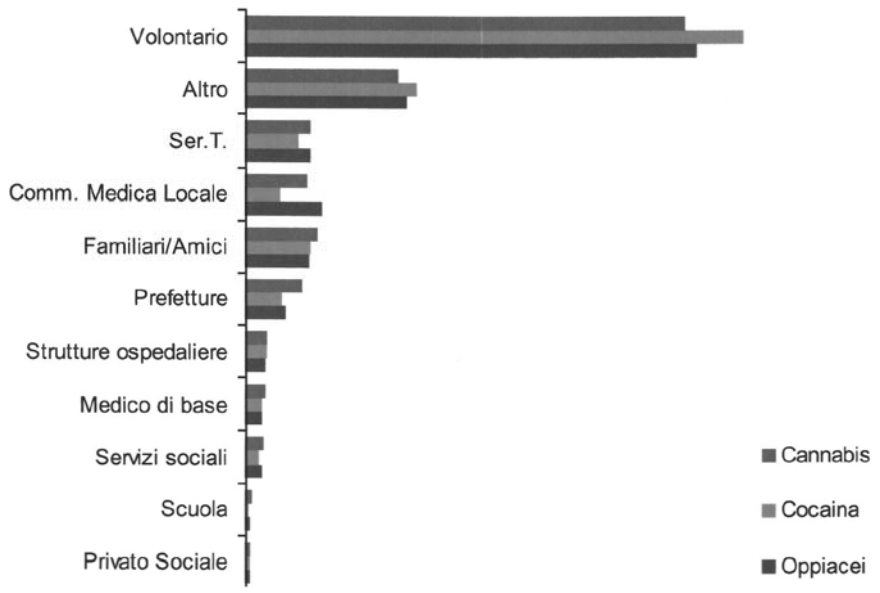
Da ultimo, tra coloro che usano cannabis come sostanza primaria si osserva un ulteriore aumento della percentuale di uso di quella sola sostanza (60,8%), il 29,3% fa anche uso di un'altra sostanza, in prevalenza cocaina ed alcol, mentre un 9,9% fa uso di due o più sostanze oltre la sostanza primaria; in quest'ultimo gruppo di utenti analogamente all'uso primario di cocaina, si registra un aumento del consumo di ecstasy e una diminuzione nel consumo delle altre sostanze (Figura I.2.25).

Figura I.2.24: Distribuzione percentuale di utenti che assumono **cannabis** come sostanza primaria e percentuale di utenti secondo l'uso di sostanze secondarie - Anno 2009



Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2009 su dati Ser.T.

Figura I.2.26: Distribuzione percentuale di utenti secondo la modalità di invio al servizio e per tipo di sostanza primaria di assunzione - Anno 2008



Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2009 su dati Ser.T.

L'accesso dell'utenza ai servizi per le tossicodipendenze, avviene con modalità differenziata secondo il tipo di sostanza. Per quanto riguarda i consumatori di eroina, cocaina e cannabis l'accesso prevalente è quello volontario,

rispettivamente con il 48,8%, 54% e 47,5%. Da segnalare la bassa efficienza di invio per qualsiasi sostanza di alcune importanti fonti potenziali quali: medico di medicina generale, servizi sociali e scuola.

Grado di occupazione tra il 59-60,3%

Per quanto riguarda le altre caratteristiche socio demografiche dell'utenza quali stato civile, livello di scolarità, occupazione e convivenza, si riscontrano valori differenti se si considerano la nuova utenza e gli assistiti da periodi precedenti a quello di riferimento: per quanto riguarda il livello di scolarità si riscontra una percentuale molto elevata in corrispondenza del livello basso (costituito prevalentemente da coloro che hanno conseguito la licenza elementare o media inferiore) pari al 66,2% nel primo gruppo di utenti e ancora più alta (72,6%) tra gli utenti già assistiti, a fronte di valori molto bassi in corrispondenza soggetti laureati (3,4% nuovi utenti vs 1,8% utenti già noti ai Servizi). L'occupazione stabile o saltuaria si riscontra nel 59% dei nuovi utenti contro un 60,3% dell'utenza già in carico, mentre la condizione di disoccupazione è più elevata tra l'utenza già in assistenza rispetto ai nuovi assistiti (rispettivamente 30,1% e 27,6%).

PAGINA BIANCA

CAPITOLO I.3.

IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

I.3.1. Malattie infettive droga correlate

I.3.1.1. Diffusione HIV e AIDS

I.3.1.2. Diffusione di Epatite virale B

I.3.1.3. Diffusione di Epatite virale C

I.3.1.4. Diffusione di Tubercolosi

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

I.3.2.1. Ricoveri droga correlati

I.3.2.2 Ricoveri droga correlati in commorbidità con le malattie infettive

I.3.2.3. Ricoveri droga correlati in comorbilità con malattie del sistema nervoso centrale e degli organi dei sensi

I.3.2.4. Ricoveri droga correlati in comorbilità con malattie del sistema circolatorio

I.3.2.5. Ricoveri droga correlati in comorbilità con malattie dell'apparato respiratorio

I.3.3. Incidenti stradali droga correlati

I.3.3.1. Quadro generale

I.3.3.2. Caratteristiche degli incidenti

I.3.3.3. Caratteristiche dei soggetti incidentati

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

I.3.4. Mortalità acuta droga correlata

I.3.4. Mortalità tra i consumatori di droga

I.3. IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

L'uso di stupefacenti comporta gravi danni per la salute sia in ambito neuropsichico che internistico/ infettivologico

L'assunzione di sostanze psicotrope ed altri comportamenti devianti, se da un lato possono produrre apparenti stati di benessere o temporanei livelli prestazionali elevati, dall'altro comportano gravi implicazioni e pericolose conseguenze per la salute. Questa sezione è dedicata all'analisi delle principali tipologie di patologie o implicazioni per la salute conseguenti all'assunzione di sostanze illecite osservate nell'ambito del trattamento dei soggetti che afferiscono ai servizi territoriali, ai presidi ospedalieri o in seguito ad eventi traumatici che comportano invalidità provvisoria o permanente e nei casi più gravi, il decesso della persona.
La principale conseguenza direttamente correlata all'uso di sostanze psicoattive, ed in particolare alla loro modalità di assunzione, nonché il tipo di stile di vita condotto dalla generalità degli assuntori regolari di sostanze, comportano tra l'altro elevati rischi nell'incorrere in malattie infettive.
Tale argomento viene trattato nella prima parte del capitolo attingendo i dati dal flusso informativo inviato dai servizi per le tossicodipendenze al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, ed in parte dal flusso informativo della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), relativamente ai ricoveri erogati dai presidi ospedalieri riguardanti pazienti con patologie droga correlate.

Incidenti stradali alcol e drogacorrelati

Una sezione specifica viene dedicata ad altre patologie droga correlate che hanno determinato il ricovero dei soggetti nel triennio 2006-2008 o rilevate nell'ambito del trattamento ambulatoriale degli utenti dei servizi per le tossicodipendenze, seguita da un paragrafo riservato agli incidenti stradali con il coinvolgimento di conducenti sotto l'effetto di sostanze psicoattive, oggetto di specifica pubblicazione dell'ACI e dell'ISTAT.

Decessi per effetti acuti

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

I.3.1. Malattie infettive droga correlate

Patologie infettive correlate: in forma di HIV, HBV, HCV, TBC, MST

Anche la prevalenza di patologie infettive correlate all'uso di sostanze psicoattive illegali rientra tra gli indicatori chiave individuati dall'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze di Lisbona (EMCDDA) ai fini del monitoraggio del fenomeno dell'uso di sostanze.
L'attenzione a livello europeo viene dedicata in particolare agli assuntori di sostanze per via iniettiva (IDU), in relazione all'elevato rischio di incorrere in malattie infettive, HIV epatiti virali, tubercolosi, ecc..
A livello nazionale l'analisi è condotta, sia tra gli utenti dei servizi delle tossicodipendenze che tra i ricoveri ospedalieri droga correlati. I dati dell'utenza in trattamento nei servizi sono stati elaborati sulla base del flusso aggregato fornito dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali tramite la rilevazione annuale secondo le schede ANN.04, ANN.05, ANN.06. I dati aggregati, tuttavia, non consentono un'analisi dettagliata della diffusione delle malattie infettive tra l'utenza che fa uso iniettivo delle sostanze psicoattive.
Le informazioni sui ricoveri sono state rilevate dal flusso informativo della scheda di dimissione ospedaliera; in particolare sono state considerate le dimissioni da regime di ricovero ordinario e day hospital, che presentano diagnosi, principale o secondarie, droga correlate e descritte in dettaglio nelle premesse del paragrafo I.3.2. Altre implicazioni e conseguenze per la salute droga correlate.

1.3.1.1. Diffusione di HIV e AIDS

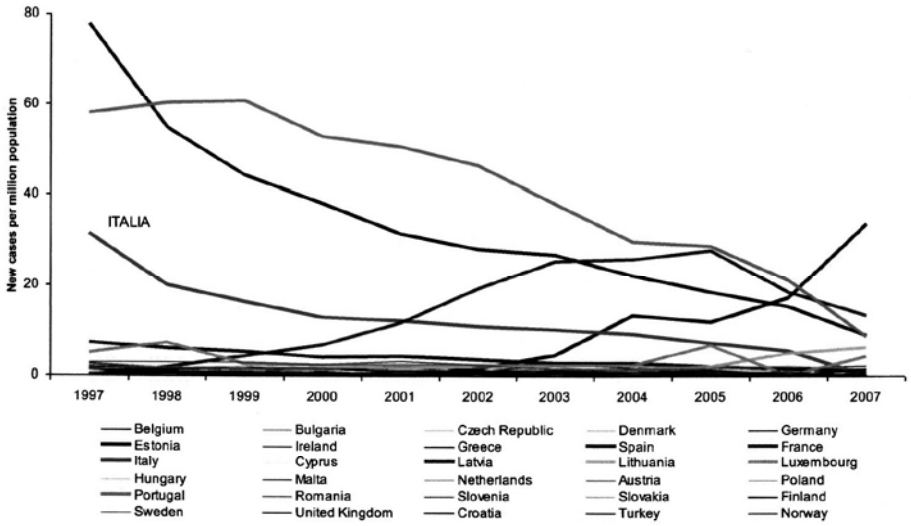
In forte diminuzione l'incidenza dei casi di AIDS nei tossicodipendenti italiani

L'incidenza dell'infezione da HIV diagnosticata tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale (IDU) nel 2007 risulta contenuta nella maggior parte dei paesi dell'Unione europea, attorno a 4,7 casi per milione di abitanti, in calo rispetto ai 5 del 2006[1]. Questo andamento è dovuto in parte all'aumento della disponibilità delle misure di prevenzione, di trattamento e di riduzione del danno, compresa la terapia di sostituzione e i programmi di scambio di aghi e di siringhe; secondo alcuni paesi incidono anche altri fattori quali il calo del consumo per via parenterale.

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

L'Estonia è il paese con la più alta incidenza di casi di AIDS riconducibili al consumo di stupefacenti per via parenterale. Tassi relativamente elevati di incidenza dell'AIDS sono segnalati anche da Lettonia, Spagna, Portogallo e Lituania; in Italia dopo i valori molto elevati ad inizio periodo, il contrasto alla diffusione dell'infezione da HIV ha consentito di ridurre notevolmente i nuovi casi di AIDS (Figura I.3.1).

Figura I.3.1: Tasso di incidenza (casi x 1.000.000 ab.) di casi AIDS tra i consumatori di stupefacenti per via iniettiva nei Stai membri dell'EU. Anni 1997 - 2007



Fonte: Osservatorio Europeo per le Droghe e le Tossicodipendenze – Bollettino Statistico 2009

Utenti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze

Utenti in trattamento presso i SerT: Basso numero di soggetti esaminati per HIV (solo il 36%)

Nei Servizi per le Tossicodipendenze sono stati presi in carico nel 2009 167.674 soggetti, di questi ne sono stati esaminati 60.057 (36%) per individuare la presenza di infezione da HIV e il 11,4% è risultato essere positivo. I restanti soggetti in carico (107.617 che rappresenta il 64% del totale) non sono stati esaminati nel corso dell'anno, e sono i soggetti già diagnosticati come HIV positivi negli anni precedenti (6.678 che rappresenta circa il 4% del totale).

Va precisato che le informazioni pervenute dalle regioni al Ministero della Salute alla data del 29 maggio 2010, coprono il 90% del totale dei servizi per le

[1] *Non sono disponibili dati nazionali per la Spagna, l'Italia e l'Austria.*

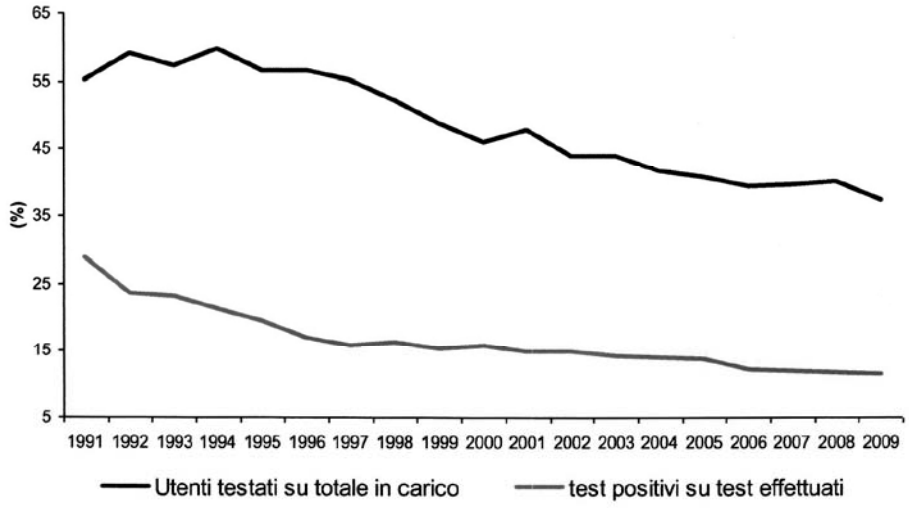
tossicodipendenze, quindi sono da considerare sicuramente rappresentative anche se non complete.

La verifica della presenza di patologie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti nelle persone assistite dai Ser.T. ha interessato negli ultimi 18 anni, dal 1991 al 2009, una percentuale di soggetti costantemente decrescente.

Relativamente alla presenza dell'infezione da HIV, la percentuale di soggetti sottoposti a test sierologico è diminuita di oltre il 20%, passando da un valore del 60% circa rilevato nel 1994 al 37% circa osservato nel 2009.

Trend in costante diminuzione dell'utilizzo del test HIV: solo il 37% dei soggetti viene testato

Figura I.3.2: Utenti sottoposti a test sierologico HIV sul totale assistiti e percentuale utenti positivi al test sul totale soggetti testati. Anni 1991 - 2009



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Dei soggetti positivi il 79% è di sesso maschile; ciò significa che le persone di genere femminile sono fortemente sovra-rappresentate tra i soggetti HIV positivi (21%, 6 punti percentuali in più rispetto all'insieme degli utenti SerT): le ipotesi possono essere o che la prevalenza dell'infezione HIV tra i tossicodipendenti in carico ai SerT sia di gran lunga maggiore tra le femmine o che esse si sottopongano con maggiore solerzia al monitoraggio diagnostico oppure, evento più probabile, entrambe le cose.

Maggior prevalenza di persone positive HIV nel genere femminile

Tabella I.3.1: Somministrazione ed esito test HIV nell'utenza dei servizi per le tossicodipendenze - Anni 2008 - 2009

Caratteristiche	Maschi					Femmine				
	2008	%	2009	%	Δ %	2008	%	2009	%	Δ %
Tipo di contatto										
Nuovi utenti	29.267	21,3	27.841	20,7	-4,9	5.132	22,5	5.713	22,1	11,3
Utenti già assistiti in precedenza	107.728	78,7	109.822	79,7	7,1	17.643	77,4	18.251	77,9	3,4
Totale	136.995	100	137.663	100	2,2	22.775	100	23.424	100	2,8
	2008		**2009**		**Δ %**	**2008**		**2009**		**Δ %**
Soggetti sottoposti a Test HIV (Valori assoluti)										
Nuovi utenti	9.489		8.385		-11,6	1.725		1.436		-16,8
Utenti già assistiti in precedenza	45.229		42.738		-5,5	7.578		7.498		-1,0
Totale	54.718		51.123		-6,6	9.303		8.934		-3,9
	2008		**2009**		**Δ %**	**2008**		**2009**		**Δ %**
% soggetti sottoposti a Test HIV (% testati su (*))										
Nuovi utenti	32,4		28,1		-13,3	33,6		27,8		-17,3
Utenti già assistiti in precedenza	44,3		39,2		-11,5	47,0		44,5		-5,3
Totale	41,7		36,8		11,8	43,8		40,6		-7,3
	2008		**2009**		**Δ %**	**2008**		**2009**		**Δ %**
% soggetti NON sottoposti a Test HIV (sul totale dei soggetti che necessitano del test)										
Nuovi utenti	67,2		71,7		6,7	66,0		72,0		9,1
Utenti già assistiti in precedenza	55,6		60,8		9,4	52,9		55,4		4,7
Totale	58,2		63,1		8,4	56,1		59,3		5,7
	2008		**2009**		**Δ %**	**2008**		**2009**		**Δ %**
Positività Test HIV (valori assoluti)										
Nuovi utenti	249		169		-32,1	47		33		-29,8
Utenti già assistiti in precedenza	5.661		5.276		-6,8	1.536		1.402		-8,7
Totale	5.910		5.445		-7,9	1.583		1.435		-9,3
	2008		**2009**		**Δ %**	**2008**		**2009**		**Δ %**
Positività Test HIV (% positivi su testati)										
Nuovi utenti	2,6		2,0		-23,1	2,7		2,3		-14,8
Utenti già assistiti in precedenza	12,5		12,3		-1,6	20,3		18,7		-7,9
Totale	10,8		10,7		-0,9	17,0		16,1		-5,3

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

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Ulteriore diminuzione dell'effettuazione del test HIV

Bassa prevalenza di HIV positivi: 10,8% nei maschi 16,1 nelle femmine

La riduzione della prevalenza nel periodo 1991 - 1998 è imputabile con buona probabilità alla scomparsa dei soggetti HIV positivi per decesso correlato all'evoluzione della malattia; viceversa nel periodo successivo il tasso di prevalenza dell'infezione nella popolazione afferente i servizi si è stabilizzato tra il 13% e il 11,5%, grazie anche all'effetto e all'efficacia delle nuove terapie antiretrovirali.

Maggior positività per HIV nei casi prevalenti di genere femminile

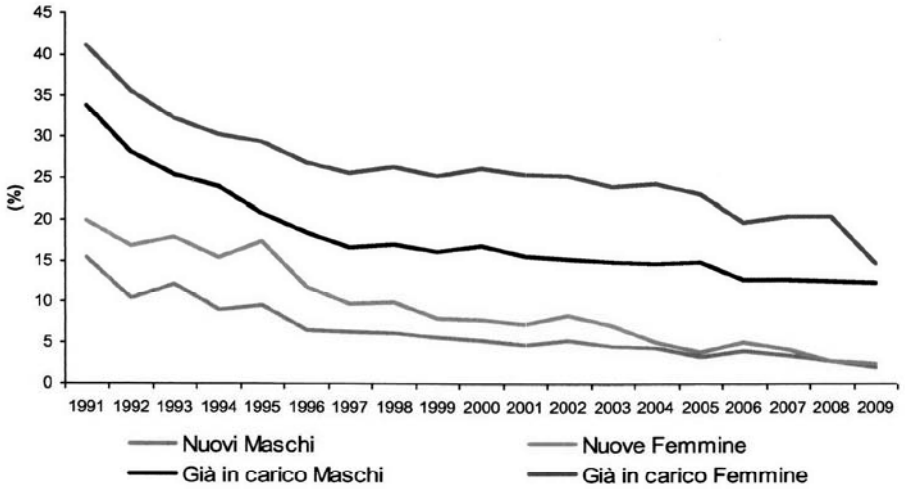
Da evidenziare la differenza di prevalenza che si riscontra nel genere femminile. Essa, infatti, risulta maggiore del genere maschile anche se negli anni tale differenza, nei nuovi casi afferenti al Ser.T., è andata scomparendo.

Parallelamente alla riduzione di soggetti sottoposti a test sierologico HIV si osserva nell'ultimo periodo una tendenziale stabilità della percentuale di persone testate e risultate positive al test (casi incidenti), soprattutto per l'utenza già nota

ai servizi, ad eccezione del 2006, anno in cui si osserva una sensibile riduzione, seguita da un arresto nel biennio successivo.
Un trend in costante diminuzione si osserva, invece, per le femmine assistite per la prima volta dai servizi territoriali, che pur assumendo valori costantemente superiori all'andamento maschile, tende ad uniformarsi a quest'ultimo, raggiungendo lo stesso valore nel 2009 (2,3%).

Figura I.3.3: Percentuale utenti positivi al test HIV sul totale soggetti testati, secondo il genere e il tipo di contatto con il servizio. Anni 1991 - 2009

Bassissima prevalenza di HIV nelle femine afferenti per la prima volta nei Ser.T



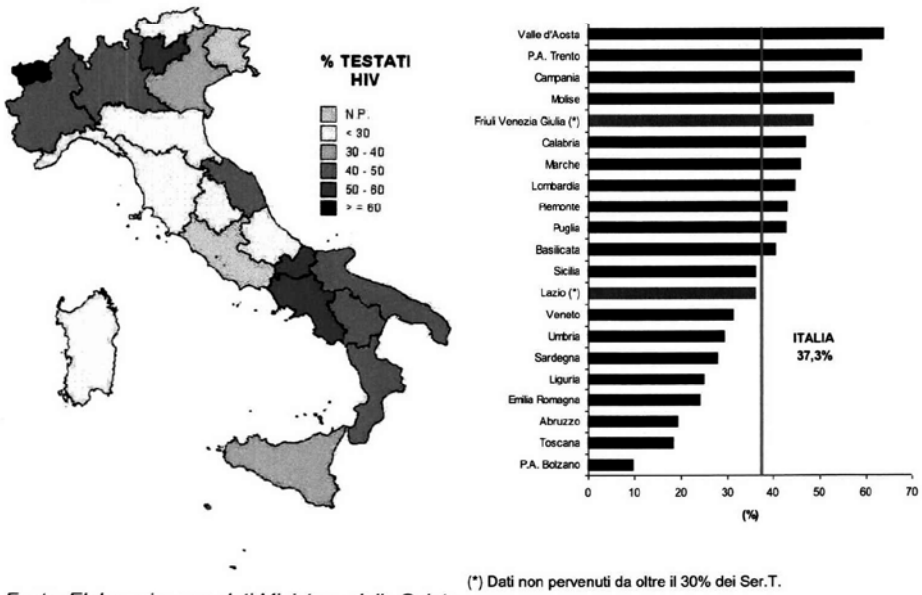
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

A livello territoriale la percentuale di persone assistite e non sottoposte a test sierologico HIV nel 2009 varia da un minimo del 9,8% circa osservata nella Provincia Autonoma di Bolzano, ad un massimo del 64% circa individuata in Val d'Aosta (Figura I.3.4). Va comunque tenuto presente che per oltre il 30% delle strutture presenti nella Regione Friuli Venezia Giulia e il 57% nella Regione Lazio, al momento dell'analisi dei dati, non erano disponibili le informazioni.

Relazione tra basso livello di utilizzo del test e % di HIV positivi:solo il 37% dei testati viene esaminato

Figura I.3.4: Utenti sottoposti a test sierologico HIV sul totale assistiti, per area geografica. Anno 2009

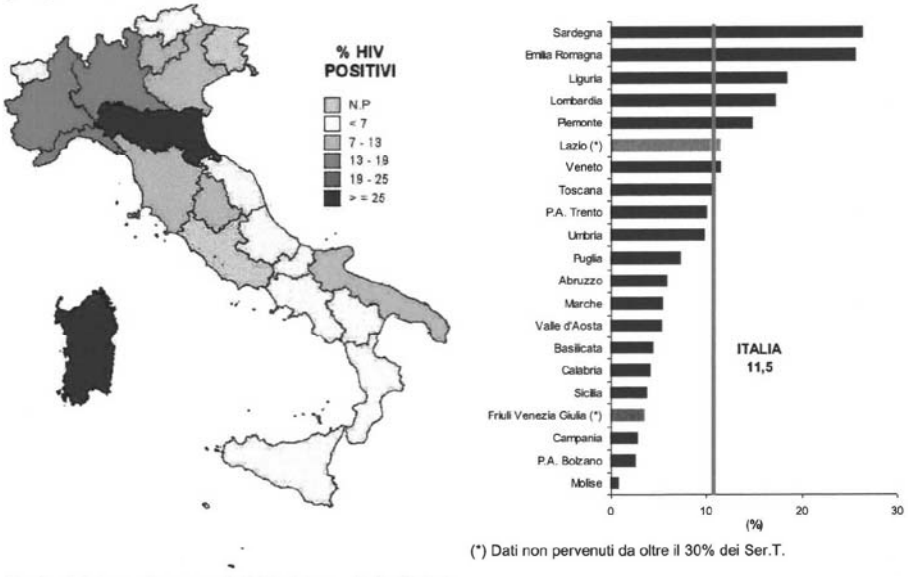
Le regioni e P.A. più problematiche per la non esecuzione del test HIV: P.A. Bolzano, Toscana, Abruzzo, Emilia Romagna



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

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Figura I.3.5: Percentuale utenti positivi al test HIV sul totale soggetti testati, per area geografica. Anno 2009



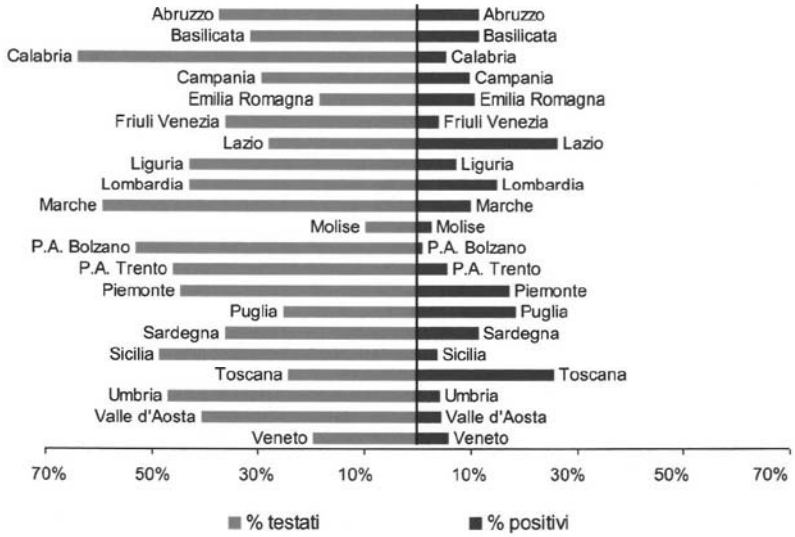
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Le regioni più colpite dalll'HIV nei tossicodipendenti: Sardegna, Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Piemonte

Per contro, la prevalenza di sieropositivi osservata nel 2009 varia da un minimo dell' 1% nelle Regione del Molise ad un massimo del 26,4% nella Regione Sardegna in cui si osserva la più bassa copertura; analoga situazione negativa si trova per le regioni Emilia Romagna, Liguria, Lombardia e Piemonte (Figura I.3.5.).

Prevalenza HIV oscilla tra l'1% e il 26,4%

Figura I.3.6: Percentuale utenti sottoposti a test HIV e percentuale utenti positivi al test HIV. Anno 2009



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Ricoveri ospedalieri droga correlati

Nel 2008 tra i ricoveri droga correlati le diagnosi (principale o concomitante) relative a situazioni di AIDS conclamato o di HIV sieropositività, sono circa l'8% (pari a 2.002 ricoveri); la restante quota riguarda casi non comorbili con tali condizioni.

In modo sostanzialmente stabile nel corso dell'intero triennio, tra i ricoveri con diagnosi di infezione da HIV sintomatica o meno, si osserva una percentuale più elevata di maschi (circa 73% contro 27% delle femmine) ed una più bassa di

AIDS e infezioni da HIV

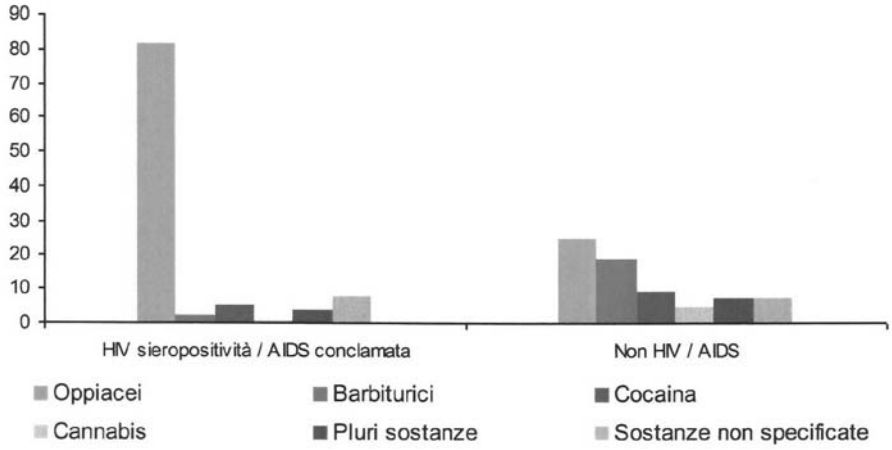
situazioni che presentano un'età inferiore ai 24 anni (circa 1,2% contro circa il 13%) rispetto ai casi non comorbili per tali patologie.

Meno urgenze più ricoveri ordinari

L'analisi del regime e tipologia di ricovero evidenzia inoltre, che tra i ricoveri droga correlati con diagnosi relative anche a condizione di infezione da HIV o di AIDS si rileva una percentuale più bassa di ricoveri a carattere urgente (circa il 43% contro 60%) e di situazioni di regime ordinario (circa 73% contro 91%).

Figura I.3.7: Percentuale di ricoveri droga correlati per condizione di sieropositività HIV/AIDS e tipo di sostanza assunta. Anno 2008

Il binomio uso iniettivo di eroina/HIV



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Prevalenza maggiore dei test per HCV rispetto all'HBC

Lo studio della sostanza d'uso (Figura I.3.7.) effettuato in base alla condizione di HIV sieropositività/AIDS evidenzia, tra i positivi una quota più elevata di assuntori di oppiacei (circa 81% contro 25%); nel 48% dei ricoveri è stata riscontrata anche la positività al test delle epatite C.

1.3.1.2. Diffusione di Epatite virale B

Il fenomeno della presenza del virus da epatiti virali nella popolazione tossicodipendente è maggiormente diffuso rispetto l'infezione da HIV sia a livello europeo che a livello nazionale. Negli Stati membri dell'EU la prevalenza degli anticorpi contro il virus dell'epatite B (HBV) varia in misura ancora maggiore rispetto all'HCV, in controtendenza rispetto alla diffusione del virus in Italia, sebbene il dato nazionale si riferisca a tutta la popolazione tossicodipendente e non alla sola IDU. Nel biennio 2006-2007, 3 degli 10 paesi che hanno fornito dati sugli IDU hanno segnalato livelli di prevalenza anti-HBc superiori al 40%, in linea con il dato nazionale, sebbene quest'ultimo rappresenti una sottostima della reale prevalenza di HBV positivi nella sottopopolazione IDU.

Utenti in trattamento presso i Servizi per le Tossicodipendenze

Scarso utilizzo anche del test per HBC

Analogamente a quanto riportato per il test HIV si trovano percentuali molto basse di soggetti che hanno eseguito il test per l'epatite B (40% nel 2009) con un trend in diminuzione dal 1994 (55%) anche se con una certa variabilità, ad eccezione del 2008 (46%), anno in cui si osserva un'apparente ripresa dell'attività di somministrazione del test per epatite virale B.

Tabella I.3.2: Somministrazione ed esito test HBV nell'utenza dei servizi per le tossicodipendenze - Anni 2008 - 2009

Caratteristiche	Maschi					Femmine				
	2008	**%**	**2009**	**%**	**Δ %**	**2008**	**%**	**2009**	**%**	**Δ %**
Tipo di contatto										
Nuovi utenti	29.267	21,3	27.841	20,7	-4,9	5.132	22,5	5.713	22,1	11,3
Utenti già assistiti in precedenza	107.728	78,7	109.822	79,7	7,1	17.643	77,4	18.251	77,9	3,4
Totale	136.995	100	137.663	100	2,2	22.775	100	23.424	100	2,8
	2008		**2009**		**Δ %**	**2008**		**2009**		**Δ %**
Test Epatite Virale B effettuati (valori assoluti)										
Nuovi utenti	8.196		6.695		-18,3	1.550		1.146		-26,1
Utenti già assistiti in precedenza	42.586		40.983		-3,8	6.603		6.167		-6,6
Totale	50.782		47.678		-6,1	8.153		7.313		-10,3
	2008		**2009**		**Δ %**	**2008**		**2009**		**Δ %**
Test Epatite Virale B effettuati (% testati in carico, esclusi i vaccinati)										
Nuovi utenti	31,8		24,6		-22,6	35,2		24,1		-31,5
Utenti già assistiti in precedenza	45,2		39,5		-12,6	43,7		36,1		-17,4
Totale	42,3		36,4		-13,9	35,8		31,2		-12,8
	2008		**2009**		**Δ %**	**2008**		**2009**		**Δ %**
Positività Test Epatite Virale B (valori assoluti)										
Nuovi utenti	1.213		1.269		4,6	150		213		42,0
Utenti già assistiti in precedenza	15.398		15.783		2,5	4.103		2.633		-35,8
Totale	16.611		17.052		2,7	4.253		2.846		-33,1
	2008		**2009**		**Δ %**	**2008**		**2009**		**Δ %**
Positività Test Epatite Virale B (% positivi su testati)										
Nuovi utenti	14,8		19,0		28,4	9,7		18,6		91,8
Utenti già assistiti in precedenza	36,2		38,5		6,4	62,1		57,3		-7,7
Totale	32,7		35,8		9,5	52,2		51,2		-1,9
	2008		**2009**			**2008**		**2009**		
Vaccinati Epatite Virale B (valori assoluti)										
Nuovi utenti	3.515		2.596		-26,1	730		426		-41,6
Utenti già assistiti in precedenza	13.449		10.618		-21,0	2.549		2.136		-16,2
Totale	16.964		13.214		-22,1	3.279		2.562		-21,9
	2008		**2009**			**2008**		**2009**		
Vaccinati Epatite Virale B (% positivi su testati)										
Nuovi utenti	12,0		8,7		-27,5	14,2		8,2		-42,3
Utenti già assistiti in precedenza	12,5		9,3		-25,6	14,4		11,7		-18,8
Totale	12,4		9,2		-25,8	14,4		10,9		-24,3

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Riduzione del test per epatite B

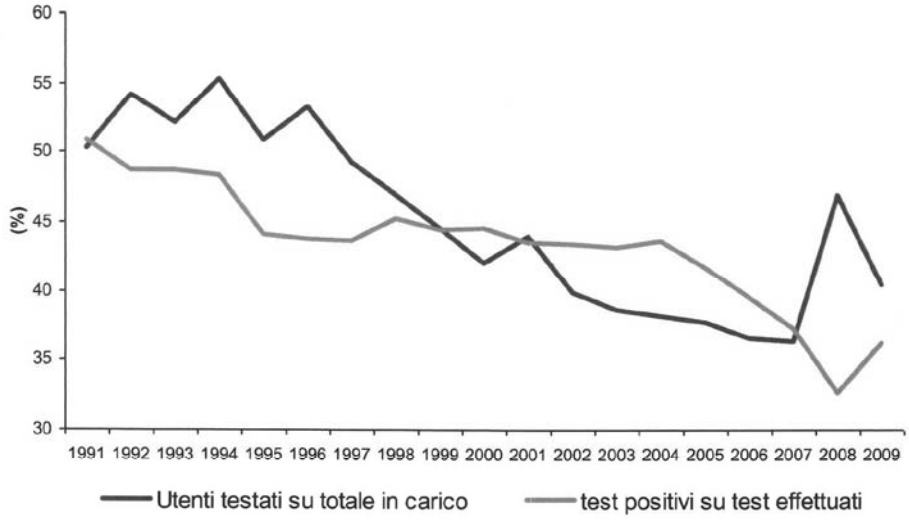
Il 35,8% dei maschi e il 51,2% delle femmine sono positivi per HBV

Basso tasso di vaccinazione per HBV

La prevalenza del virus dell'epatite B nel 2009 si attesta complessivamente al 36%, con un andamento in diminuzione fino al 2007 (36,3%). Nel 2008, invece, la percentuale di utenti testati sul totale è di circa il 47% che tocca il livello del 1998; mentre scende la percentuale di test positivi su testati al 32,6%

Probabile effetto vaccinazione

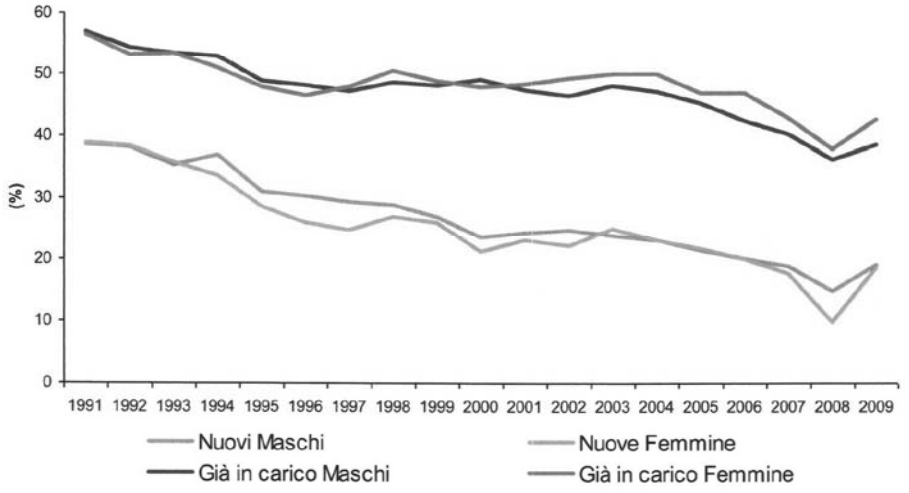
Figura I.3.8: Utenti sottoposti a test sierologico HBV sul totale assistiti e percentuale utenti positivi al test sul totale soggetti testati. Anni 1991 - 2009



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Andamenti simili si osservano per le prevalenze di casi positivi al test HBV tra i nuovi utenti e l'utenza già in carico, sebbene il trend delle femmine già note ai servizi evidenzi una fase di stazionarietà nel periodo 1996 – 2004. I valori dell'utenza già in carico ai servizi rimangono costantemente superiori a quelli osservati per la nuova utenza, mentre trend sovrapponibili si registrano tra i due generi, per entrambe le tipologie di utenti in trattamento(Figura I.3.8.). Nel 2008 si ha un calo di quasi il 9% di femmine entrate per la prima volta in carico nei SerT.

Figura I.3.9: Percentuale utenti positivi al test HBV sul totale soggetti testati, secondo il genere e il tipo di contatto con il servizio. Anni 1991 - 2009



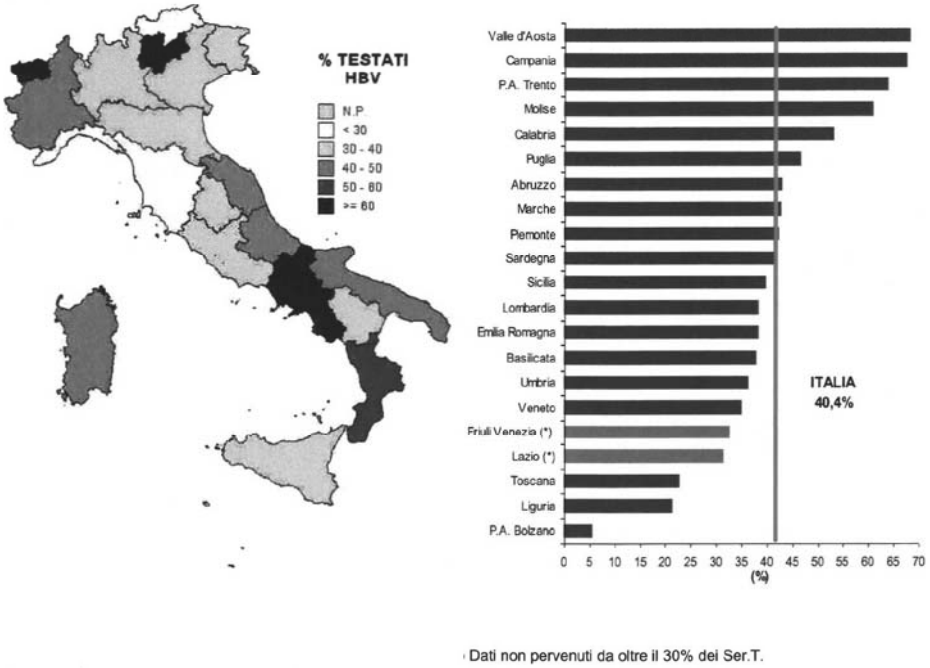
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Prevalenze per HBV oscillanti tra il 7,9% in Basilicata e il 73% in Abruzzo

A livello territoriale la percentuale di persone assistite e sottoposte a test per l'Epatite Virale B nel 2009, varia da un minimo del 6% circa osservata nella Provincia Autonoma di Bolzano, ad un massimo del 68% individuata in Val d'Aosta (Figura I.3.9.). I valori più bassi di positività al test HBV si osservano in corrispondenza sia della Basilicata (7,9%), sia in Campania (13,1). La prevalenza

di test più elevata di positività al test HBV si riscontra nella Regione Abruzzo con il 75%. (Figura I.3.10.).

Figura I.3.10: Utenti sottoposti a test sierologico HBV sul totale assistiti, per area geografica. Anno 2009

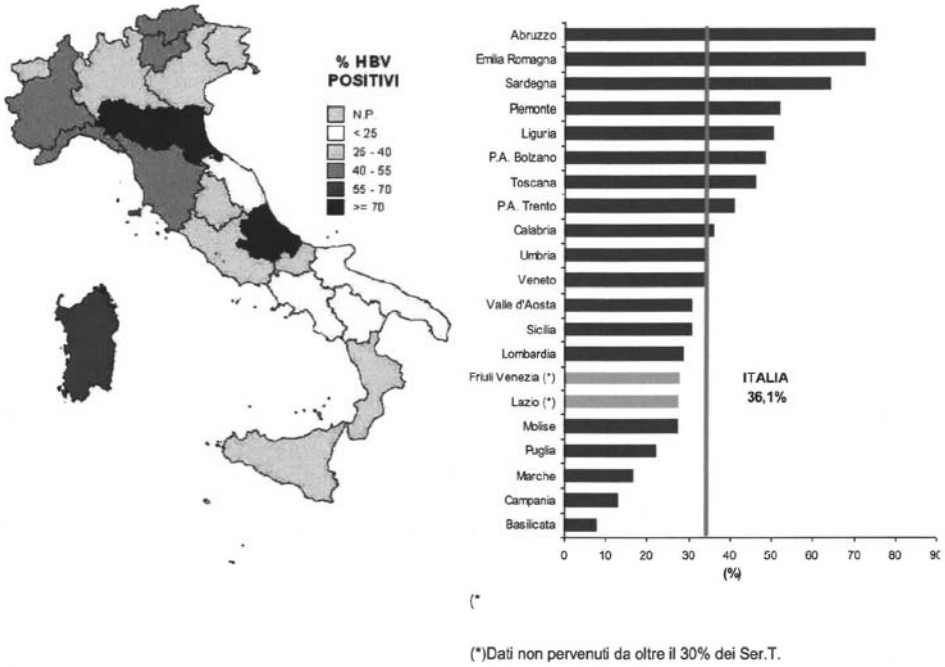


Regioni con minore uso del test per HBV: Bolzano, Liguria, Toscana Lazio, Friuli Venezia Giulia

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

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Figura I.3.11: Percentuale utenti positivi al test HBV sul totale soggetti testati, per area geografica. Anno 2009

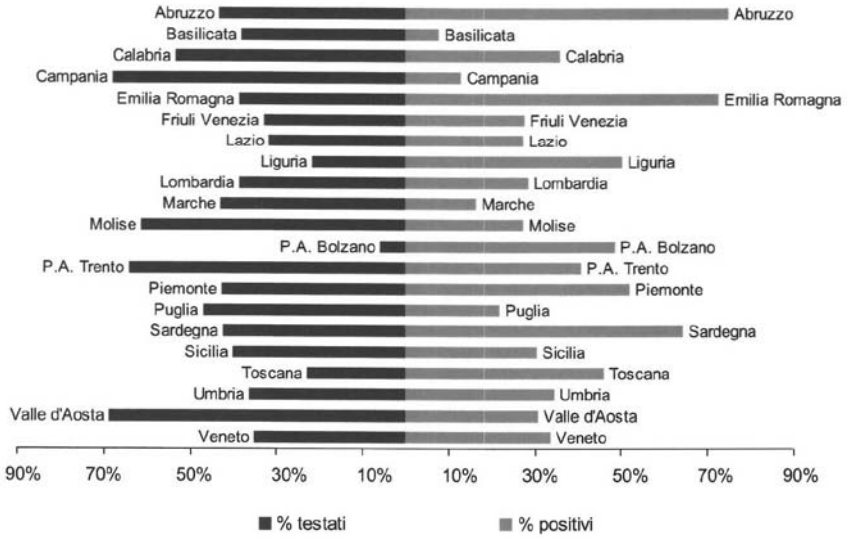


Regioni con maggior positività all'HBV: Abruzzo, Emilia Romagna, Sardegna

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

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Figura I.3.12: Percentuale utenti sottoposti al test e percentuale utenti positivi a HBV. Anno 2009



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Ricoveri ospedalieri droga correlati

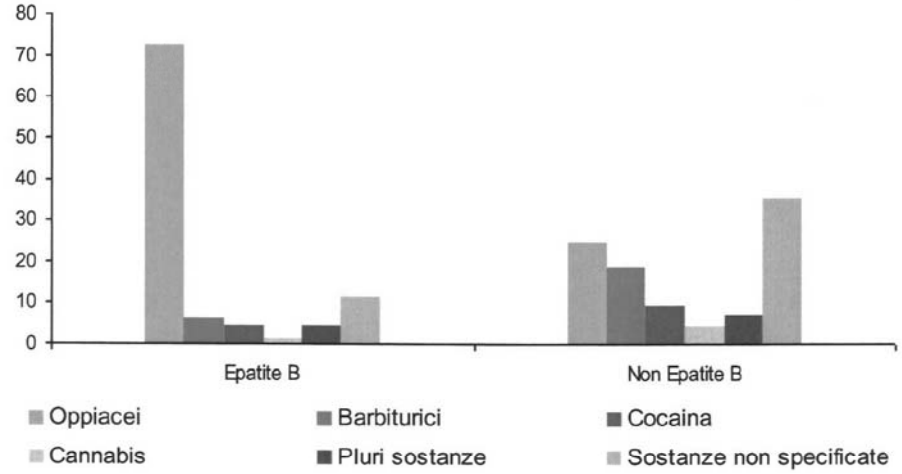
Riduzione dei ricoveri per epatite B

Nel 2008 tra i ricoveri droga correlati le diagnosi (principale o concomitante) relative alla presenza di epatiti virali B sono inferiori all'1% (pari a 160 ricoveri), senza differenze rilevanti nell'ultimo triennio.

Maggiore variabilità si osserva nel corso del triennio, tra i ricoveri con diagnosi di infezione da HBV sintomatica o meno, in relazione alla quota di ricoveri di soggetti di genere maschile (84% nel 2006, 83,8% nel 2007 e 85.6% nel 2008). Anche in questo caso come detto sopra più elevata (85,6% contro 58%) rispetto ai pazienti ricoverati senza tale comorbilità.

Lo studio della sostanza d'uso (Figura I.3.13) effettuato in base alla condizione di positività alle epatiti virali B evidenzia, tra i positivi una quota più elevata di assuntori di oppiacei (circa 73% contro 25%), in forte analogia con la presenza di sieropositività per HIV o AIDS conclamata.

Figura I.3.13: Percentuale dei ricoveri droga correlati per condizione di malattia/positività per le epatiti virali B e tipo di sostanza assunta. Anno 2008



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Riduzione dei ricoveri per epatite

Nel 2008 tra i ricoveri droga correlati le diagnosi (principale o concomitante) relative alla presenza di epatiti virali B sono inferiori all'1% (pari a 160 ricoveri),

senza differenze rilevanti nell'ultimo triennio. B

1.3.1.3. Diffusione di Epatite virale C

I livelli di prevalenza dell'HCV osservati tra i diversi paesi europei e all'interno di uno stesso paese, sono estremamente vari, a causa sia di differenze sul piano regionale sia delle caratteristiche della popolazione oggetto del campione indagato. Nel biennio 2006-2007 i livelli di anticorpi anti-HCV tra campioni di tossicodipendenti esaminati, variano da circa il 18% al 95%, sebbene la maggior parte dei paesi riferisce valori superiori al 40%. A livello nazionale, la percentuale di positività al test HCV è risultata pari a circa il 60% dei soggetti in trattamento nei SerT e sottoposti a test o positivi da periodi precedenti.

Utenti in trattamento presso i Servizi per le Tossicodipendenze
Analoga e preoccupante situazione si osserva relativamente alla diffusione del virus delle epatiti virali C, associata all'esigua pratica nella verifica della positività al virus.

Tabella I.3.3: Somministrazione ed esito test HCV nell'utenza dei servizi per le tossicodipendenze - Anni 2008 - 2009

Caratteristiche	Maschi					Femmine				
	2008	**%**	**2009**	**%**	**Δ %**	**2008**	**%**	**2009**	**%**	**Δ %**
Tipo di contatto										
Nuovi utenti	29.267	21,3	27.841	20,7	-4,9	5.132	22,5	5.713	22,1	11,3
Utenti già assistiti in precedenza	107.728	78,7	109.822	79,7	7,1	17.643	77,4	18.251	77,9	3,4
Totale	136.995	100	137.663	100	2,2	22.775	100	23.424	100	2,8
	2008		**2009**		**Δ %**	**2008**		**2009**		**Δ %**
Test Epatite Virale C effettuati (valori assoluti)										
Nuovi utenti	9.952		9.130		-8,3	1.762		1.461		-17,1
Utenti già assistiti in precedenza	53.902		52.384		-2,8	9.011		8.802		-2,3
Totale	63.854		61.514		-3,7	10.773		10.263		-4,7
	2008		**2009**		**Δ %**	**2008**		**2009**		**Δ %**
Test Epatite Virale C effettuati (% testati in carico)										
Nuovi utenti	34,29		31,5		-8,1	35,50		29,4		-17,2
Utenti già assistiti in precedenza	46,55		45,2		-2,9	48,50		47,4		-2,3
Totale	44,09		42,5		-3,6	45,76		43,6		-4,7
	2008		**2009**		**Δ %**	**2008**		**2009**		**Δ %**
Positività Test Epatite Virale C (valori assoluti)										
Nuovi utenti	2.551		2.260		-11,4	445		356		-20,0
Utenti già assistiti in precedenza	35.223		33.605		-4,6	5.987		5.786		-3,4
Totale	37.774		35.865		-5,1	6.432		6.142		-4,5
	2008		**2009**		**Δ %**	**2008**		**2009**		**Δ %**
Positività Test Epatite Virale C (% positivi su testati)										
Nuovi utenti	25,6		24,7		-3,5	25,2		24,3		-3,6
Utenti già assistiti in precedenza	65,3		64,1		-1,8	66,4		65,7		-1,1
Totale	59,1		58,3		-1,4	59,7		59,8		0,2

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Diminuzione del testing per HCV

La verifica della presenza di epatiti virali C correlate all'uso di sostanze

Basso utilizzo dei SerT del test per

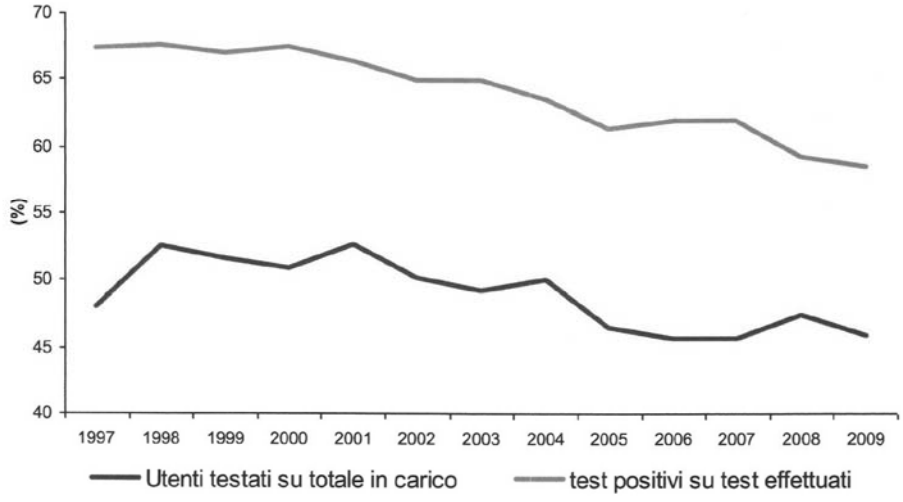
HCV soprattutto per i nuovi tossicodipendenti afferenti ai servizi

stupefacenti nelle persone assistite dai SerT. ha riguardato, dal 1997 al 2009, una percentuale di utenza compresa tra il 46% e il 52%, con una discreta variabilità (Figura I.3.14). Si osserva inoltre una maggiore pratica del test nella popolazione già nota ai servizi (45% contro 31% per la nuova utenza), uniformemente distribuito tra maschi e femmine.

Resta alta la prevalenza dell'HCV: 58,5%

Relativamente alla presenza del virus delle epatiti virali C, la percentuale di soggetti positivi è diminuita di 9 punti percentuali negli ultimi undici anni, passando dal 67% nel 1997 al 58,5% nel 2009, rimanendo tuttavia a quote ancora elevate (Figura I.3.14).

Figura I.3.14: Utenti sottoposti a test sierologico HCV sul totale assistiti e percentuale utenti positivi al test sul totale soggetti testati. Anni 1991 - 2009



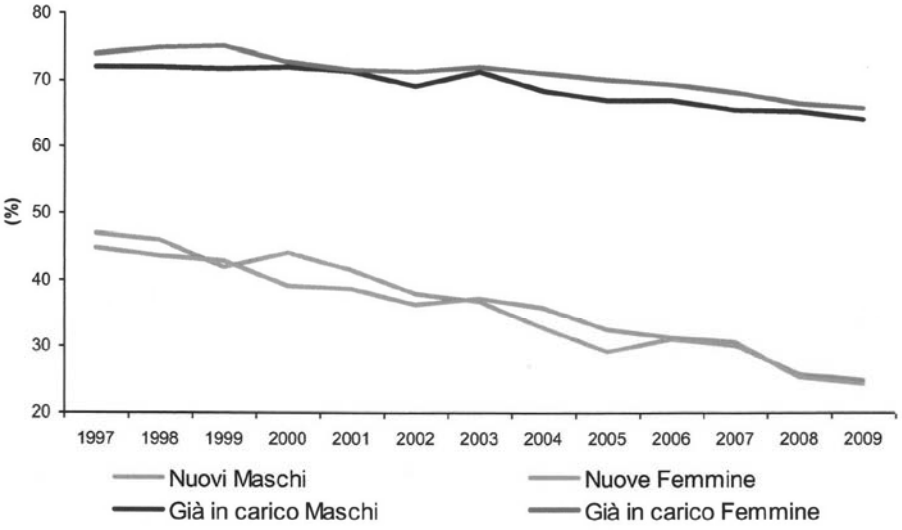
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Nei nuovi utenti, nel periodo oggetto di osservazione, il fenomeno sembra interessare in ugual misura i due generi, e in progressivo decremento. Più stabile il trend della prevalenza dell'utenza già nota ai servizi e risultata positiva al test HCV, senza variazione per genere (Figura I.3.14).

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

Figura I.3.15: Percentuale utenti positivi al test HCV sul totale soggetti testati, secondo il genere e il tipo di contatto con il servizio. Anni 1991 - 2009

Prevalenza per HCV fortemente oscillanti: 8,7% P.A. Bolzano, 81% Sardegna

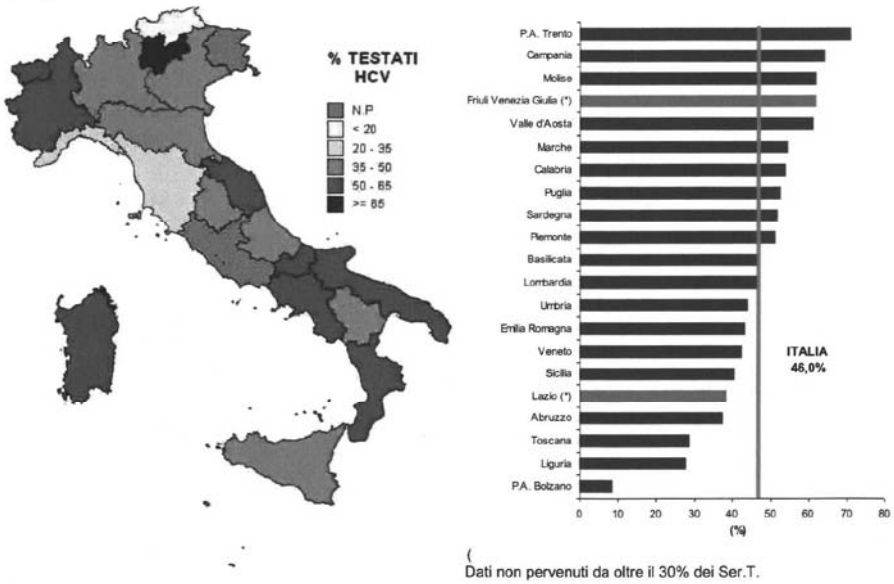


Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

A livello territoriale la percentuale di persone assistite e non sottoposte a test sierologico HCV nel 2009 varia da un minimo dell'8,7% in Provincia Autonoma di Bolzano, ad un massimo del 71% individuata in Provincia Autonoma di Trento. La prevalenza di utenti postivi al test HCV varia tra il 37% e l'81%, rispettivamente nelle regioni della Campania e della Sardegna (Figura I.3.15.).

Figura I.3.16: Utenti sottoposti a test sierologico HCV sul totale assistiti, per area geografica. Anno 2009

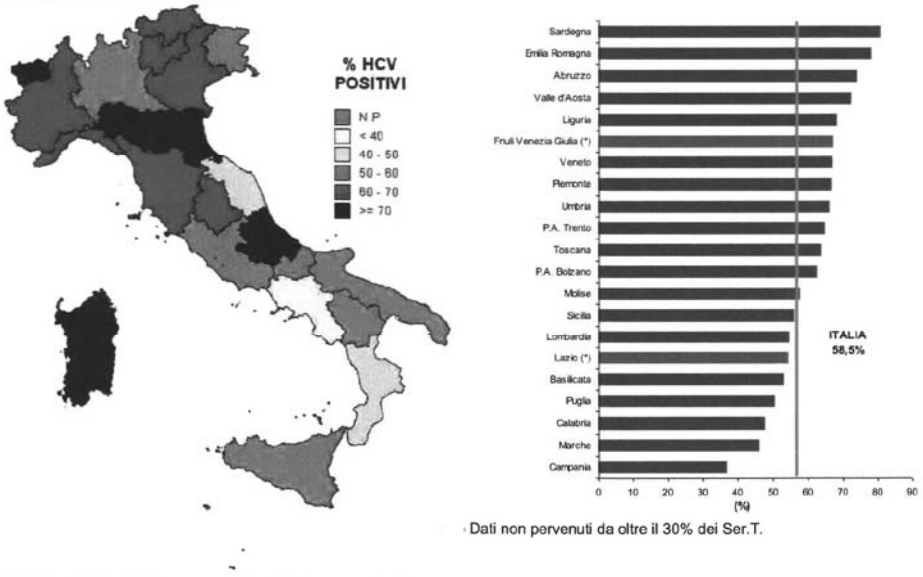
Le regioni con minor uso del test per HCV: Bolzano, Liguria, Toscana, Abruzzo, Lazio



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

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Figura I.3.17: Percentuale utenti positivi al test HCV sul totale soggetti testati, per area geografica. Anno 2008

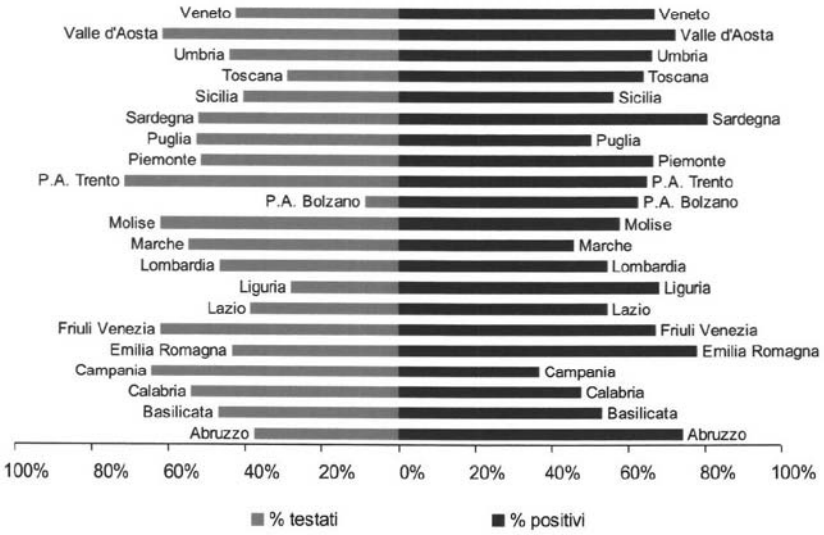


Regioni con maggior prevalenza: Sardegna, Emilia Romagna, Abruzzo, Val d'Aosta e Liguria

Prevalenza media HCV 58,5%

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Figura I.3.18: Percentuale di utenti sottoposti al test e percentuale utenti positivi . Anno 2009



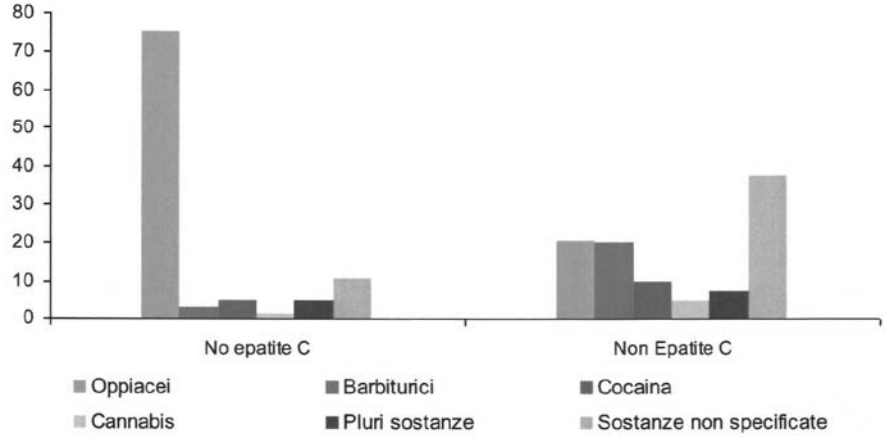
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Ricoveri ospedalieri droga correlati

Nel 2008 tra i ricoveri droga correlati le diagnosi (principale o concomitante) relative alla presenza di epatiti virali C sono pari a circa il 9% 2.277 ricoveri.

Tra i ricoveri con diagnosi di infezione da HCV sintomatica o meno, nel 2008 si osserva una percentuale più elevata di maschi (circa 76% contro 58%); inoltre si registra una percentuale più bassa di situazioni che presentano un'età inferiore ai 24 anni (3,4% contro 13%), rispetto ai casi non comorbili per tali patologie.

Figura I.3.19: Percentuale dei ricoveri droga correlati per condizione di malattia/positività per le epatiti virali C e tipo di sostanza assunta. Anno 2008



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Lo studio della sostanza d'uso effettuato in base alla condizione di positività alle epatiti virali C evidenzia tra i positivi, una quota più elevata di assuntori di oppiacei (circa 75% contro 20%), in forte analogia con gli andamenti osservati nei ricoveri droga correlati in comorbilità con le altre malattie infettive (Figura I.3.19.).

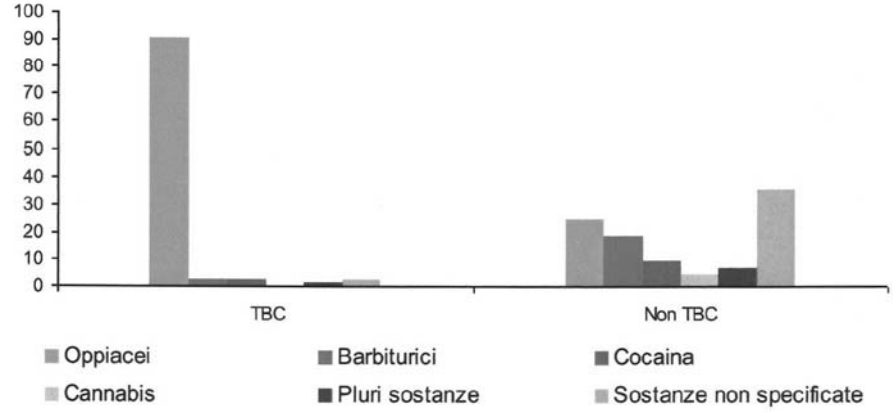
1.3.1.4. Diffusione di Tubercolosi

Presenza di ricoveri per TBC

Nel 2008 si rilevano diagnosi (principale o concomitante) relative alla presenza di tubercolosi, nel 3 per mille (pari a 75 ricoveri) del totale dei ricoveri correlati all'uso di droghe e psicofarmaci (3,2 per mille nel 2007 e 2,6 per mille nel 2006).
Nel 2008 si evidenzia nel gruppo con diagnosi di malattia tubercolare una presenza quasi esclusivamente maschile e sensibilmente più elevata rispetto al volume complessivo di ricoveri droga correlati (circa 93% contro 58%) e situazioni di età inferiore ai 50 anni (circa 92% contro 78%).
Si rileva inoltre che le sostanze d'uso (Figura I.3.20.) maggiormente rilevate nel gruppo in studio sono gli oppioidi (91% contro 25%).

I.3.20: Percentuale dei ricoveri droga correlati per condizione di malattia/positività per TBC e tipo di sostanza assunta. Anno 2008

Forte correlazione con uso di oppiacei



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

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

Mediante l'analisi delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO), è possibile definire un profilo conoscitivo delle caratteristiche dei ricoveri di pazienti assuntori di sostanze psicoattive, e di desumere quindi un profilo delle principali patologie droga correlate.
Come anticipato nel precedente paragrafo l'analisi della SDO è stata utilizzata anche per la descrizione delle malattie infettive rilevate nei ricoveri ospedalieri droga correlati.
L'archivio raccoglie dati anagrafici dei dimessi ospedalieri ed informazioni relative all'episodio di ricovero, quali diagnosi, procedure chirurgiche ed interventi diagnostico-terapeutici, codificati in base alla classificazione internazionale ICD-9-CM (versione 1997). In particolare sono state considerate le dimissioni da regime di ricovero ordinario e day hospital, che presentano diagnosi principale o secondarie droga correlate.
A tal fine sono state considerate le diagnosi corrispondenti alle seguenti categorie diagnostiche (codici ICD9-CM): Psicosi da droghe (292, 292.0-9), Dipendenza da droghe (304, 304.0-9), Abuso di droghe senza dipendenza (305, 305.2-9), Avvelenamento da oppiacei e narcotici correlati (965.0), Avvelenamenti da anestetici di superficie (topici) e da infiltrazione-cocaina (968.5,9), Avvelenamenti da sostanze psicotrope (969, 969.0-9), Avvelenamenti da sedativi e ipnotici (967, 967.0-6,8-9), Complicazioni della gravidanza dovute a tossicodipendenza (6483, 6483.0-4), Danni da droghe al feto o al neonato e sindrome da astinenza del neonato (7607.2-3,5, 779.4-5).

1.3.2.1. Ricoveri droga correlati

Nel triennio 2006-2008 i ricoveri sono stati sostanzialmente stabili poco meno di 13 milioni[2] annui (12.857.813 nel 2006, 12.342.537 nel 2007 e 12.112.389 nel 2008); le schede di dimissione ospedaliera che presentano diagnosi (principale o secondarie) relative all'utilizzo di sostanze psicoattive costituiscono circa il 2 per mille (26.359 nel 2006, 26.601 nel 2007 e 25.910 nel 2008) del collettivo nazionale (tale dato rimane sostanzialmente stabile nel corso dell'intero periodo di riferimento).

Riduzione del 2,6% dei i ricoveri droga-correlati

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

Caratteristiche	2007		2008		Δ %
	N	%	N	%	
Genere					
Maschi	15.317	57,5	15.028	58	-1,8
Femmine	11.284	42,5	10.882	42	-3,6
Totale	26.601	100	25.910	100	-2,6
Nazionalità					
Italiani	25.195	94,71	24.541	94,6	-2,6
Stranieri	1.386	5,21	1.379	5,3	-0,5
Età					
Età media maschi	38,2		38,5		0,8
Età media femmine	44,5		44,8		0,7
Età mediana maschi	37		38		2,7
Età mediana femmine	42		42		0,0

Età media dei ricoverati: 38,5 maschi 44,8 femmine

[2] *Fonte: rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero – dati SDO 2008 – Ministero della Salute*

Regime di ricovero					
Ordinario	24.316	91,4	23.616	91,5	-2,9
Day hospital	2.285	8,6	2.294	8,9	0,4
Tipo di ricovero					
Ordinario	24.316	91,4	23.616	91,5	-2,9
Day hospital	2.285	8,6	2.294	8,9	0,4
Tipo di ricovero					
Programmato non urgente	8.019	30,15	7.665	29,6	-4,4
Urgente	15.931	59,8	15.445	59,6	-3,1
Trattamento sanitario obbligatorio	645	2,4	688	2,6	6,7
Preospedalizzazione	75	0,3	68	0,2	-9,3
Altro	222	0,8	268	1,0	20,7
Modalità di dimissione					
Dimissione ordinaria a domicilio	20.870	78,4	20.554	79,3	-1,5
Dimissione volontaria	3.242	12,2	2.756	10,6	-15
Trasferimento ad altro istituto	1033	3,8	1.090	4,2	5,5
Decesso	206	0,7	192	0,7	-6,8
Altro	1250	4,7	1.317	5	5,4
Sostanza d'abuso					
Oppiacei	6.828	25,7	6.537	25,2	-4,3
Barbiturici	4.911	18,5	4.853	18,7	-1,2
Cocaina	2.311	8,7	2.408	9,3	4,2
Pluri sostanze	1.889	7,1	1.818	7	-3,8
Cannabinoidi	1.124	4,2	1.180	4,5	5
Antidepressivi	875	3,3	858	3,3	-1,9
Allucinogeni	204	0,8	173	0,6	-15,2
Amfetamine	126	0,5	108	0,4	-14,3
Sostanze non specificate	8.333	31,3	7.975	30,8	-4,3

Urgenza medica il motivo prevalente del ricovero

Alta percentuale di dimissioni volontarie

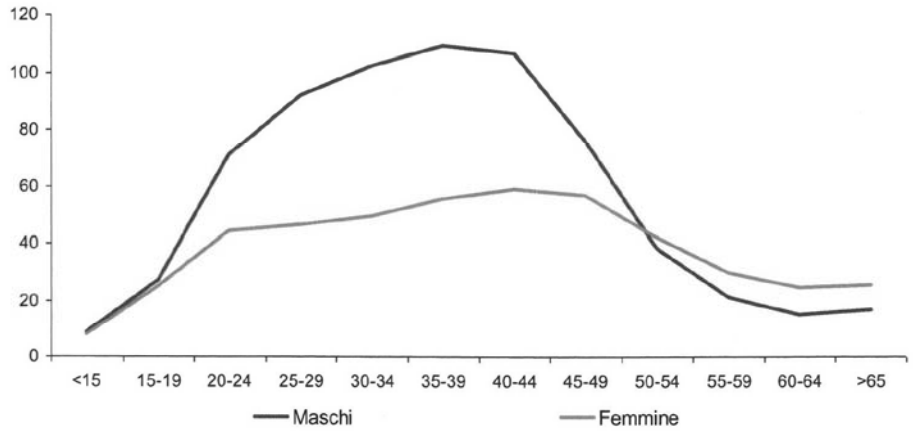
Presenza anche di ricoveri per uso di barbiturici e aumento dei ricoveri per uso di cocaina e cannabinoidi

Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Il 94,7% dei ricoveri droga correlati riguarda cittadini italiani, il 58% di genere maschile, di età media pari a 38,5 anni, più elevata per le donne, 45 anni rispetto ai maschi (38,5 anni). Se in luogo del valore medio si considera il valore di età mediano, più adatto a distribuzioni per età fortemente asimmetriche (Figura I.3.21), l'età mediana si riduce di due anni, passando da 44 a 42 anni per le femmine

Come evidenziato dalla Figura I.3.21, il ricorso all'assistenza ospedaliera riguarda in prevalenza il genere maschile nella fascia di età 15-49 anni con punte massime nella classe di età 35-39 anni, con 110 ricoveri ogni 100.000 residenti, a differenza delle donne che primeggiano nelle fasce di età 44-49 anni con 115 ricoveri ogni 100.000 residenti.

Figura I.3.21: Tasso di ospedalizzazione (ricoveri per 100.000 residenti) di ricoveri droga correlati per genere e classi di età. Anno 2008



Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

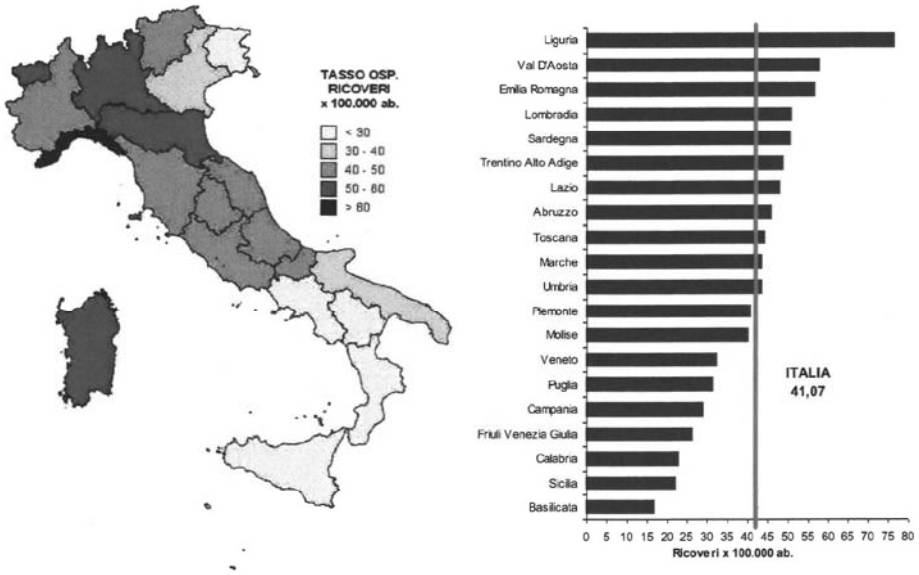
Ricoveri di soggetti con età avanzata e uso di barbiturici

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

Il 91% dei ricoveri è stato erogato in regime ordinario, con degenza media pari a 9,7 giornate, valore che si riduce a 6 giornate considerando il valore mediano, meno influenzato da degenze molto elevate, anche oltre 200 giorni, peraltro presenti solo raramente (5 ricoveri).
In quasi l'80% dei ricoveri, il paziente è stato dimesso a domicilio secondo il decorso ordinario del ricovero, il 11% è stato dimesso su richiesta volontaria del paziente, il 4,2% è stato trasferito ad altro istituto di cura per acuti e lo 0,74% (192) dei ricoveri hanno riguardato pazienti deceduti nel corso della degenza.
A livello regionale i ricoveri droga correlati rapportati alla popolazione residente evidenziano un elevato ricorso all'assistenza ospedaliera in alcune regioni del centro-nord ed isole. In particolare in Liguria si osserva il tasso di ospedalizzazione standardizzato[3] più elevato con 78 ricoveri ogni 100.000 residenti, seguito a distanza dalle regioni Sardegna, Emilia Romagna, Lazio, Abruzzo e Trentino Alto Adige, per le quali si registra un tasso di ospedalizzazione compreso tra 55 e 58 ricoveri per 100.000 residenti (Figura I.3.22).

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

Figura I.3.22: Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri x 100.000 residenti) per disturbi droga correlati per Regione. Anno 2008

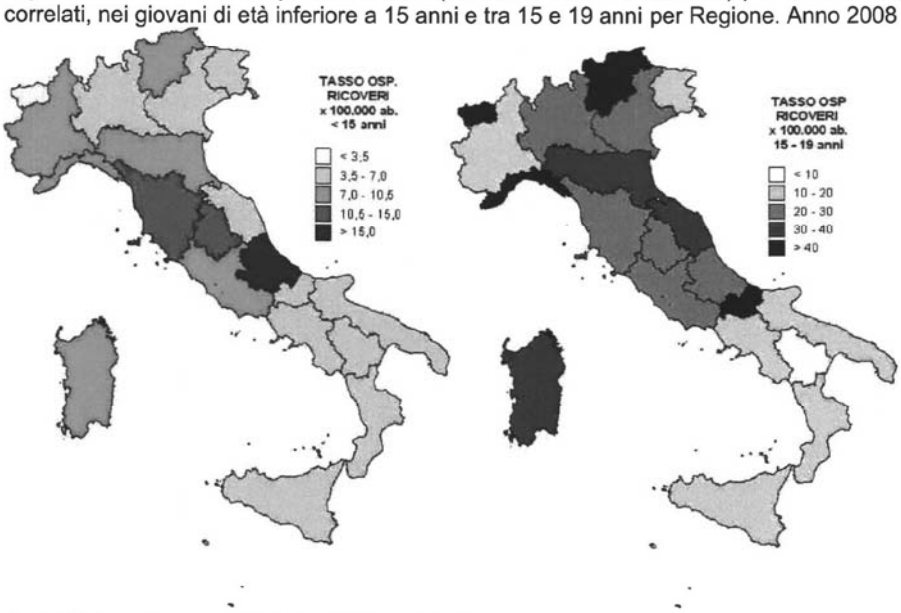


Regioni a maggior tasso di ospedalizzazione: Liguria, Val D'Aosta, Emilia Romagna, Lombardia e Sardegna

Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Particolare rilevanza assume l'analisi del ricorso all'assistenza ospedaliera da parte della popolazione più giovane; nel 2008 la regione che detiene il primato per il tasso di ospedalizzazione più elevato tra gli adolescenti di età inferiore a 15 anni è risultata l'Abruzzo, con oltre 18 ricoveri ogni 100.000 residenti di quella fascia di età. Segue la Toscana con circa 15 ricoveri per 100.000 abitanti e ad una certa distanza, e immediatamente dopo segue l'Umbria con 13 ricoveri (Figura I.3.22). Nella fascia di età 15-29 anni, i tassi ospedalieri più elevati sono 61 ricoveri ogni 100.000 residenti in Trentino Alto Adige, e oltre 56 ricoveri in Molise e Valle D'Aosta. A ridosso di queste regioni si affaccia la Liguria con un tasso pari a 50 ricoveri ogni 100.000 abitanti (Figura I.3.23).

Figura I.3.23: Tasso di ospedalizzazione (ricoveri x 100.000 residenti) per disturbi droga correlati, nei giovani di età inferiore a 15 anni e tra 15 e 19 anni per Regione. Anno 2008



Regioni a più alto tasso di ricovero delle fasce giovanili <15-19: Toscana, Abruzzo, Umbria, Toscana, Piemonte Emilia Romagna

Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

La presenza in diagnosi principale di disturbi legati a dipendenza da sostane psicotrope, abuso o avvelenamento, psicosi indotte da assunzione di droghe,

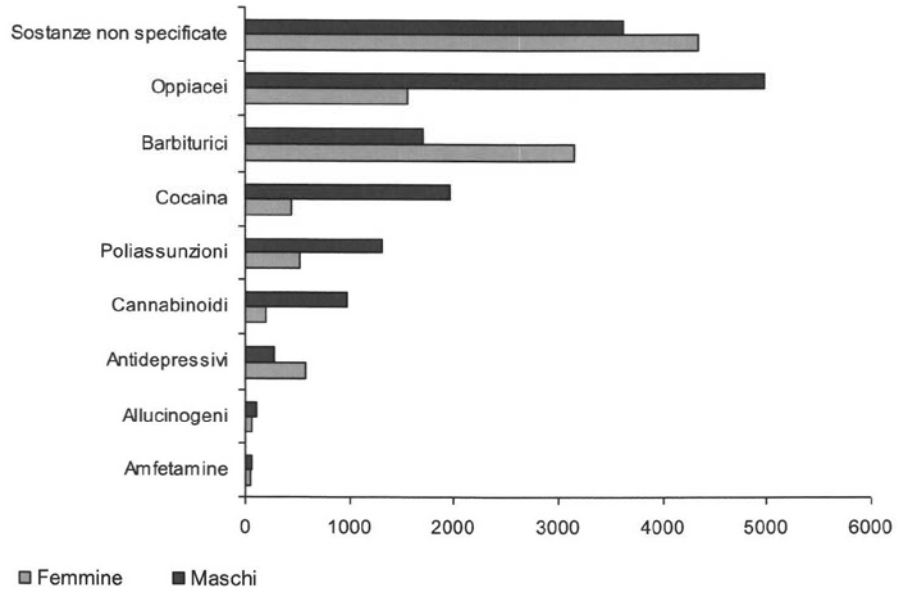
Disturbi psichici droga-correlati (nevrotici e della

tossicodipendenza in gravidanza o danni al feto indotte dall'assunzione di droghe da parte della madre, è stata indicata in 10.560 ricoveri pari al 41% del totale ricoveri droga-correlati del 2008. In particolare nell'87% dei ricoveri, in diagnosi principale o secondaria, sono stati indicati disturbi psichici, nella maggior parte dei casi disturbi nevrotici e della personalità indotti dall'uso di sostanze psicoattive. Nel 24% dei ricoveri è stata indicata una diagnosi della categoria dei traumatismi ed avvelenamenti da farmaci medicamenti e prodotti biologici.

personalità)

Figura I.3.24: Distribuzione percentuale dei ricoveri per sostanza d'abuso secondo il genere dei pazienti ricoverati. Anno 2008

Ancora alta la quota delle sostanze non specificate



Ricoveri anche per cannabis

Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

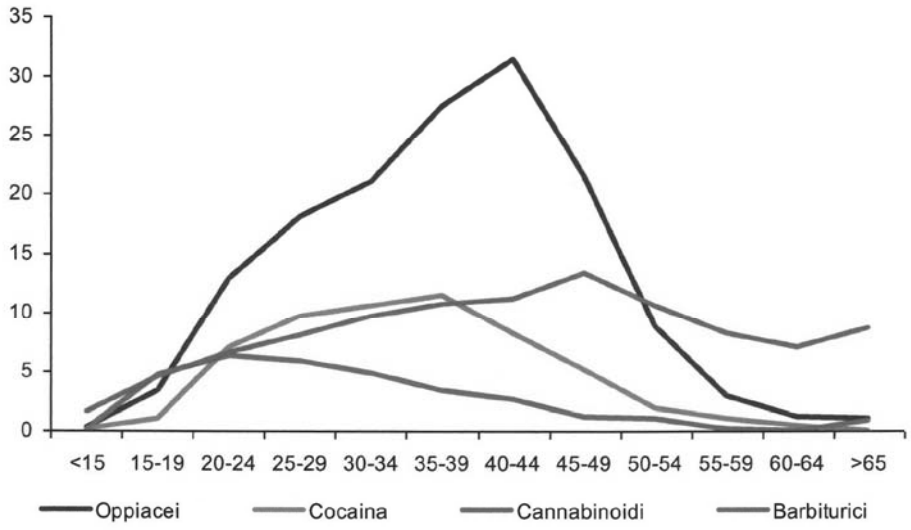
Con riferimento a 7.975 ricoveri droga correlati, pari al 31% del totale non è stata specificata la sostanza; per ulteriori 6.537 ricoveri (25%) è stata indicata in diagnosi principale o secondaria l'assunzione di oppiacei, nel 19% dei casi l'assunzione di barbiturici ed a seguire cocaina (9,3%), pluri sostanze (7%), cannabis (4,6%), antidepressivi (3,3%) ed in quantità trascurabili allucinogeni (0,6%) e amfetamine (0,4%) (Figura I.3.24).

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

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

Ulteriori aspetti rilevanti ed interessanti a conferma dei profili caratteristici del tipo di sostanza psicoattiva assunta, emergono dalla distribuzione per età del tasso di ospedalizzazione secondo le principali sostanze psicotrope

Figura I.3.25: Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri x 100.000 residenti) per disturbi droga correlati per patologia di sostanza. Anno 2008



Età più frequente nei ricoveri per : oppiacei 35-44 anni, psicofarmaci 45-49 anni, cocaina 30-39 anni, cannabis 20-24 anni

Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Il ricorso all'ospedalizzazione, se confrontato con le altre sostanze, è particolarmente frequente tra gli assuntori di oppiacei, in prevalenza tra i 35 e 44 anni, seguita dai consumatori di barbiturici, principalmente nelle fasce di età più anziane e in quella tra i 40 e 44 anni. Meno frequenti i ricoveri correlati all'uso di cocaina e cannabis che si verificano prevalentemente nella fascia di età adulta (30-39 anni) per i cocainomani e nella fascia di età giovane adulta (20-24 anni) per i consumatori di cannabis (Figura I.3.25). Rispetto al 2006, nell'ultimo biennio si osserva una riduzione dei ricoveri per assunzione di oppiacei e barbiturici (oppiacei 26,7 vs 25,2, barbiturici 18,8 vs 19,7), a fronte di un aumento della percentuale di ricoveri per uso di cocaina e poli sunzione (cocaina 7,8 vs 9,3, poliassunzione 6,0 vs 7,0).

I.3.2.2. Ricoveri droga correlati in commorbità con le malattie infettive..

Concentrando l'analisi sui ricoveri con diagnosi principale riferita alle malattie dei tossicodipendenti e in secondaria alle sostanze da loro assunte, si osserva che tra i pazienti con diagnosi principale le "malattie infettive", il 63% fa uso di oppiacei, seguito da altre droghe con il 20%. Per i pazienti con disturbi all'apparato digerente si registra un il 45% di consumo da oppiacei seguito, anche in questo caso, da assuntori di altre droghe con il 27%. Infine nei pazienti con disturbi psichici si osserva un 26% con uso di oppiacei, e un 18% con consumo di cocaina.

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

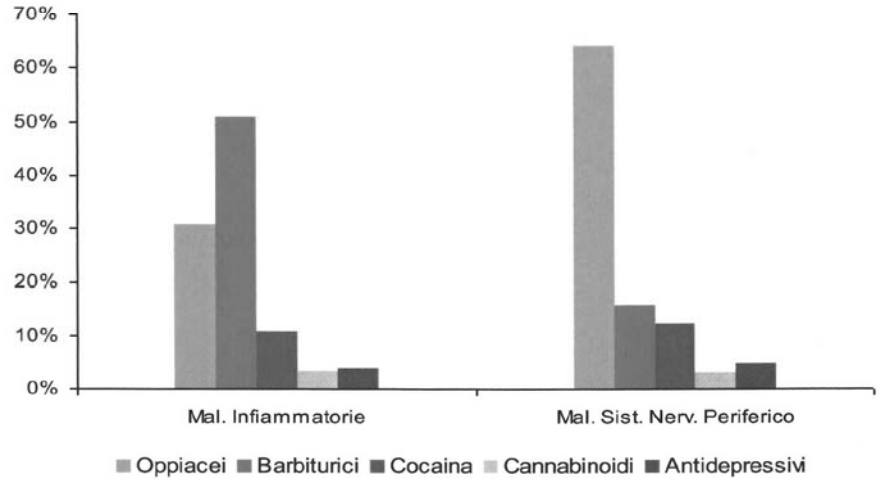
Nel triennio 2006 - 2008 la percentuale di ricoveri droga correlati, in cui sono stati indicati in diagnosi principale o secondaria, disturbi relativi al sistema nervoso centrale ed agli organi di senso, è rimasta la stessa per tutti e tre gli anni.

Stazionarietà dei ricoveri droga correlati con malattie del sistema nervoso

Maggiormente soggette a comorbilità con malattie del sistema nervoso sembrano essere le donne, alle quali si riferiscono il 66% dei ricoveri con tali caratteristiche. Circa 1.400 ricoveri, che rappresentano il 35% del totale droga correlati e comorbili con tale patologie, riguardano pazienti di età compresa tra 35 e 49 anni

ed un ulteriore 16% si riferiscono a pazienti ultra sessantacinquenni.
Un'analisi più approfondita relativa alle diverse tipologie di malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi diagnosticate tra i ricoveri correlati all'uso di sostanze psicotrope, evidenzia la preponderanza di sindromi infiammatorie (oltre il 85% del totale delle patologie del sistema nervoso); in Figura I.3.26 si riportano le distribuzioni percentuali delle diverse tipologie di malattie, effettuate in base alle sostanze riportate in diagnosi. Rispetto agli anni precendeti si osserva un aumento della percentuale di ricoveri correlati all'uso di cocaina.

Figura I.3.26: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per presenza concomitante di patologie del sistema nervoso centrale, secondo la sostanza d'abuso. Anno 2008



Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

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

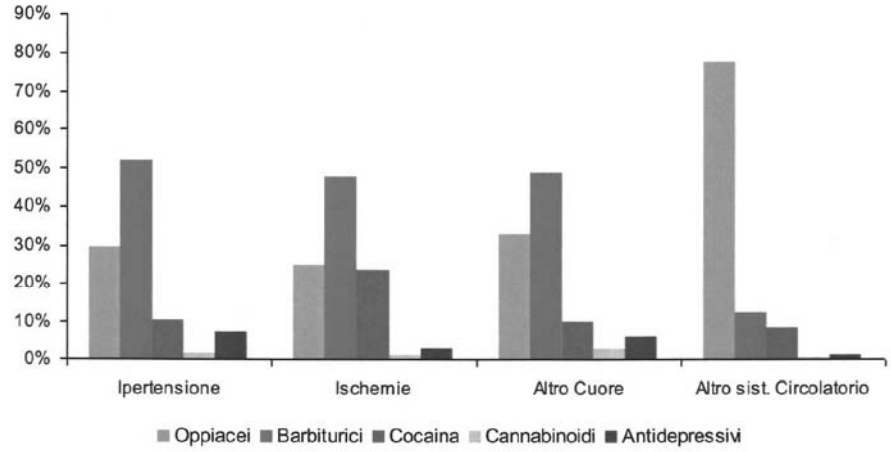
1.3.2.4. Ricoveri droga correlati in comorbilità con malattie del sistema circolatorio

Nel 2008 i ricoveri droga correlati comorbili con patologie del sistema circolatorio hanno colpito in egual misura entrambi i generi e in quasi la metà dei casi (42%), pazienti ultra sessantacinquenni; raramente, vengono colpiti soggetti di età giovane (5% fino a 30 anni).
Circa il 91% dei ricoveri droga correlati abbinati a malattie del sistema circolatorio risultano avvenuti in regime ordinario e il 60% è a carattere urgente.

Ricoveri droga correlati anche per ipertensione e ischemia

Le patologie più frequenti diagnosticate in sede di ricovero riguardano l'ipertensione arteriosa (46%), altre malattie del cuore (40%) e malattie ischemiche del cuore (12%).

Figura I.3.27: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per presenza concomitante di patologie del sistema circolatorio, secondo la sostanza d'abuso. Anno 2008



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Ischemia e cocaina

Le sindromi indicate in precedenza si manifestano in prevalenza in coloro che hanno abusato di barbiturici, sebbene le ischemie si riscontrino piuttosto frequentemente anche in pazienti cocainomani. Altri disturbi del sistema circolatorio si osservano quasi esclusivamente tra i consumatori di oppiacei. Nell'interpretazione delle prevalenze delle classi di patologie, va considerato che i pazienti che assumono barbiturici presentano di norma una maggior età. Pertanto, essi sono maggiormente esposti a patologie cardio-vascolari.

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

Nel 2008 i ricoveri droga correlati comorbili con situazioni di diagnosi principale o secondaria relative a malattie dell'apparato respiratorio, costituiscono l'8,1% (pari a 2.115 ricoveri) del totale dei ricoveri correlati all'uso di droghe e psicofarmaci.

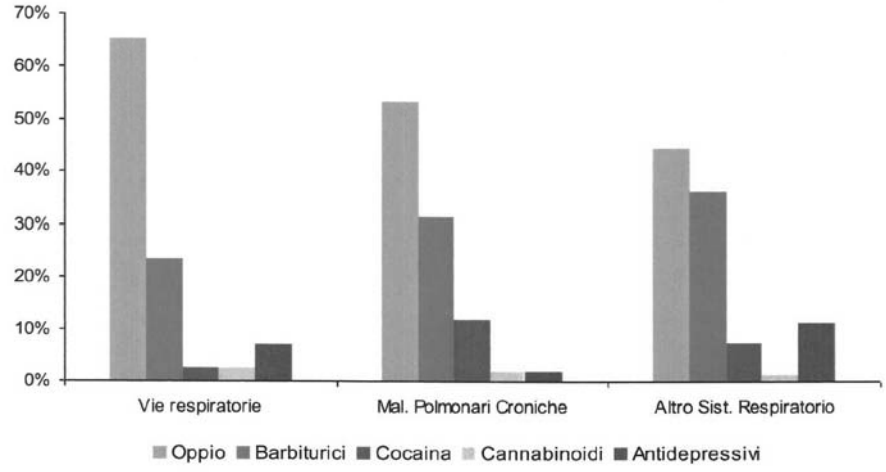
L'analisi del genere e dell'età evidenzia tra i comorbili la percentuale più elevata di maschi (65%) e di ultra 65enni: il 20%. Un ulteriore 53,1% di ricoveri si osserva per pazienti di età compresa tra 30 e 49 anni.

I ricoveri droga correlati abbinati a malattie dell'apparato respiratorio risultano erogati in regime ordinario nel 96% dei casi; e per il tipo di ricovero il 76% è a carattere urgente, a fronte di valori più contenuti osservati per i ricoveri non comorbili (91% regime ordinario e 60% carattere urgente).

Nel 44% dei ricoveri in comorbilità con patologie dell'apparato respiratorio non è stata indicata una diagnosi specifica e in un ulteriore 26% di ricoveri (544) è stata riscontrata una malattia polmonare cronica ostruttiva.

Un'analisi più approfondita effettuata in base alla sostanza d'uso, rilevata tra i ricoveri droga correlati, ed alla condizione di comorbilità con le malattie in studio, evidenzia tra i comorbili la quota più elevata di assuntori di oppiacei (39,6%), seguiti da abuso di barbiturici (20%) e altre droghe non specificate (19%).

Figura I.3.28: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per presenza di patologie dell'apparato respiratorio, secondo la sostanza d'abuso. Anno 2008



Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Malattie respiratorie e oppiacei

Le sindromi alle vie respiratorie colpiscono principalmente gli assuntori di oppiacei; meno marcate le differenze tra gli assuntori di oppiacei e chi abusa di barbiturici, tra coloro che lamentano disturbi polmonari cronici o altre patologie del sistema respiratorio (Figura I.3.28).

I.3.3 INCIDENTI STRADALI DROGA CORRELATI

Premesse

Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, un incidente stradale è "uno scontro che avviene su una strada pubblica, che coinvolge almeno un veicolo e che può avere conseguenze sulla salute di chi vi è coinvolto", da loro stime pubblicate nel 2009[4] ogni anno i deceduti sulle strade sono circa 1,3 milioni e le persone che subiscono incidenti non mortali sono tra i 20 e i 50 milioni.

Ci sono diversi fattori che possono contribuire al fenomeno degli incidenti stradali: il comportamento e lo stato psicofisico del conducente, le condizioni e la sicurezza dei mezzi di trasporto, la circolazione sulle strade e i pericoli legati al trasporto di prodotti pericolosi, tra quelli legati allo stato del conducente si possono classificare come di particolare rilievo l'Alcol che è il fattore più rilevante nel caso di incidenti stradali gravi o mortali, e le sostanze stupefacenti specialmente se accompagnate dal consumo dell'alcol stesso.

Dalla revisione della letteratura e dalle esperienze in atto a livello europeo e internazionale, si evidenzia che un livello di alcolemia compreso tra 0,2 e 0,5 grammi/litro alcolemici (limite massimo consentito per la guida in Italia) si accompagna a un rischio di incidente fatale 3 volte maggiore rispetto al livello di alcolemia zero (tra 0,5 e 0,8 il rischio è 6 volte superiore; tra 0,8 e 0,9 ben 11 volte maggiore)[5].

A fronte di simili evidenze l'Oms ribadisce che non esistono livelli sicuri di consumo di alcol alla guida e che sarebbe quindi da considerarsi un contesto "Alcool free".

L'informazione statistica sull'incidentalità è raccolta dall'Istat mediante una rilevazione totale a cadenza mensile di tutti gli incidenti stradali verificatisi nell'arco di un anno solare sull'intero territorio nazionale che hanno causato

[4] WHO "Global status report on road safety"

[5] Osservatorio nazionale alcol – Cnesps, ISS

lesioni alle persone (morti o feriti).
L'unità di rilevazione è il singolo incidente stradale. La rilevazione è riferita al momento in cui l'incidente si è verificato. È con riguardo a tale momento, quindi, che di ciascuna unità vengono considerati i caratteri e le modalità, le cause o le circostanze determinanti, le conseguenze per le persone e per le cose.
La rilevazione è il frutto di un'azione congiunta e complessa tra una molteplicità di Enti: l'Istat, l'Aci, il Ministero dell'interno, la Polizia stradale, i Carabinieri, la Polizia provinciale, la Polizia municipale, gli Uffici di statistica dei comuni capoluogo di provincia e gli Uffici di statistica di alcune province che hanno sottoscritto una convenzione con l'Istat finalizzata alla raccolta, al controllo, alla registrazione su supporto informatico e al successivo invio all'Istituto dei dati informatizzati.
La rilevazione avviene tramite la compilazione del modello Ctt/Inc da parte dall'autorità che è intervenuta sul luogo per ogni incidente in cui è coinvolto un veicolo in circolazione sulla rete stradale e che abbia comportato danni alle persone.
L'Unione Europea, nel libro Bianco del 13 settembre 2001, ha fissato l'obiettivo che prevede, entro il 2010, la riduzione del 50% della mortalità dovuta agli incidenti stradali.

Italia: riduzione del 33% della mortalità per incidente stradale generale dal 2000 al 2008

L'Italia, al 31 dicembre 2008, registra una diminuzione rispetto all'anno base (2000) del 33,0% (27,3% nel 2007) , è difficilmente ipotizzabile il perseguimento pieno dell'obiettivo ma il risultato ad oggi conseguito è comunque significativo .

I.3.3.1 Quadro generale

Quadro generale

In Italia, i dati riferiti dall'Osservatorio nazionale alcol in collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'Istituto Superiore di Sanità e il Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e prevenzione della salute, sono chiari; l'alcol è la causa degli incidenti stradali per una percentuale compresa tra il 30% ed il 50% ed è la prima causa di morte per i giovani di età compresa tra i 18 e i 24 anni.
L'analisi di seguito riportata si riferisce esclusivamente a dati consolidati e presenta un approfondimento del rapporto ACI-ISTAT pubblicato il 13 novembre 2009 e relativo ai dati dell'anno precedente, rispetto alle indicazioni fornite in precedenza il quadro appare sottostimato.
Nell'anno 2008 il numero degli incidenti causati da alcol o droga in almeno un conducente/pedone è pari a 6.763, rispettivamente 5.809 ed 954 pari a più del 3% degli incidenti totali (pari a 218.963).
Le persone complessivamente decedute 139, (122 per alcol e 17 per droga) , pari al 2,94% ed il numero di feriti è di 7.089 (6.260 per alcol e 829 per droga) pari al 2,28%.
Per quanto concerne la gravità degli incidenti, si nota che i tassi decessi e feriti droga correlati sono molto inferiori all'anno precedente, ciò potrebbe essere imputabile all'effetto dei provvedimenti legislativi posti in essere .
Il raffronto con l'anno 2007 (Tabella I.3.5) evidenzia che sia i tassi relativi al fenomeno droghe che quelli per alcol legati alla causalità di incidente sono in lieve aumento, quindi più incidenti causati da alcol e droga ma con meno conseguenze sulle persone.

Tabella I.3.5: Incidenti e cause – valori assoluti e percentuali

	2007			2008		
	Incidenti	**Deceduti**	**Feriti**	**Incidenti**	**Deceduti**	**Feriti**
Alcol	6.031	189	9.292	5.809	122	6.260
Droghe	873	48	1.424	954	17	832
Totale	**6.904**	**237**	**10.716**	**6.763**	**139**	**7.092**
Nessuna	223.967	4.894	315.134	212.210	4.592	303.647
Totale Gen.	**230.871**	**5.131**	**325.850**	**218.963**	**4.731**	**310.739**
Alcol	2,61%	3,68%	2,85%	2,65%	2,58%	2,01%
Droghe	0,38%	0,94%	0,44%	0,44%	0,36%	0,27%
Totale	**2,99%**	**4,62%**	**3,29%**	**3,09%**	**2,94%**	**2,28%**

Fonte: Elaborazione su dati Istat

Diminuzione della mortalità correlata ad incidenti stradali per alcol e droga dal 2007 al 2008

Tabella I.3.6: Incidenti e cause – scostamenti percentuali 2007-2008

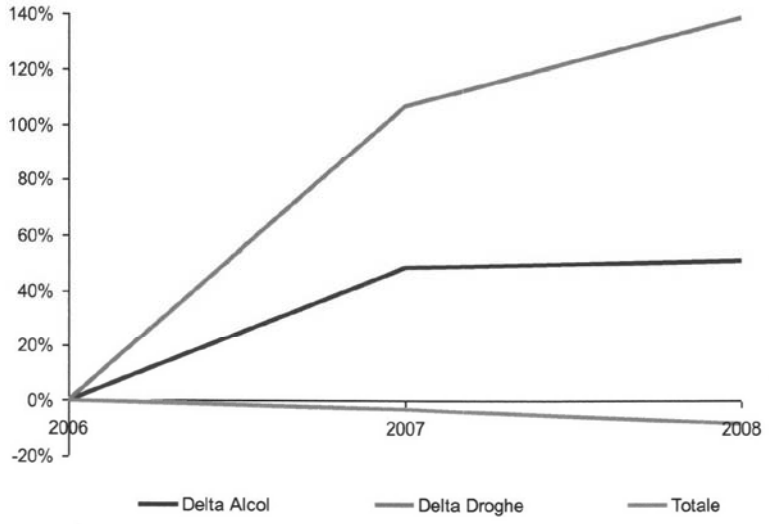
	2007		2008		Δ%	
	Deceduti	**Feriti**	**Deceduti**	**Feriti**	**Deceduti**	**Feriti**
Alcol	189	9.292	122	6.260	-35,4	-32,6
Droghe	48	1.424	17	832	-64,6	-41,6
Totale	**237**	**10.716**	**139**	**7.092**	**-41,4**	**-33,8**
Nessuna	4.894	315.134	4.592	303.647	-6,2	-3,6
Totale Gen.	**5.131**	**325.850**	**4.731**	**310.739**	**-15,6**	**-4,6**

Fonte: Elaborazione su dati Istat

Dalla tabella 1.3.6 è evidente che la diminuzione percentuale tra il 2007 ed il 2008, con causa alcol e droga correlata, è molto superiore rispetto alle altre cause, sia per i deceduti che per i feriti

E' interessante notare (Figura I.3.29) che le cause d'incidenti alcol e droga correlate hanno avuto dal 2006 (anno base) un'incidenza sempre maggiore rispetto all'andamento del numero di incidenti complessivi che registra una costante diminuzione.

Figura I.3.29: Andamento incidenza percentuale rispetto ad anno base dei soggetti coinvolti in incidenti stradali sotto l'effetto di alcol e droga - Italia - anni 2006-2008



Fonte: elaborazione su dati Istat

I.3.3.2. Caratteristiche degli incidenti

Caratteristiche: maggior prevalenza nel fine settimana e dalle 18 alle 3

I giorni maggiormente critici dovuti al concorso di alcol sono quelli del fine settimana (sabato 1.368 e domenica 1.486) e rappresentano poco meno della metà (49,16%) del totale, dato in flessione rispetto al 2007 (50,42%).
La fascia oraria nella quale si rileva il maggior numero di incidenti è quella tra la mezzanotte e le 03:00 (con picco nella prima ora pari a 530 incidenti), una disanima della fascia oraria notturna, dalle ore 22:00 alle ore 6:00, evidenzia 2.755 incidenti pari al 47,43% del totale nell'arco delle 24 ore.
Gli incidenti durante le notti del weekend, il venerdì (751) e sabato (833), rappresentano il 57,50% della fascia notturna, lo stesso dato può essere paragonato al 44%, riportato nel rapporto ACI-ISTAT che riporta il dato globale senza distinzione di causa.

Tabella I.3.7: Incidenti con il concorso dell'alcol secondo l'ora del giorno ed il giorno della settimana - Totale Italia - anno 2008

Ora	Lun.	Mart.	Merc.	Giov.	Ven.	Sab.	Dom.	Totale
00-02	133	82	91	132	171	342	408	**1359**
03-05	35	41	32	61	60	253	337	**819**
06-08	18	20	20	20	24	56	100	**258**
09-11	21	18	13	21	18	31	46	**170**
12-14	37	47	46	39	55	65	50	**339**
15-17	91	90	92	92	100	147	140	**752**
18-20	109	135	116	143	162	247	235	**1141**
21-23	98	84	99	109	158	226	165	**941**
Imprecis.	3	5	3	4	5	7	5	**32**
Totale	**545**	**522**	**512**	**623**	**753**	**1.368**	**1.486**	**5.809**

Fonte: Elaborazione su dati Istat

Il fine settimana rappresenta il periodo più critico anche nel caso di incidenti con il concorso delle droghe (36,89% sul totale incidenti droga correlati settimanali), confermando quanto già evidenziato nel caso dell'alcol anche al riguardo la tendenza alla flessione del fenomeno (circa 3 punti percentuali in meno)
Rispetto alla fascia oraria la maggior intensità di incidenti nei quali è stata accertata l'assunzione di sostanze stupefacenti è quella pomeridiana e della prima serale, in particolare dalle 18:00 alle 21:00 .
Nella fascia notturna si rilevano quasi il 30% degli incidenti con il concorso delle droghe e di questi il 50,9% tra le notti del venerdì e del sabato confermando i dati dell'anno precedente.

I.3.3.4 Costi sociali degli incidenti stradali alcool e droga correlati

In Italia la stima[6] dei costi sociali degli incidenti stradali alcol e droga correlati per l'anno 2008 è pari a circa 861 milioni di euro, quasi il 18% in meno rispetto al 2007.
Nella tabella 4 si evince che l'86,69% dei costi è imputabile all'alcol (84,83% nel 2007) e che le voci predominanti sono quelle legate ai costi materiali (comprende i danni materiali ed i costi amministrativi quali quelli per rilievo incidenti stradali,giudiziari e per assicurazioni Rca) ed alla mancata produzione (la perdita di produttività presente e futura dovuta ad incidenti stradali).

Tabella I.3.11: Calcolo dei costi sociali (in milioni di €) per incidenti stradali alcol e droga correlati – Italia – anno 2008

Costi sociali incidenti alcol e droga correlati: oltre 800 milioni di euro ma il 18% in meno rispetto al 2007

Valori in milioni di €	Totale Italia	Alcol	Droga	Totale Alcol Droga
Mancata produzione	9.768	€ 218,51	€ 29,87	**€ 248,38**
Costi umani	4.423	€ 103,88	€ 14,31	**€ 118,18**
Costi sanitari	621	€ 16,46	€ 2,73	**€ 19,19**
Costi materiali	15.393	€ 407,91	€ 67,73	**€ 475,64**
Totale	**30.205**	**€ 746,76**	**€ 114,64**	**€ 861,40**

Fonte: Elaborazione su dati Istat ed Ania

I.3.4. MORTALITÀ ACUTA DROGA CORRELATA

Così come indicato dell'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (OEDT) di Lisbona, a proposito della mortalità nei consumatori di droga, nel presente paragrafo si analizzeranno esclusivamente i decessi per overdose, mentre nel successivo verranno descritti i decessi di pazienti ricoverati nelle strutture ospedaliere per patologie droga correlate.
Gli episodi di overdose sono raccolti nel nostro paese dal Registro Speciale (RS) di mortalità della DCSA (Direzione Centrale per i Servizi Antidroga) del Ministero dell'Interno, che rileva tali episodi su base indiziaria (segni inequivocabili di intossicazione da sostanze psicoattive) in cui siano state interessate le Forze di Polizia.
In base ai dati forniti dalla DCSA, dal 1999, in cui si sono registrati 1.002 casi, si è assistito ad un decremento del fenomeno fino al 2003 raggiungendo 517 decessi annui; dal 2004 si osserva una sostanziale stabilità, sebbene con una discreta variabilità, tra i 484 e 653 decessi, con valore minimo registrato nel 2009 (Figura I.3.32). Andamenti sostanzialmente simili per genere con rapporto maschi/femmine deceduti pari all'incirca a 10 maschi ogni donna (9,7); tale quoziente varia tra 7,2 nel 2003 (in cui il 12,2% dei deceduti era costituito da donne) e 11,8 nel 2004-2005 (in cui le donne hanno rappresentato il 7,8% dei decessi).

Trend in decremento dei decessi droga correlati

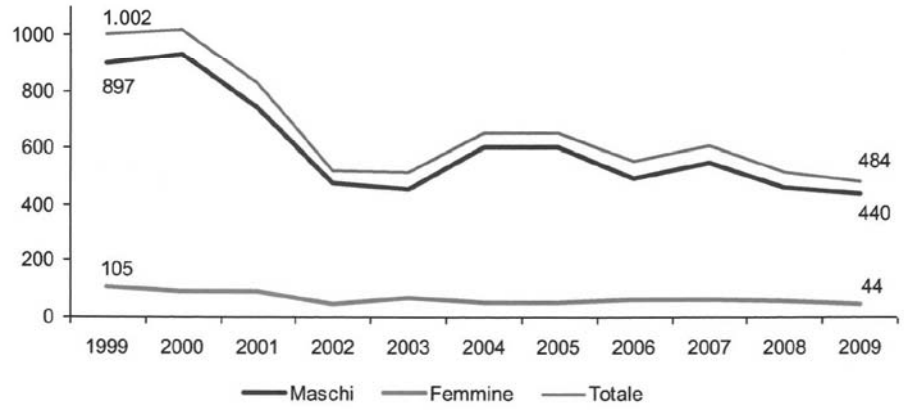
[6] La stima è stata effettuata partendo dai costi riportati nel Rapporto ACI-ISTAT e moltiplicandolo per i tassi riportati in tabella 1 , specificatamente per il tasso dei deceduti alle sottovoci "mancata produzione deceduti" e "danno morale ai superstiti delle persone", per il tasso dei feriti alle sottovoci "mancata produzione infortunati" e "danno biologico" e per il tasso di incidentalità per le voci "costi sanitari" e costi materiali.

Tabella I.3.12: Decessi per overdose, secondo il genere e l'anno di decesso. Anni 1999 – 2009

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
M	897	931	737	478	454	602	602	492	546	462	440
F	105	85	88	42	63	51	51	59	60	55	44
Totale	1002	1016	825	520	517	653	653	551	606	517	484

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

Figura I.3.32: Trend dei decessi per overdose, secondo il genere e l'anno di decesso. Anni 1999 – 2009



Continua la diminuzione dei decessi

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

I decessi correlati al consumo di stupefacenti in Europa e in Italia hanno subito un'impennata negli anni ottanta e primi anni novanta; in Italia soprattutto in associazione all'aumento del consumo di eroina e dell'assunzione di sostanze per via parenterale. Dal 1997 il trend della mortalità segue un andamento progressivamente decrescente in Italia fino al 2002, con molta probabilità conseguente all'aumento negli ultimi anni delle strutture che forniscono servizi terapeutici ed alla diversificazione delle scelte delle sostanze stupefacenti da parte dei consumatori, per stabilizzarsi a valori lievemente superiori nel triennio successivo, contrariamente all'andamento medio europeo che si stabilizza a valori più elevati. Nel 2006 si osserva una nuova riduzione del fenomeno, sia in Europa che nel nostro Paese, ritornando sostanzialmente sui valori osservati nel 2002 (Figura I.3.33).

Figura I.3.33: Trend indicizzato dei decessi per intossicazione acuta di stupefacenti in Europa e in Italia. Anni 1985 – 2006 (Anno base 1985=100)

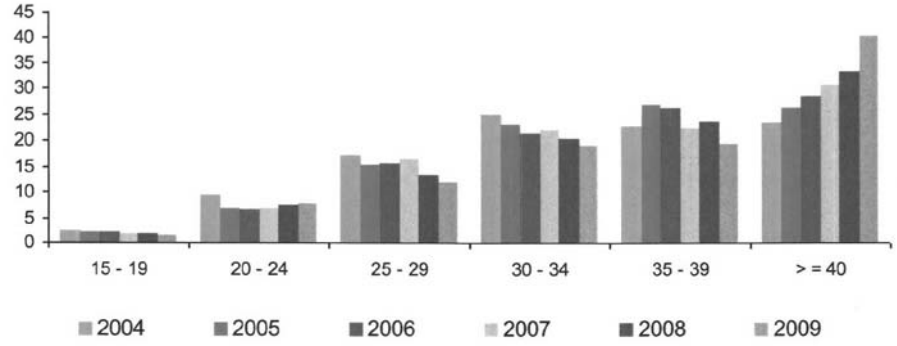
Maggior decremento in Italia rispetto al trend europeo

Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno - DCSA e Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze - Bollettino Statistico 2009

Aumento dell'età media del decesso

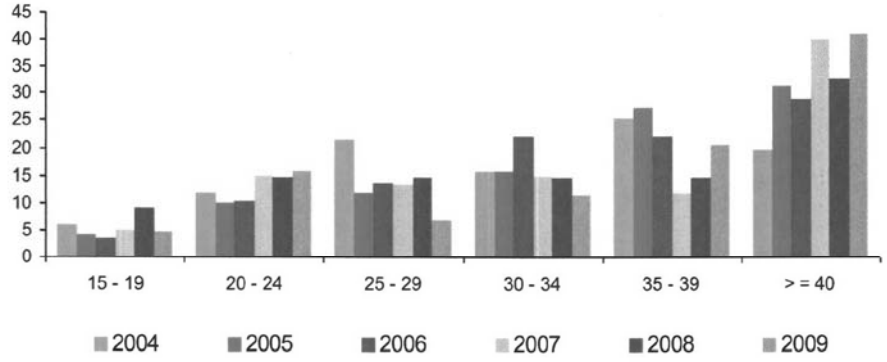
Nell'ultimo decennio l'età al decesso è progressivamente aumentata: l'età media passa dai 32 anni circa del 1999 ai 35 del 2009; se all'inizio del periodo considerato circa il 31% dei decessi era costituito da persone con più di 35 anni, nel 2009 tale quota supera il 60%. Caratteristiche differenti si riscontrano dall'analisi del trend dei decessi secondo il genere; per entrambi la mortalità segue un andamento crescente per la classe di età degli over 40, con maggiore variabilità tra le donne; in compenso si osserva una progressiva riduzione dei decessi nella fascia di età 30-34 sia per i maschi che per le femmine.

Figura I.3.34: Distribuzione percentuale dei decessi per overdose nei maschi per fascia di età. Anni 2004 - 2009



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

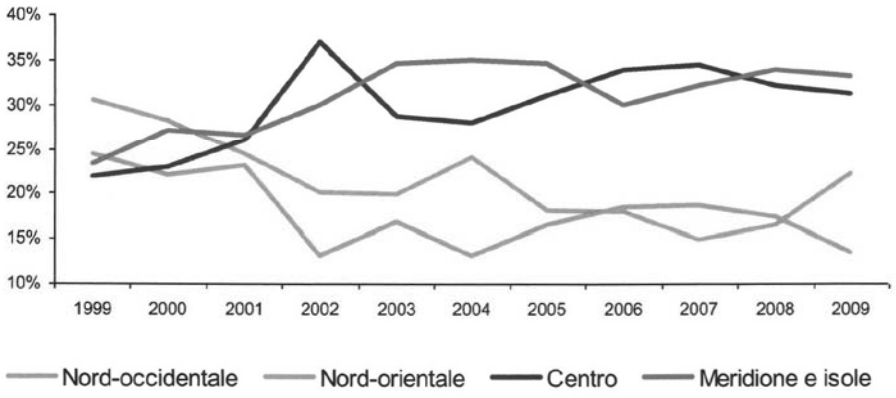
Figura I.3.35: Distribuzione percentuale dei decessi per overdose nelle femmine per fascia di età. Anni 2004 - 2009



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

Di particolare interesse risultano le indicazioni che emergono dall'analisi approfondita della fascia di età più giovane (fino a 19 anni): sostanziale stazionarietà della proporzione delle morti per intossicazione acuta per i maschi, con lieve tendenza alla diminuzione; per quanto riguarda le femmine, invece, la percentuale di decessi, oltre ad evidenziare valori più elevati rispetto ai maschi, nel 2009 si osservano valori in linea con i dati precedenti al 2008, anno in cui si è registrato un picco dell'11,5%) (Figura I.3.35).

Figura I.3.36: Distribuzione percentuale dei decessi per overdose per area geografica. Anni 1999 - 2009



% maggiore di decessiin meridione/isole e centro

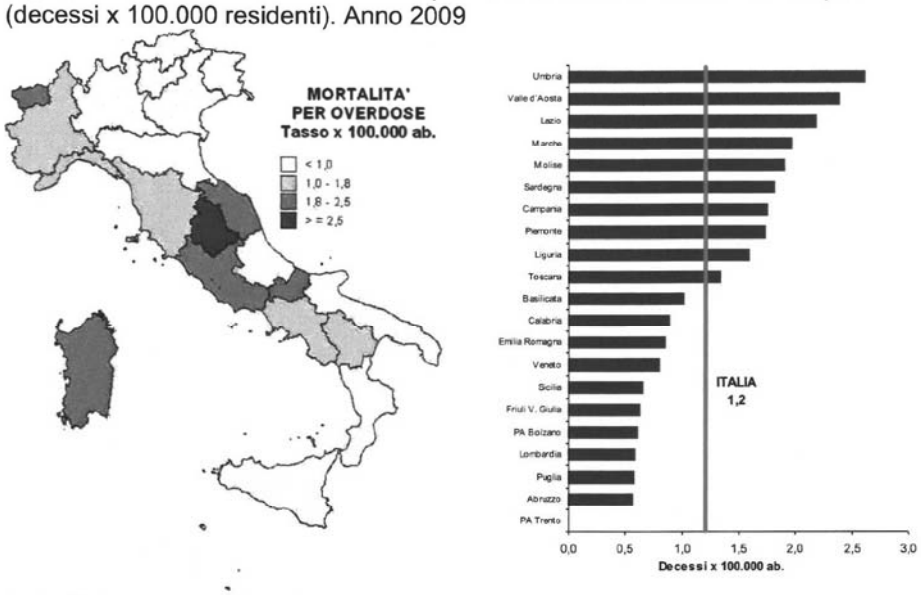
Trend geograficamente differenziati:
- aumento al nord occidentale
- diminuzione al nord orientale, centro, meridione e isole

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

L'andamento della mortalità per intossicazione acuta a livello territoriale nell'ultimo decennio, evidenzia un'evoluzione del fenomeno nel primo quinquennio, in cui da una situazione di prevalente diffusione nell'Italia settentrionale, si passa ad un profilo di predominanza nell'area centro-meridionale del Paese, che si mantiene con una discreta variabilità anche nel periodo successivo (Figura I.3.36).

Anche nel 2009, l'Umbria risulta essere la Regione maggiormente colpita dai decessi per overdose; tuttavia mentre nel 2008 si registravano più di 4 decessi ogni 100.000 residenti, nel 2009 il tasso di mortalità per intossicazione acuta da stupefacenti è sceso a 2,6, seguita dalla Valle d'Aosta e dal Lazio (Figura I.3.37). Gli unici due casi registrati nel Trentino Alto Adige, sono localizzati all'interno della Provincia Autonoma di Bolzano.

Figura I.3.37: Tasso di mortalità per intossicazione acuta da stupefacenti (decessi x 100.000 residenti). Anno 2009



Le regioni più colpite: Umbria, Valle d'Aosta, Lazio, Marche, Molise

Le regioni meno colpite: PA Trento, Abruzzo, Puglia, Lombardia

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

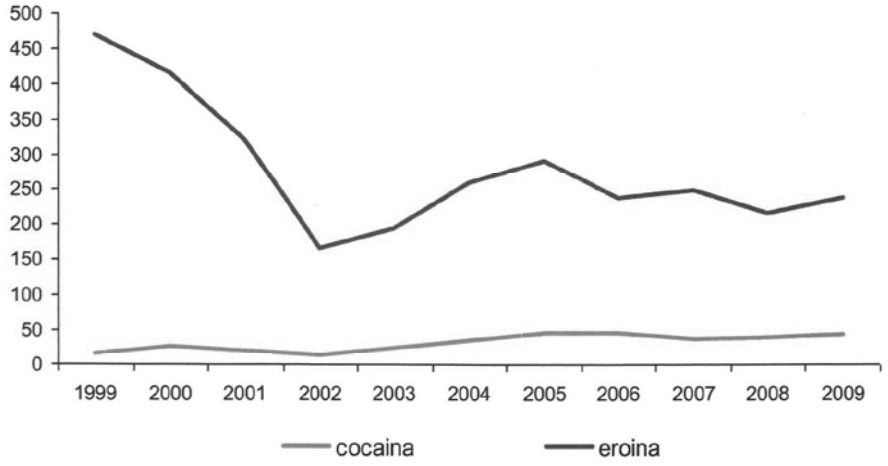
Per circa il 40% dei decessi registrati nel 2009 non è stato possibile rilevare la sostanza presunta che ha determinato il decesso (si ricorda che non ci si basa su indagini tossicologiche ma su meri elementi circostanziali); nel 49% dei casi il decesso è stato ricondotto, con ragionevole sicurezza, all'eroina, nel 9% alla

Eroina prima sostanza responsabile

cocaina e nel 2% al metadone. L'eroina si conferma quindi lo stupefacente che causa il maggior numero di decessi e di tossicodipendenze. L'età media dei decessi per eroina è mediamente pari a 37 anni, in aumento rispetto al 2008, in cui era pari a 36 anni. Dal 1999, in cui si sono registrati 470 morti attribuite ad intossicazione da eroina, si è assistito ad un decremento del fenomeno fino al 2002 raggiungendo 165 decessi; dal 2004 al 2009 (ad eccezione di un picco nel 2005) si osserva una progressiva tendenza alla stabilità, tra i 200 e i 250 casi l'anno. La quota di morti attribuite ad intossicazione da cocaina, invece, è in lento ma graduale aumento (Figura I.3.38).

Trend in lieve aumento di overdose per la cocaina

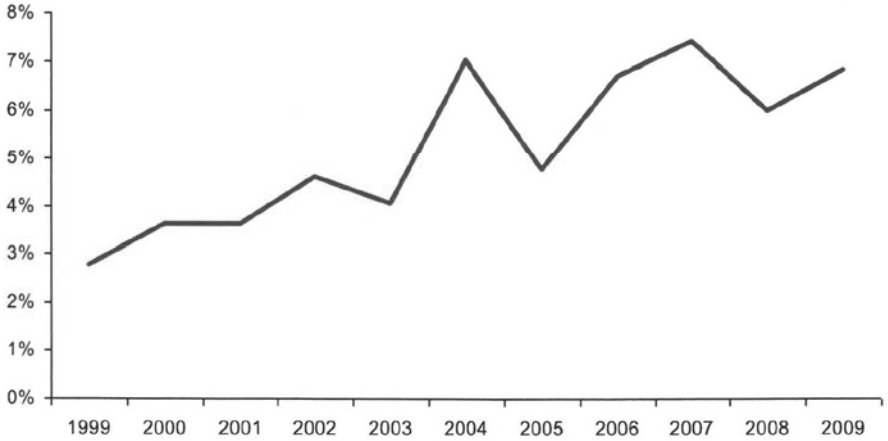
Figura I.3.38: Trend dei decessi attribuiti ad intossicazione da eroina e da cocaina. Anni 1999 – 2009



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

La quota di stranieri deceduti nel nostro Paese (Figura I.3.39) nell'ultimo decennio evidenzia un andamento irregolarmente crescente; al di sotto del 3% ad inizio periodo, cresce per toccare quota 7% nel 2004, nel 2007 e poi nuovamente nel 2009.

Figura I.3.39: Distribuzione percentuale dei decessi per overdose nella popolazione straniera. Anni 1999 - 2009



Aumento % delle overdose nella popolazione straniera

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

I.3.5. MORTALITÀ TRA I CONSUMATORI DI DROGA

L'intossicazione acuta da una e più sostanze psicoattive rappresenta la causa più frequente di decesso tra gli assuntori di droghe, tuttavia il fenomeno della

Ancora difficoltosa la ricostruzione delle varie cause di

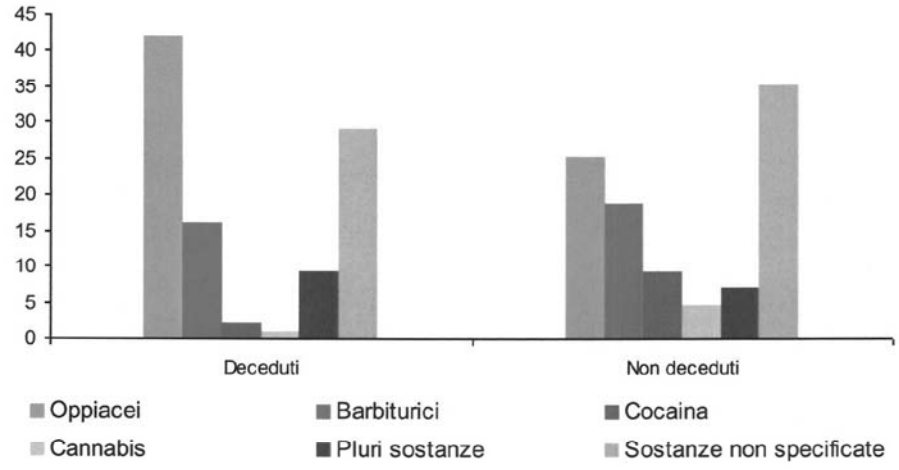
morte droga correlate

mortalità si estende anche ad altre cause, meno immediatamente "attribuibili" all'effetto diretto della stessa sostanza (mortalità da incidenti cardiovascolari e epatotopie) o i decessi indirettamente correlati all'uso di droghe (es. incidenti, patologie direttamente connesse ma diverse dall'intossicazione acuta).

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

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

Figura I.3.40: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati con esito di decesso e non, secondo la sostanza d'abuso. Anno 2008



Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Nel 2008 i decessi di pazienti ricoverati per patologie comorbili all'uso di sostanze stupefacenti sono stati 192, pari allo 0,7% del totale ricoveri droga correlati, senza variazione nell'ultimo triennio. Tra le diagnosi principali indicate con maggior frequenza, si rileva l'insufficienza respiratoria (9,4%) seguita da l'infezione da HIV (7,3% dei decessi); si osserva, inoltre, una percentuale più elevata di maschi (circa 64% contro 58%) rispetto al volume complessivo di ricoveri droga correlati, proporzione in diminuzione nell'ultimo triennio (71% nel 2006, 67% nel 2007, 64% nel 2008). L'analisi del regime e tipologia di ricovero evidenzia inoltre, tra i ricoveri droga correlati con esito infausto, una percentuale più elevata di ricoveri a carattere urgente (circa il 90% contro 60% totale ricoveri droga correlati), e il 42% ultra cinquantenni a fronte del 22% osservato per l'intero contingente di ricoveri.

Nei ricoveri esitati in decesso nel corso del triennio si è verificato che i pazienti assuntori di oppiacei sono aumentati (37% nel 2006, 40% nel 2007 e 42% nel 2008), lo stesso discorso vale per i pazienti assuntori di barbiturici (10% nel 2006, 12% nel 2007 e 16% nel 2008) e per i poliassuntori (7% nel 2006, 6% nel 2007 e 9% nel 2009), mentre sono diminuiti i pazienti assuntori di consumo di cocaina 4% nel 2007 e 2% nel 2008) e altre droghe (31,6% nel 2006, 28% nel 2007 e 23% nel 2008).

PAGINA BIANCA

CAPITOLO I.4.

IMPLICAZIONI SOCIALI

I.4.1. Esclusione sociale

I.4.2. Criminalità droga correlata

I.4.2.1. Adulti tossicodipendenti ristretti in carcere

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

I.4. IMPLICAZIONI SOCIALI

Premesse

Il presente capitolo è dedicato alle conseguenze sociali e giudiziarie legate al consumo abitudinario di sostanze illecite in soggetti particolarmente vulnerabili. Nel dettaglio vengono analizzati i profili dei soggetti emarginati, attraverso le informazioni raccolte mediante uno studio multicentrico su 47.701 soggetti in carico presso i servizi per le tossicodipendenze nel 2009 eseguito dal Dipartimento Politiche Antidroga, e le caratteristiche dei soggetti assuntori di sostanze e ristretti in carcere nel 2009.

Fonti informative

I flussi informativi oggetto di debito nei confronti dell'Osservatorio Europeo per le Tossicodipendenze (OEDT), nell'ambito del monitoraggio dell'indicatore chiave relativo alla domanda di trattamento, prevede la rilevazione di alcune informazioni riguardanti la condizione abitativa, nella fattispecie il nucleo familiare in cui il tossicodipendente vive quotidianamente e la tipologia di dimora. Queste informazioni vengono rilevate dai Servizi per le Tossicodipendenze costituendo parte del nucleo di dati che caratterizzano il flusso informativo individuale per ciascun utente in trattamento (flusso SIND).

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

I.4.1. Esclusione sociale

I.4.1.1. Condizione lavorativa

Il 70% degli utenti Ser.T. risulta variamente occupato; il 30% è disoccupato

L'analisi delle caratteristiche del campione di individui all'interno dello Studio Multicentrico DPA sui Ser.T. permette di tracciare il profilo dei soggetti in carico ai servizi per uso di sostanze psicotrope relativamente alla condizione lavorativa. Si osserva che nel campione in esame quasi un terzo dell'utenza complessiva (30%) è disoccupato mentre il 70% svolge attività lavorativa di vario tipo e in varie modalità (occasionale, continuativa, etc).

Maggiore disoccupazione nelle femmine

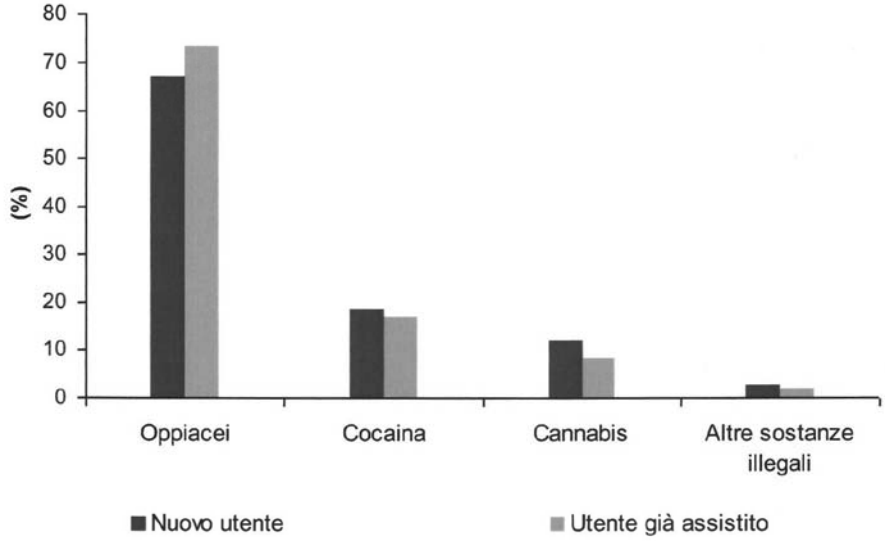
La condizione occupazionale appare più critica tra le utenti femmine con il 35% di disoccupate, contro una quota del 29% rilevata nel collettivo maschile.

Seppur lieve, una differente gravità della problematica occupazionale si osserva anche distinguendo l'utenza in base alla presenza nel servizio, con un indice di disoccupazione maggiore tra gli utenti in carico rispetto ai nuovi (rispettivamente 30,1% e 27,6%).

Per quanto riguarda la sostanza di abuso definita "primaria", si rileva la stessa percentuale di utilizzatori di oppiacei sia in coloro che sono disoccupati sia nel collettivo totale (73%), e una percentuale lievemente minore in coloro che sono disoccupati e assumono cocaina rispetto al gruppo in esame (16,9% vs 17,1%). Per quanto riguarda la cannabis si rileva invece una percentuale minore nel campione totale rispetto a coloro che invece sono senza una occupazione (8% vs 8,4%).

All'interno di questo gruppo di utenti si può notare una grossa differenza tra gli utilizzatori di oppioidi divisi per tipologia, infatti tra quelli già in carico è 73,3%, mentre per i nuovi è 66,9%.

Figura I.4.1: Distribuzione percentuale degli utenti disoccupati secondo la sostanza di assunzione e il tipo di contatto con il servizio - Anno 2009



Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2009 su dati Ser.T.

Per quanto riguarda la via di assunzione sia nel collettivo che nei soggetti nuovi o già in assistenza si riscontra una maggiore percentuale di utenti che utilizzano la via iniettiva; un valore superiore si osserva negli utenti già in assistenza rispetto ai nuovi (49,8% vs 48,3%), e comunque sia sempre in linea con quanto emerso nell'analisi dell'utenza generale.
Per quanto riguarda i trattamenti, si rileva che il 28,5% dei soggetti disoccupati riceve trattamenti non farmacologicamente assistiti, mentre solo il 2,6% segue terapie farmacologiche.

I.4.1.2. Assenza di fissa dimora

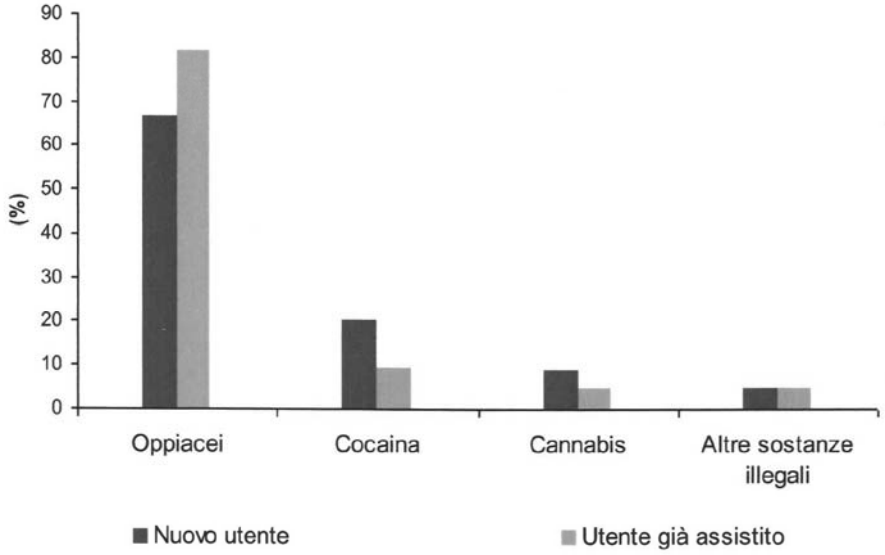
Il 4,9% degli utenti Ser.T. è senza fissa dimora

In base allo Studio Multicentrico DPA condotto nel 2010 su dati Ser.T. 2009 sui Ser.T. è possibile individuare le caratteristiche di un contingente di soggetti in carico ai servizi senza fissa dimora (4,9%).
I dati dello studio mostrano una proporzione maggiore di maschi rispetto alle femmine (85,1% contro 14,4%), e di una elevata maggioranza di utenti già in carico rispetto ai nuovi (95,4% contro 4,6%).

In percentuale maggiore sono utilizzatore di oppiacei

Tra gli utenti senza fissa dimora si rileva una elevata percentuale di utilizzatori di oppiacei pari al 75,3% contro il 15,9% di utilizzatori di cocaina e 7,1% di soggetti senza fissa dimora che consumano cannabis.
Disaggregando queste informazioni rispetto alla tipologia di utenti, si vede che la richiesta di trattamento da parte degli utilizzatori di oppiacei è inferiore tra i nuovi utenti rispetto ai già in carico (66,7% contro l'81,8%), viceversa quella di cocaina (20% contro 29%).

Figura I.4.2: Distribuzione percentuale degli utenti senza fissa dimora secondo la sostanza di assunzione e il tipo di contatto con il servizio - Anno 2009



Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2009 su dati Ser.T.

Per quanto riguarda la via di assunzione, nei soggetti senza fissa dimora si riscontra una maggiore percentuale di utenti che utilizzano la via iniettiva (55,5%); tale percentuale diminuisce se si considerano i soggetti nuovi (50%), mentre rimane in linea con quanto emerso nel collettivo se si considerano i soggetti già in assistenza (55,8%).

I.4.2. Criminalità droga-correlata

Nella seguente sezione viene presentata l'analisi delle caratteristiche dei soggetti assuntori di sostanze illecite, transitati nei servizi della giustizia nel corso del 2009, in seguito a crimini commessi in violazione della legge sugli stupefacenti, per reati contro la persona, contro il patrimonio o altri reati. L'analisi è stata condotta distintamente per la popolazione adulta e quella minorenne, in relazione alle differenti strutture dipartimentali competenti del Ministero della Giustizia.

Soggetti carcerati e condizione di tossicodipendenza

Obiettivo principale dello studio dei soggetti ristretti in carcere è l'individuazione del contingente di soggetti per i quali sussiste la condizione di dipendenza da sostanze stupefacenti, condizione che connota il bisogno di assistenza e cura del soggetto, quindi l'applicazione dell'art. 94 (affidato in prova) del DPR 309/90.

Alcune importanti specifiche

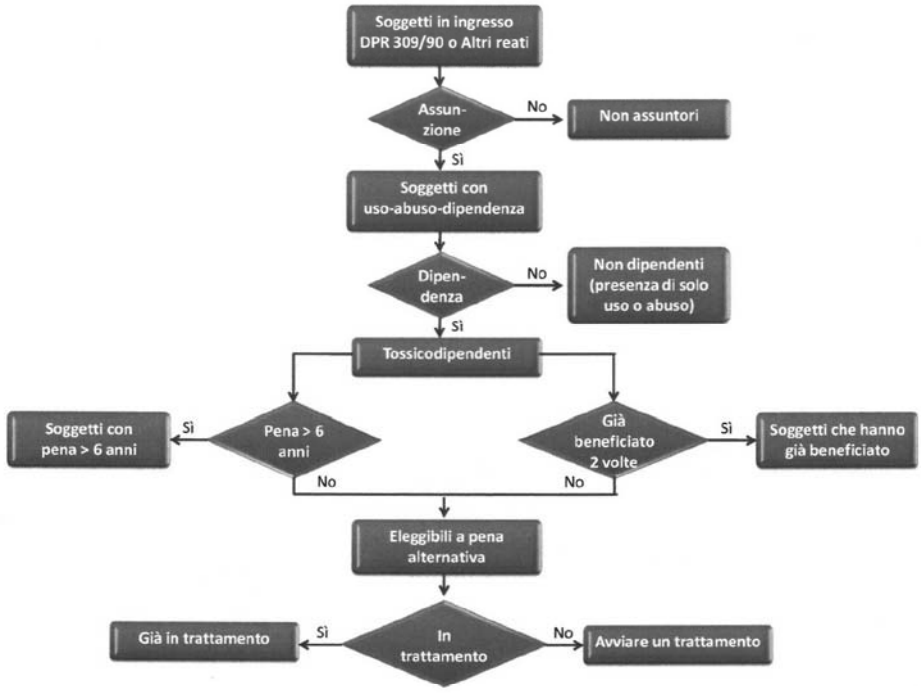
A tal fine, prima di procedere all'analisi dei dati rilevati dalle diverse fonti informative che rilevano informazioni sui soggetti tossicodipendenti ristretti in carcere, si rende necessario un approfondimento sulla definizione del termine "Tossicodipendenti", che attualmente non prevede una uniformità ed omogeneità nell'utilizzo da parte delle diverse fonti ed organizzazioni che trattano informazioni a riguardo. Pertanto è necessario specificare quanto segue:

1) Le persone in carcere che in libertà assumevano sostanze stupefacenti, possono presentare vari gradi di gravità clinica in base alla presenza o meno di dipendenza. Sarebbe pertanto più corretto, al fine di poter conteggiare e poter distinguere i soggetti carcerati, in assenza di un sistema di classificazione condiviso e standardizzato, utilizzare la dizione "soggetti carcerati con problemi socio-sanitari droga correlati";
2) Le persone ristrette negli istituti penitenziari con "problemi socio-sanitari

droga correlati" possono e dovrebbero quindi essere distinte macroscopicamente in due gruppi: A) detenuti con "Dipendenza da sostanze stupefacenti" e B) detenuti con "uso da sostanze stupefacenti senza dipendenza". Allo stato attuale i flussi informativi del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria non permettono precisamente la distinzione tra le due categorie di detenuti, potendo quindi comportare sottostime o sovrastime dei due contingenti;

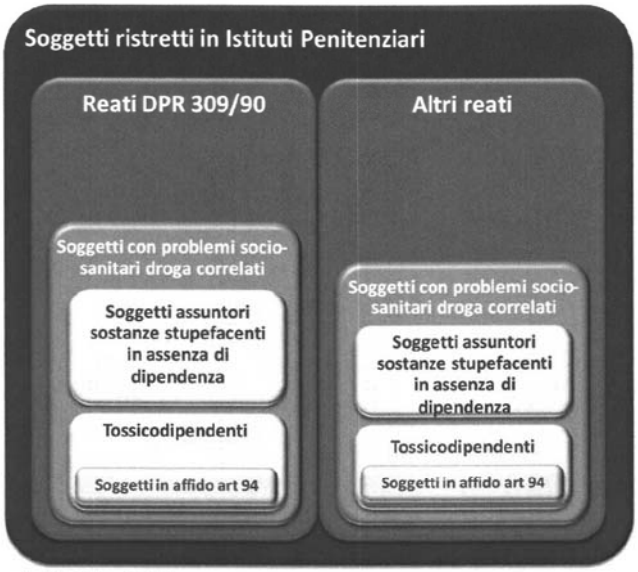
3) Spesso viene usata la definizione "Tossicodipendente" anche con persone che non presentano una dipendenza secondo reali criteri clinici;
4) Va ricordato che i detenuti con problemi socio-sanitari droga correlati possono essere entrati dalla libertà per reati correlati al DPR 309/90, ma anche per altri reati;
5) Al fine di un corretto conteggio, anche per una futura progettazione degli interventi e dell'incentivazione dell'applicazione dell'art. 94 (affidato in prova) del DPR 309/90, risulta di fondamentale importanza quindi distinguere i detenuti "dipendenti da sostanze stupefacenti" dai detenuti "assuntori di sostanze stupefacenti non dipendenti" in virtù della possibilità da parte della prima categoria di detenuti di poter usufruire dell'affido in prova al servizio sociale in casi particolari come previsto dall'art. 94 del DPR 309/90. E' infatti la condizione di dipendenza che connota il bisogno di cura e quindi l'esistenza, se presente tutti i requisiti previsti per legge, di un diritto esigibile.

Figura I.4.3: Diagramma esemplificativo sintetico di flusso degli ingressi in carcere secondo la condizione di assunzione di sostanze stupefacenti



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Figura I.4.4: Classificazione e definizioni proposte per i soggetti entrati in carcere dalla libertà al fine di computare in maniera differenziata in base alla condizione di assunzione di sostanze stupefacenti in assenza di dipendenza o presenza di dipendenza

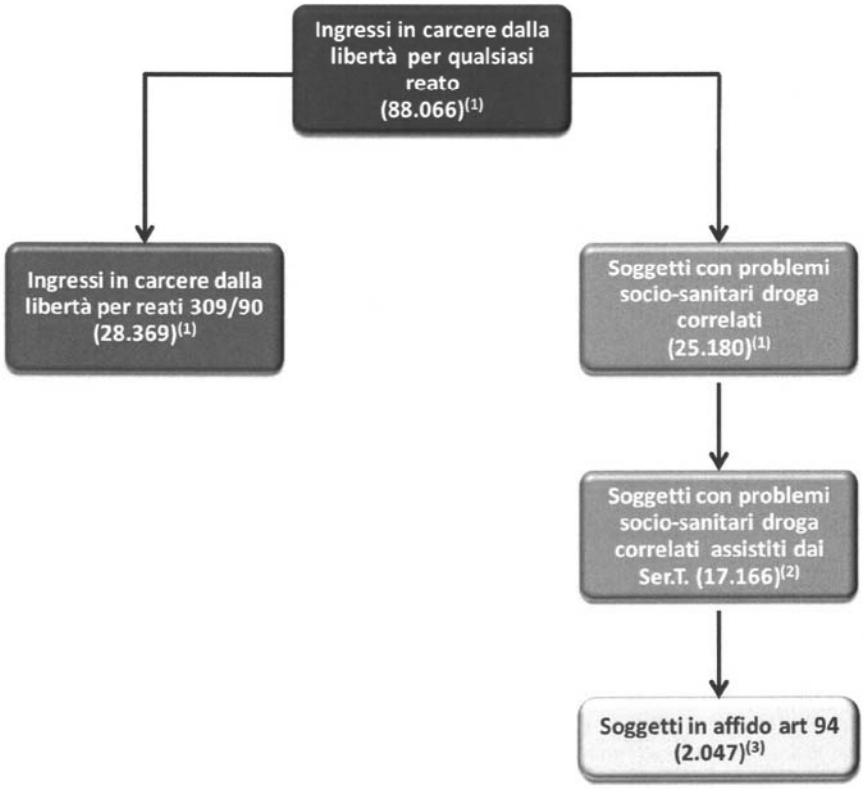


Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

In Figura I.4.3 viene illustrato il diagramma di flusso concettuale della "classificazione" dei soggetti all'ingresso degli istituti penitenziari in relazione alla condizione di assunzione di sostanze stupefacenti, eventuale condizione di dipendenza e applicazione della normativa per l'affidamento in prova ai servizi sociali per casi speciali (art. 94 DPR 309/90).

L'applicazione del modello concettuale illustrato nei precedenti punti 1. - 5. classifica i soggetti ristretti in carcere secondo le categorie illustrate in Figura I.4.4. Sulla base delle informazioni attualmente rilevate dal Ministero della Giustizia e dal Ministero della Salute, è possibile individuare e quantificare i soggetti ristretti in carcere secondo le categorie indicate in Figura I.4.3.. Dalla figura emergono sensibili differenze tra le differenti fonti informative; particolarmente evidente risulta la differenza tra il numero di soggetti affidati ai servizi sociali nel 2009, secondo l'art. 94 del DPR 309/90 (2.047) e il numero di tossicodipendenti entrati dalla libertà nel 2009 secondo il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria del Ministero della Giustizia (25.180).

Figura I.4.5: Ricostruzione multifonte dei dati sui soggetti carcerati: ingressi in carcere dalla libertà, ingressi in carcere per reati 309/90, soggetti con problemi socio-sanitari droga correlati, soggetti ristretti in carcere e assistiti dai Ser.T. e soggetti in affido secondo l'art. 94 DPR 309/90. Anno 2009



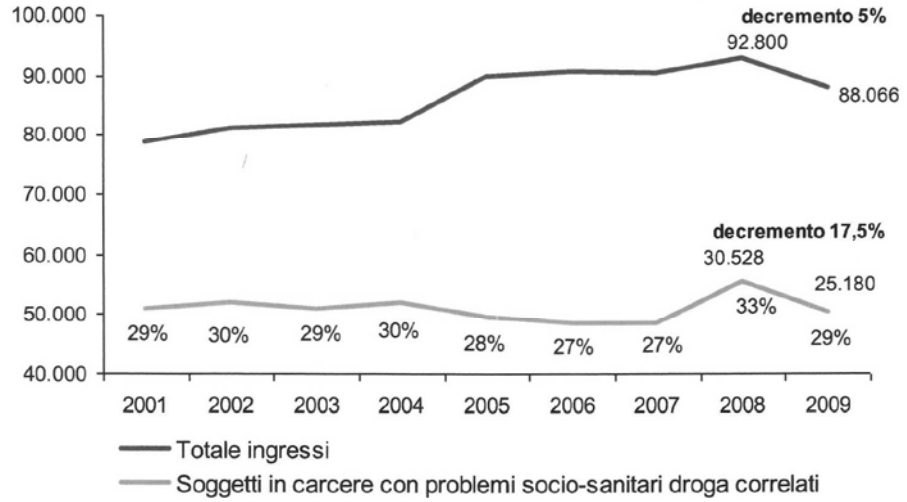
(1) Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Ufficio per lo Sviluppo e la Gestione del Sistema Informativo Automatizzato
(2) Ministero della Salute - Direzione Generale Prevenzione Sanitaria
(3) Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Direzione Generale dell'Esecuzione Penale Esterna
Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

I.4.2.1. Adulti tossicodipendenti ristretti in carcere

Diminuzione del 17,5 degli ingressi dalla libertà di persone con problemi socio-sanitari droga correlati

Secondo i dati pubblicati dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria nel 2009 gli ingressi totali dalla libertà sono stati 88.066. Nello stesso anno di riferimento gli ingressi di soggetti negli istituti penitenziari in violazione dell'art. 73 del DPR 309/90, che disciplina produzione, traffico e detenzione illeciti di sostanza stupefacenti e psicotrope, si sono attestati a quota 28.369 con una diminuzione pari all'1,7% rispetto al 2008. Il contingente di soggetti entrati dalla libertà nel 2009 con problemi socio-sanitari droga correlati è diminuita rispetto all'anno precedente (30.528 nel 2008 vs 25.180 nel 2009) attestandosi ai valori percentuali osservati ad inizio decennio (Figura I.4.6).
Da un confronto dei dati rilevati dal Ministero della Giustizia e dal Ministero della Salute relativamente ai soggetti con problemi socio-sanitari droga correlati detenuti negli istituti penitenziari, emerge che secondo le fonti del Ministero della Salute i soggetti ristretti in carcere ed assistiti per varie ragioni dai Servizi Territoriali per le Tossicodipendenze costituiscono un contingente di 17.166 detenuti e rappresentano circa il 68,2% dei soggetti con problemi socio-sanitari droga correlati rilevati dal Ministero della Giustizia, con una variabilità nell'ultimo decennio compresa tra il 55% e l'80%.

Figura I.4.6: Numero di ingressi complessivi negli istituti penitenziari e percentuale di soggetti in carcere con problemi socio-sanitari droga correlati. Anni 2001 - 2009



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

In particolare nell'ultimo quinquennio si osserva, con una certa variabilità, un trend crescente della percentuale di soggetti con problemi socio-sanitari droga correlati assistiti dai Ser.T. rispetto a quelli entrati dalla libertà e definiti tali dal Ministero della Giustizia. Tale evidenza avvalora l'ipotesi che solo una quota parte di detenuti con problemi socio-sanitari droga correlati (oltre il 30%), abbiano avuto necessità di interventi diagnostici o terapeutico/riabilitativi da parte dei Ser.T., senza tuttavia poter definire chiaramente il contingente di persone che fossero realmente dipendenti da sostanze e quante invece appartenenti solo alla categoria di consumatori.

E' verosimile pensare, inoltre, che alcune di queste persone assistite dai Ser.T. all'interno degli istituti penitenziari, non siano entrate per violazione del DPR 309/90, ma per altri reati.

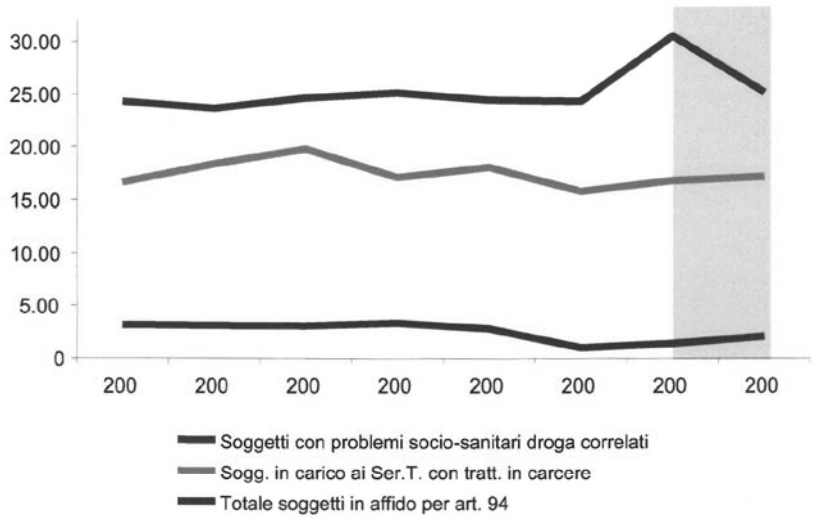
Tabella I.4.1: Ingressi di soggetti negli istituti penitenziari, soggetti in carcere con problemi socio-sanitari droga correlati, detenuti assistiti dai Ser.T. e detenuti per reati DPR 309/90. Anni 2002 – 2009

ANNO	Totale ingressi (1)	Soggetti con problemi socio-sanitari droga correlati (1)	Ingressi per art.73 DPR 309/90 (1)	Sogg. in carico ai Ser.T. con tratt. in carcere (2)	Soggetti con affidamento in prova art. 94 DPR 390/90 (3)
2002	81.185	24.356	24.959	16.661	3.189
2003	81.790	23.719	21.765	18.392	3.109
2004	82.275	24.683	21.392	19.805	3.058
2005	89.887	25.168	25.921	17.105	3.329
2006	90.714	24.493	25.399	18.075	2.799
2007	90.441	24.371	26.985	15.790	982
2008	92.800	30.528	28.865	16.798	1.382
2009	88.066	25.180	28.369	17.166	2.047

Aumento del 48,1% degli affidamenti in prova per soggetti tossicodipendenti

Fonti: (1) Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Ufficio per lo Sviluppo e la Gestione del Sistema Informativo Automatizzato
(2) Ministero della Salute - Direzione Generale Prevenzione Sanitaria
(3) Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Direzione Generale dell'Esecuzione Penale Esterna

Figura I.4.7: Ingressi di soggetti con problemi socio-sanitari droga correlati, detenuti assistiti dai Ser.T. e soggetti con affidamento in prova per art.94 DPR 309/90. Anni 2002 – 2009



Diminuzione degli ingressi

Aumento della presa in carico dai Ser.T.

Aumento degli affidamenti in prova

Fonti: (1) Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Ufficio per lo Sviluppo e la Gestione del Sistema Informativo Automatizzato
(2) Ministero della Salute - Direzione Generale Prevenzione Sanitaria
(3) Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Direzione Generale dell'Esecuzione Penale Esterna

Caratteristiche di un gruppo di adulti assuntori di sostanze

Dall'analisi degli adulti entrati dalla libertà nel 2009 per reati previsti dal DPR 309/90 e/o con problemi socio-sanitari droga correlati (28.457 soggetti), solo per una minima parte sono disponibili informazioni maggiormente dettagliate, 969 soggetti, per i quali è possibile definire un profilo dal punto di vista demografico ed epidemiologico sull'uso di sostanze e clinico per quanto riguarda la presenza di malattie infettive. Il gruppo in oggetto è costituito da adulti ristretti in carcere con problemi socio-sanitari droga correlati e che hanno ricevuto dei trattamenti, ma che non necessariamente hanno commesso un reato in violazione del DPR 309/90. Rispetto agli anni antecedenti il 2007 e analogamente al 2008, il contingente di detenuti consumatori di sostanze per i quali le Autorità Giudiziarie dispongono di informazioni dettagliate sullo stato di tossicodipendenza è stato sensibilmente ridotto in seguito alla fase transitoria di applicazione del DPCM 19 marzo 2008 concernente il trasferimento di tutte le competenze in tema di medicina penitenziaria dal Ministero della Giustizia alle Regioni, quindi alle aziende sanitarie del S.S.N.

Con riferimento a tale contingente, in Tabella I.4.2 sono riportate le principali caratteristiche demografiche ed epidemiologiche, il cui profilo evidenzia una popolazione in prevalenza di genere maschile e di nazionalità italiana, di età media attorno ai 34 anni, più elevata tra gli italiani rispetto agli stranieri (34,9 anni contro 30,5).

Per la maggior parte poliassuntori

La sostanza di assunzione è stata indagata in circa il 54% del contingente, evidenziando omogeneità tra italiani e stranieri, in prevalenza poliassuntori (50,7% dei 523 detenuti che hanno indicato la sostanza d'abuso), seguiti da consumatori di oppiacei (26,4%) e da cocainomani (22,7%).

Tabella I.4.2: Caratteristiche demografiche ed epidemiologiche di un campione di detenuti assuntori di sostanze stupefacenti ristretti in carcere nel 2009

Caratteristiche	N	% c
Genere		
Maschi	901	93,0
Femmine	68	7,0
Nazionalità		
Italiani	722	74,5
Stranieri	247	25,5
Età media		
Italiani	34,9	
Stranieri	30,5	
Totale	33,8	
Sostanza		
Oppiacei	138	14,2
Cocaina	119	12,3
Politossicodipendenza	265	27,4
Benzodiazepine	1	0,1
Non indicata	446	46,0
Positività per test		
HIV italiani	10	11,0
HIV stranieri	0	0,0
HBsAg italiani	8	10,5
HBsAg stranieri	1	3,6
Anti-HBs italiani	28	37,3
Anti-HBs stranieri	10	38,5
HCV italiani	53	60,9
HCV stranieri	7	23,3

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

Basso livello di Drug testing: eseguito nel 54%

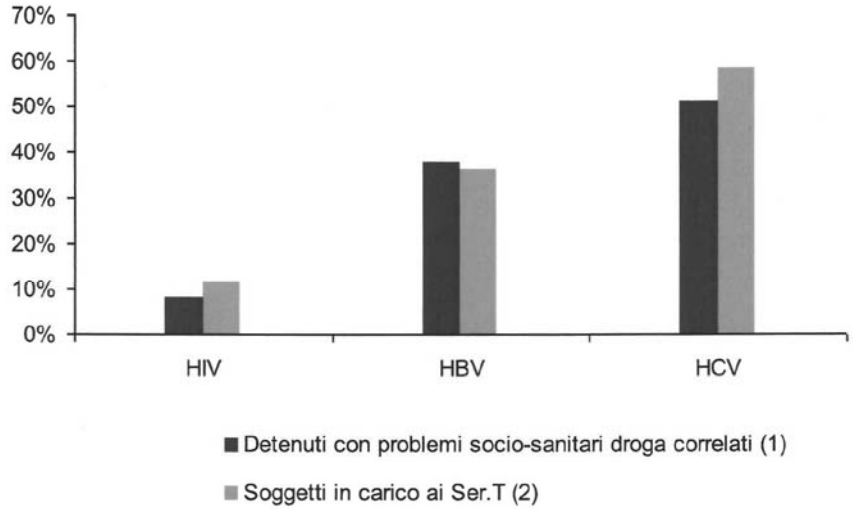
Maggior prevalenza negli italiani di infezione da HIV e da virus epatici

Per quanto concerne il monitoraggio della diffusione di malattie infettive sulla popolazione ristretta in carcere con uso problematico di sostanze, secondo le informazioni rilevate sul campione di 969 detenuti per i quali è stata compilata la scheda infettivologica, circa un 12% è stato sottoposto a test clinico, valore che oscilla tra meno dell'11% per il test dell'epatite B e il 12% per il test dell'epatite C. Effettuando un confronto rispetto all'anno scorso si evidenzia in generale un maggior monitoraggio delle malattie infettive, che soprattutto per il test dell'HBV si traduce con un aumento di quasi 3 punti percentuali.

Maggior monitoraggio, rispetto al 2008, delle malattie infettive tramite testing

Gli esiti dei test confermano la presenza di infezione da epatite C in oltre il 60% dei soggetti italiani testati e attorno al 23% dei detenuti stranieri, la presenza del virus dell'epatite B in una percentuale di detenuti piuttosto omogenea tra gli italiani e gli stranieri (circa il 37% vs il 38%) e valori sensibilmente più bassi per l'infezione da HIV (11% degli italiani testati contro la totale negatività del test per gli stranieri) (Figura 1.4.8).

Figura I.4.8: Percentuale di detenuti con problemi socio-sanitari droga correlati e percentuale di soggetti in carico ai Ser.T. risultati positivi ai test per le malattie infettive sul totale soggetti testati - Anno 2009

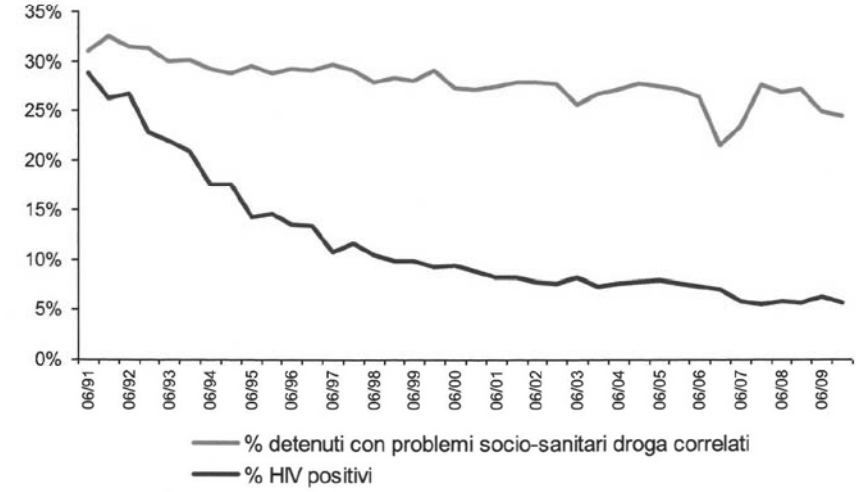


Fonti: (1) Elaborazioni su dati del Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria
(2) Elaborazioni su dati del Ministero della Salute - Direzione Generale Prevenzione Sanitaria

Costante diminuzione della prevalenza delle persone HIV positive con problemi socio-sanitari droga correlati in carcere

L'andamento della proporzione di detenuti con problemi socio-sanitari droga correlati affetti da HIV nell'ultimo ventennio evidenzia una progressiva e sensibile riduzione della diffusione del virus fino agli inizi del ventesimo secolo, seguito da una propensione meno marcata negli anni successivi. Analogo andamento, seppure con un trend caratterizzato da una lieve diminuzione, si nota anche in corrispondenza della quota di soggetti ristretti in carcere con uso problematico di sostanze stupefacenti, ad eccezione del 2006, anno in cui si osserva un picco negativo di presenze, in virtù dell'applicazione dell'indulto, che ha favorito maggiormente questa tipologia di utenza (Figura I.4.9).

Figura I.4.9: Percentuale di detenuti con problemi socio-sanitari droga correlati sul totale detenuti e percentuale di tossicodipendenti HIV positivi. Anni 1991 - 2009



Fonte: Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

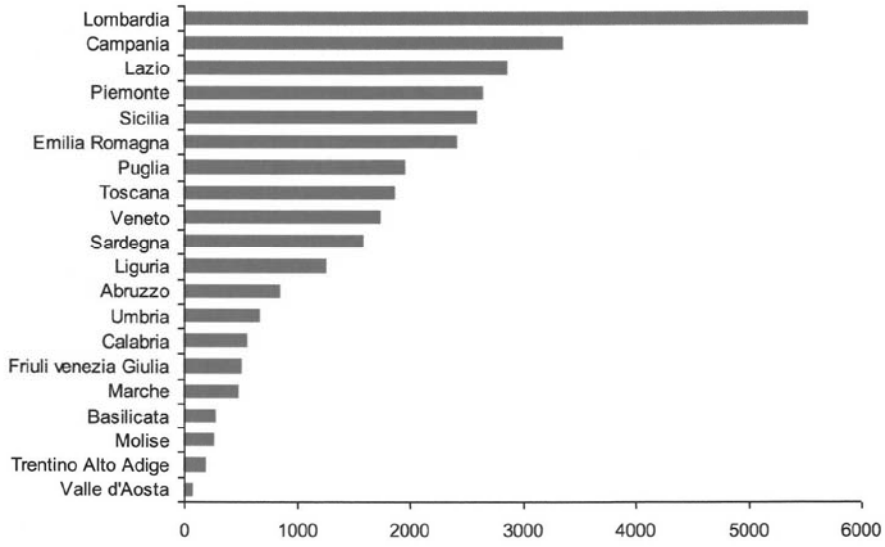
Tabella I.4.3: Detenuti con problemi socio-sanitari droga correlati sul totale detenuti e detenuti con problemi socio-sanitari droga correlati HIV positivi sul totale detenuti con problemi socio-sanitari droga correlati. Anni 1991 – 2009

Rilevazione	Detenuti	Detenuti con problemi socio-sanitari droga correlati		Detenuti con problemi socio-sanitari droga correlati affetti da HIV	
		N	%	N	%
30/06/1991	31.053	9.623	31,0	2.770	28,8
31/12/1991	35.469	11.540	32,5	3.030	26,3
30/06/1992	44.424	13.970	31,4	3.731	26,7
31/12/1992	47.316	14.818	31,3	3.377	22,8
30/06/1993	51.937	15.531	29,9	3.413	22,0
31/12/1993	50.348	15.135	30,1	3.170	20,9
30/06/1994	54.616	15.957	29,2	2.797	17,5
31/12/1994	51.165	14.742	28,8	2.583	17,5
30/06/1995	51.973	15.336	29,5	2.194	14,3
31/12/1995	46.908	13.488	28,8	1.962	14,5
30/06/1996	48.694	14.216	29,2	1.922	13,5
31/12/1996	47.709	13.859	29,0	1.860	13,4
30/06/1997	49.554	14.728	29,7	1.569	10,7
31/12/1997	48.495	14.074	29,0	1.636	11,6
30/06/1998	50.578	14.081	27,8	1.472	10,5
31/12/1998	47.811	13.567	28,4	1.334	9,8
30/06/1999	50.856	14.264	28,0	1.403	9,8
31/12/1999	51.814	15.097	29,1	1.382	9,2
30/06/2000	53.537	14.602	27,3	1.365	9,3
31/12/2000	53.165	14.440	27,2	1.266	8,8
30/06/2001	55.393	15.173	27,4	1.236	8,1
31/12/2001	55.275	15.442	27,9	1.251	8,1
30/06/2002	56.277	15.698	27,9	1.201	7,7
31/12/2002	55.670	15.429	27,7	1.178	7,6
30/06/2003	56.403	14.507	25,7	1.180	8,1
31/12/2003	54.237	14.501	26,7	1.056	7,3
30/06/2004	56.532	15.329	27,1	1.159	7,6
31/12/2004	56.068	15.558	27,7	1.199	7,7
30/06/2005	59.125	16.179	27,4	1.260	7,8
31/12/2005	59.523	16.135	27,1	1.231	7,6
30/06/2006	61.264	16.145	26,4	1.169	7,2
31/12/2006	39.005	8.363	21,4	582	7,0
30/06/2007	43.957	10.275	23,4	593	5,8
31/12/2007	48.693	13.424	27,6	736	5,5
30/06/2008	55.057	14.743	26,8	850	5,8
31/12/2008	58.127	15.772	27,1	879	5,6
30/06/2009	63.630	15.870	24,9	992	6,2
31/12/2009	64.791	15.887	24,52	889	5,6

Fonte: Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

A livello regionale si riscontra una percentuale di detenuti tossicodipendenti dichiarati che oscilla dal 10% al 38,8%, con una deviazione media standard del 6,6% che indica una bassa variabilità. La regione che presenta la percentuale più bassa è la Calabria (10%) seguita dalla Valle d'Aosta e dalla Sicilia (rispettivamente 14,9% e 16,9%). Le regioni che invece hanno un valore nettamente superiore a quello registrato a livello nazionale sono la Sardegna e la Liguria, rispettivamente con il 35,3% e 38,8%.

Figura I.4.10: Detenuti con problemi socio-sanitari droga correlati, per area geografica. Anno 2009



Fonte: Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

Incarcerati per reati del DPR 309/09 non commessi alla violazione dell'art. 73 e 74

Considerando il campione di detenuti con problemi socio-sanitari droga correlati indagati, emerge che poco più della metà è entrato in carcere per aver commesso almeno un reato in violazione della normativa sulle droghe, esito che evidenzia un aumento percentuale, seppur lieve, rispetto al numero di detenuti rilevati l'anno scorso (50,2% 2008 vs 54,6% 2009). Il 95% di questo sottoinsieme (969 soggetti) è entrato in carcere per crimini connessi agli articoli 80, 81 o 82 del DPR 309/90, mentre il restante 5% per reati legati alla violazione degli articoli 73 e 74, riguardanti produzione, traffico, detenzione e associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti. Rispetto allo scorso anno si riscontra una sostanziale differenza: nel 2008, infatti, il 96% dei detenuti tossicodipendenti era entrato in carcere per crimini riguardanti il solo art. 73, quest'anno violato solo in contemporanea dell'articolo 74.

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

Diverse tipologie di servizi della giustizia minorile

I Servizi della Giustizia Minorile che hanno in carico i minorenni che hanno commesso un reato si suddividono in quattro tipologie: i centri di prima accoglienza, gli istituti penali per minorenni, gli uffici di servizio sociale per minorenni, le comunità. Nel corso di un anno solare un soggetto minore può accedere o essere preso in carico da più servizi in relazione al decorso del procedimento giudiziario.

Soggetti e ingressi

Le informazioni relative alle caratteristiche dei soggetti che transitano nei servizi di giustizia minorile vengono rilevate dal Dipartimento della Giustizia Minorile ed elaborate dall'Ufficio I del capo dipartimento – servizio statistica, che pubblica periodicamente un rapporto semestrale.

Lieve decremento rispetto al 2008 (46 soggetti)

Secondo tale fonte, i minorenni assuntori di sostanze stupefacenti transitati nel corso del 2009 nei servizi di giustizia minorile in seguito alla contestazione di reati, sono stati circa un migliaio (1.035), con un lieve decremento rispetto all'anno precedente (1.081)

Caratteristiche dei soggetti transitati nei servizi di giustizia minorile

Tabella I.4.4: Minori assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei Servizi di Giustizia Minorile - Anno 2009

Caratteristiche	**N**	**% c**
Genere		
Maschi	997	96,3
Femmine	38	3,7
Nazionalità		
Italiani	828	80,0
Stranieri	207	20,0
Sostanze di assunzione		
Cannabinoidi	846	81,7
Cocaina	84	8,1
Eroina	45	4,4
Altri oppiacei	21	2,0
Alcol	31	3,0
Ecstasy	3	0,3
Altre sostanze	5	0,5
Totale	1.035	100,0
Età media		
Età media	17,3	
Reati		
Reati contro il patrimonio - Rapina	190	18,4
Reati contro il patrimonio - Furto	146	14,1
Reati contro la persona	42	4,1
Violazione legge stupefacenti	593	57,3
Altri reati	64	6,2

(*) Il totale ingressi è superiore al totale minori, perché un minore può essere transitato in più servizi
Fonte: Ministero della Giustizia – Dipartimento per la Giustizia Minorile

La quasi totalità sono di genere maschile

Oltre il 96% degli ingressi è caratterizzato da minori di genere maschile, per l'80% italiani e in media 17-enni.

Sostanze più assunte dai minori: cannabis e cocaina

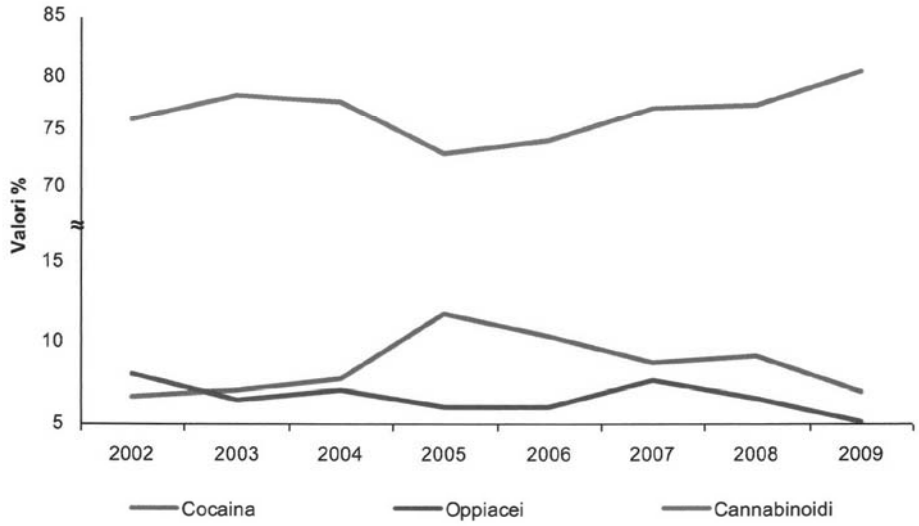
La sostanza assunta da poco più l'80% dei minori transitati per i servizi di giustizia minorile è la cannabis, seguita dalla cocaina assunta dall' 8% dei minori e dall'eroina, assunta da un ulteriore 4,4% di soggetti; dal confronto con i valori

rilevati nell'anno scorso, emerge una lieve diminuzione nell'uso di cocaina ed eroina a fronte di un aumento di soggetti assuntori di cannabis (78,4% vs 81,7%). Sebbene il trend della distribuzione percentuale dei minori per tipo di sostanza e per nazionalità (Figure I.4.6 e I.4.7) evidenzia profili di consumo molto differenziati tra i minori italiani ed i coetanei stranieri, per entrambi l'assunzione di cocaina prevale sull'uso di eroina dal 2003 in poi.

Cocaina più usata dell'eroina

Figura I.4.11: Percentuale di minori *italiani* assuntori di sostanze stupefacenti transitati per i servizi di giustizia minorile per sostanza assunta. Anni 2002 – 2009

Trend minori italiani: maggior uso di cannabis

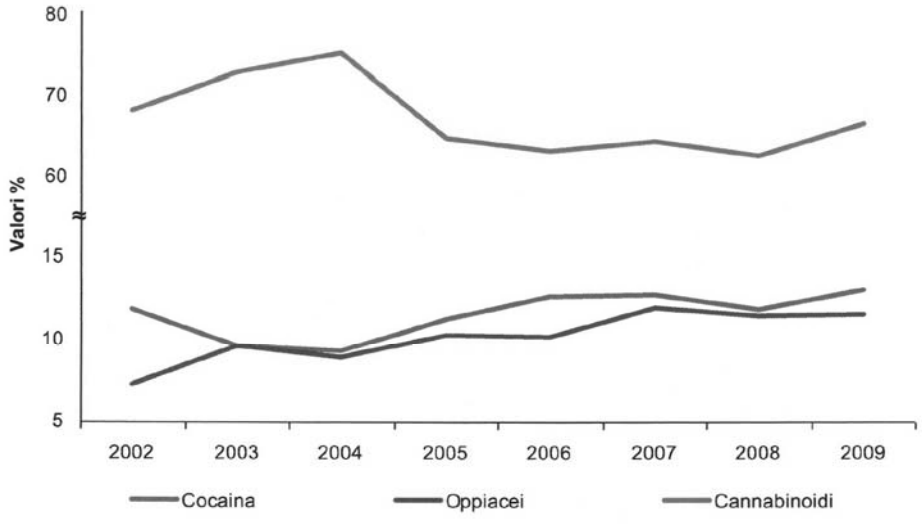


Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento Giustizia Minorile

Diversamente dai coetanei italiani per i quali si nota una discreta diminuzione nei consumi di eroina e cocaina, per i minorenni stranieri si nota un aumento, rispetto al 2008, della percentuale di minori che privilegiano il consumo di sostanze stupefacenti quali cocaina, eroina e cannabis, sebbene dal 2004 in poi si osservi una riduzione della proporzione di assuntori di cannabis pari a 7 punti percentuali.

Figura I.4.12: Percentuale di minori *stranieri* assuntori di sostanze stupefacenti transitati per i servizi di giustizia minorile per sostanza assunta. Anni 2002 - 2009

Trend minori stranieri: maggior uso di cocaina e oppiacei rispetto agli italiani

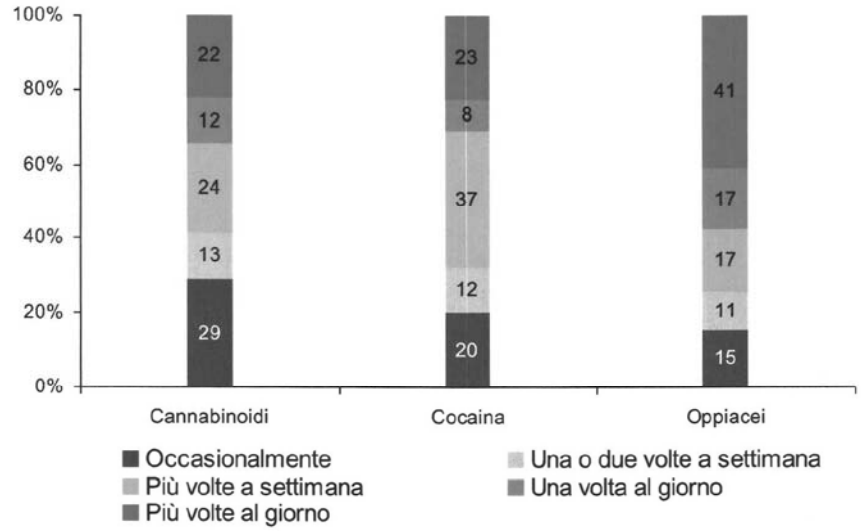


Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento Giustizia Minorile

Frequenza di assunzione

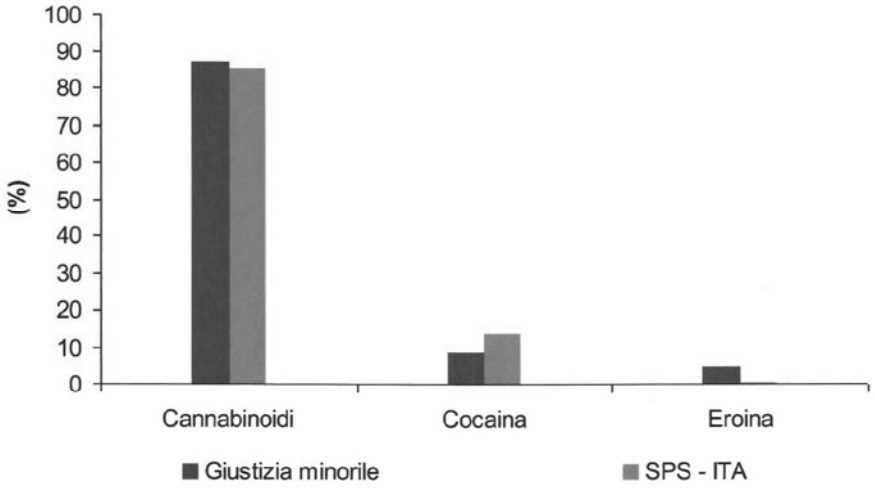
L'uso giornaliero della sostanza si rileva soprattutto tra i consumatori di oppioidi (circa 58%), l'occasionale e quello settimanale rispettivamente tra gli assuntori di cannabinoidi e cocaina (29% e 49%).

Figura I.4.13: Percentuale di minori per frequenza di assunzione delle sostanze stupefacenti, per tipo di sostanza. Anno 2009



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento Giustizia Minorile

Figura I.4.14: Percentuale di minori transitati per i servizi di giustizia minorile e percentuale di minori relativi all'indagine Student Population Survey - ITA, per tipo di sostanza. Anno 2009



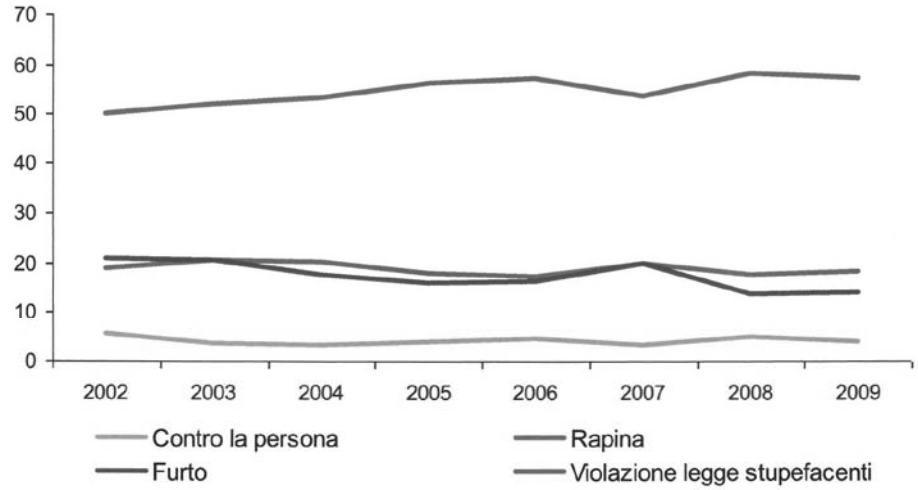
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento Giustizia Minorile; elaborazione su dati dell'indagine Student Population Survey - ITA

Vari reati commessi dai minori: in particolare maggior traffico e spaccio

Il 57% dei minori con problemi giudiziari assuntori di sostanze e transitati nel 2009 nei servizi di giustizia minorile ha commesso reati in violazione alla normativa sulle sostanze stupefacenti, seguono i reati contro il patrimonio (36,5%), ed in particolare le rapine (18,4%) ed i furti (14,1%).

Nel corso degli ultimi otto anni si osserva un aumento della percentuale di minori in carico ai Servizi della Giustizia Minorile per reati commessi in violazione del DPR 309/90, con un rallentamento nel 2007, anno in cui sono aumentati, per contro, i reati contro il patrimonio e nella fattispecie i furti (Figura I.4.14).

Figura I.4.15: Percentuale di minori assuntori di sostanze stupefacenti transitati per i servizi di giustizia minorile per reato. Anni 2002 – 2009



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento Giustizia Minorile

PAGINA BIANCA

CAPITOLO I.5.

MERCATO DELLA DROGA

I.5.1. Produzione, offerta e traffico di droga

I.5.2. Sequestri di sostanze stupefacenti

I.5.2.1. Operazioni e sequestri

I.5.3. Prezzo e purezza

I.5.3.1. Prezzo

I.5.3.2. Purezza

I.5. MERCATO DELLA DROGA

Premesse

A conclusione di questa prima parte del documento dedicata alla descrizione dei diversi aspetti che caratterizzano il fenomeno delle tossicodipendenze, in questo capitolo vengono descritte le caratteristiche dell'offerta di sostanze illecite sul mercato nazionale anche al fine di poter avere informazioni utili per formulare eventuali ipotesi su possibili evoluzioni future della domanda di consumo di sostanze psicoattive, consapevoli dello scenario sempre più complesso ed in evoluzione che vede la continua comparsa e introduzione nel mercato di nuove sostanze o mix di sostanze già note, dagli effetti parzialmente o totalmente sconosciuti.

DCSA: la principale fonte informativa

Il profilo conoscitivo descritto in questo capitolo deriva dalle elaborazioni condotte sui dati rilevati dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno e con riferimento alla relazione annuale sul traffico di droga nel Paese, alla quale si rimanda per ulteriori dettagli ed approfondimenti.

I.5.1. Produzione, offerta e traffico di droga

Italia: una delle principali aree di traffico e consumo di sostanze illecite

Il fenomeno del narcotraffico è sicuramente da includere fra quelli più globalizzati. Attraverso complesse e articolate rotte in continua evoluzione, le multinazionali della droga, radicate in tutto il mondo, trasferiscono le sostanze illecite dai luoghi di produzione a quelli di consumo, incentivate dai cospicui guadagni che tali traffici sono in grado di generare. Il nostro Paese si colloca, all'interno di questo mercato, fra i principali poli europei sia come area di transito che di consumo. Non mancano, comunque, anche in Italia esperienze di coltivazioni di cannabis, sebbene di portata molto limitata. Il quadro nazionale riferito al 2009 vede ancora la gestione della gran parte del traffico delle sostanze stupefacenti e dei loro precursori contrassegnata dalle tradizionali strutture a connotazione mafiosa: Cosa Nostra, 'ndrangheta, camorra e criminalità organizzata pugliese. Queste controllano anche una porzione rilevante del mercato estero, dislocando proprie articolazioni o rappresentanti nei principali centri di produzione e snodi del traffico. Lo scenario del narcotraffico internazionale è uno degli ambiti privilegiati per la saldatura del mondo criminale globale e l'Italia continua a rivestire ancora un ruolo fondamentale per la sua posizione e conformazione geografica oltre che per la presenza di qualificate e specializzate associazioni a delinquere.

Ruolo della criminalità organizzata

Esaminando le operazioni antidroga eseguite dalle Forze di Polizia nel 2009 nei confronti delle associazioni finalizzate al traffico di stupefacenti, si osserva che, rispetto al 2008, sono aumentate del 14,1%, mentre nelle quattro regioni d'origine dei tradizionali sodalizi mafiosi (Campania, Calabria, Sicilia e Puglia) sono cresciute del 26,3%. Per quanto riguarda le piantagioni di cannabis, nelle predette quattro regioni sono state rinvenute ben l'86,3% del totale delle piante sequestrate in Italia. Questo conferma, anche per quest'anno, che tali piantagioni sono ormai diventate per il "capitalismo del crimine" "l'oro verde" del Meridione.

Aumento del numero di operazioni antidroga: +14% rispetto al 2008

Parallelamente, per quanto concerne la marijuana (l'unica, oltre agli amfetaminici, a presentare un segno positivo nel bilancio 2009 rispetto al 2008 dei sequestri effettuati dalle Forze di Polizia con +211,8%) nei territori delle sopra citate regioni si registra più della metà (66,8%) dei sequestri nazionali. Più dettagliatamente la Puglia e la Calabria sono nelle prime due posizioni, mentre la Sicilia e la Campania rispettivamente nella quinta e sesta. Eloquenti sono anche le cifre riferite ai sequestri, effettuati sempre in Calabria, Campania, Puglia e Sicilia, di cocaina (26,6% del totale), hashish (25,8%) ed eroina (21,3%). In particolar modo la Campania è in assoluto la seconda regione in cui è stato sequestrato il maggior quantitativo di sostanze stupefacenti, posizionandosi al primo posto per i

Volume delle droghe sequestrate:
- calo di eroina, cocaina, hashish
- aumento marijuana e droghe sintetiche

sequestri di hashish, al quarto (subito dopo la Calabria) per la cocaina ed eroina. Dunque, benché le maggiori consorterie mafiose italiane possiedano caratteristiche e manifestino segnali diversi, sono accomunate dal business della droga, che le unisce in nome del profitto.

La strategia per rinnovare ed espandere gli interessi criminali nel settore degli stupefacenti ha condotto anche e soprattutto le maggiori organizzazioni delinquenziali autoctone più radicate sul territorio d'origine, oltre che ad una già vista proiezione in ambiti extra-regionali ed internazionali, ad un'apertura verso collaborazioni con numerosi gruppi criminali, appartenenti anche ad etnie diverse e variamente inserite nel traffico. Si registra, infatti, sul territorio nazionale sempre più il diffondersi di compagini criminali straniere, le quali spesso si pongono nel mercato della droga, più che in concorso, "in filiera" con i sodalizi italiani. Il 34,2% dei soggetti denunciati all'Autorità Giudiziaria per reati in violazione della legge sugli stupefacenti è rappresentato da cittadini di nazionalità straniera, i quali rispetto al 2008 sono aumentati dell'8,0% (mentre l'aumento globale – italiani e stranieri – è solo del 2,5%), con un costante trend di crescita dal 2003 (+ 56,7%). La criminalità allogena è da tempo in Italia un fenomeno di particolare rilievo che si caratterizza per una diffusa ramificazione sul territorio e per il costante aumento del numero e della complessità organizzativa, con caratteristiche e peculiarità multiformi e l'innalzamento delle potenzialità operative. Una particolare considerazione meritano i gruppi criminali cinesi. Questi, anche grazie alle già collaudate, numerose ed affermate modalità e rotte del traffico di manodopera clandestina e di prodotti contraffatti, nonché alle ingenti disponibilità finanziarie derivanti dalle numerose e floride attività imprenditoriali ed al fatto, assolutamente non trascurabile, che la Repubblica Popolare di Cina sia uno dei maggiori produttori mondiali di droghe sintetiche, stanno iniziando ad inserirsi, anche se al momento principalmente all'interno delle proprie comunità locali, anche nel mercato nazionale degli stupefacenti. Il 2009, rispetto ai dodici mesi precedenti, ha segnato nei confronti dei cinesi in materia di violazione della legge sugli stupefacenti una crescita del 107,14. Da segnalare il fatto che la comunità cinese, benché sia concentrata soprattutto nel Centro–Nord dell'Italia, negli ultimi anni ha visto una significativa crescita della presenza, con una notevole penetrazione nel tessuto economico ed imprenditoriale, in un'importante provincia del Sud, quale é quella di Napoli e questo deve fare riflettere su possibili ed eventuali legami con i clan camorristici anche nel settore del narcotraffico.

Organizzazioni criminali straniere

Criminalità cinese nel mercato degli stupefacenti

D'altronde la criminalità organizzata è sempre più globalizzata, contraddistinguendosi oltre che per una costante internazionalizzazione, svolgendo attività illecite sia nel proprio Paese che all'estero, per una maggiore transnazionalità, instaurando una cooperazione con gruppi delinquenziali di differenti nazionalità per gestire in modo più efficace, proficuo e sicuro i propri affari. Tali due connotazioni si riscontrano soprattutto quando i beni trattati sono prodotti e lavorati in Stati diversi da quelli di stoccaggio e di consumo, attraversano svariati Paesi e sono oggetto di una domanda su scala mondiale: come accade per il narcotraffico, il quale rappresenta la manifestazione tipica della criminalità organizzata, appunto, internazionale e transnazionale.

Carattere trasnazionale

Dunque, più di altre attività illegali, il traffico di droghe non solo riproduce e rafforza i gruppi criminali coinvolti, ma contribuisce a generare e a estendere il sistema relazionale che ruota attorno ad essi, superando i confini nazionali e consentendo lo sviluppo di network criminali transfrontalieri, che gestiscono la produzione, lavorazione, traffico, brokeraggio e spaccio con un sistema di tipo reticolare che sfugge a modelli e modus operandi predefiniti, creando rapporti di cooperazione e sinergie operative tanto fluidi, dinamici e rapidi, quanto insoliti ed inaspettati, e quindi insidiosi e pericolosi. La situazione nazionale, riflettendo quella del più ampio contesto mondiale, ha visto instaurare e consolidare un

Regime di criminal agreement

regime di criminal agreement, con stabili e funzionali saldature criminali non solo tra le tradizionali consorterie mafiose, ma anche tra queste e altri sodalizi criminali, endogeni e specie stranieri, siano essi produttori o loro rappresentanti ovvero intermediari. Ciò al fine sia di massimizzare i narcoprofitti, abbattendo sopratutto i costi degli approvvigionamenti, sia di costituire l'asse portante del circuito del riciclaggio, di cui il traffico di stupefacenti è in assoluto il principale reato-fonte. Un tale composito scenario dimostra che pure i gruppi più aggressivi, quando ci sono in gioco grossi affari, e quello del narcotraffico garantisce il guadagno più elevato e rapido rispetto a qualsiasi altra attività illecita, riescono ad agire ed interagire secondo i criteri della razionalità economica, privilegiando le intese all'utilizzo della violenza.

La cocaina arriva dalla Colombia, l'eroina dall'Afghanistan, l'hashish dal Marocco e le droghe sintetiche e la marijuana dall'Olanda

I narcotrafficanti operanti in Italia si sono riforniti per lo più presso il mercato colombiano per la cocaina, transitata principalmente per il Messico, la Spagna, l'Olanda, il Brasile e la Repubblica Dominicana; quello afgano per l'eroina, transitata soprattutto per la Grecia e la Turchia; quello marocchino per l'hashish, transitato in particolare per la Spagna e la Francia; quello olandese per le droghe sintetiche. Anche la marijuana è in gran parte giunta in Italia proveniente dall'Olanda. In Italia, i gruppi criminali maggiormente coinvolti nei grandi traffici sono risultati: per la cocaina. la 'ndrangheta, la camorra e le organizzazioni albanesi, colombiane, dominicane, marocchine e spagnole; per l'eroina, la criminalità siciliana, pugliese e campana, insieme ai gruppi albanesi, tunisini e marocchini e per i derivati della cannabis, la criminalità laziale, pugliese e siciliana, insieme ai gruppi marocchini, tunisini, spagnoli e albanesi.

I.5.2. Sequestri di sostanze stupefacenti

In aumento le attività di contrasto su tre direttrici: produzione, traffico e vendita

Le attività di contrasto delle Forze dell'Ordine al mercato delle sostanze illecite, in continuo aumento nel nostro Paese, si concentrano su tre principali direttrici: la produzione, il traffico e la vendita di sostanze illegali. Nel paragrafo che segue viene fornita una sintesi delle attività svolte nel 2009 dalle FFOO e dei risultati ottenuti al fine di contrastare tale fenomeno.

I.5.2.1. Operazioni e sequestri

In aumento le operazioni antidroga: 2009 massimo storico

Nel 2009 le operazioni antidroga condotte dalle Forze dell'Ordine ammontano a 23.187 con un incremento del 1,6% rispetto all'anno precedente, in continua crescita dal 2004, che ha raggiunto nel 2009 il massimo storico nell'ultimo decennio.

Tipologia di operazione

Le operazioni antidroga effettuate dalle FFOO hanno portato al sequestro di sostanze illecite nell'85% dei casi, alla scoperta di reato nell'8% delle operazioni ed al rinvenimento di quantitativi di droga in un ulteriore 7% delle attività di contrasto.

Operazioni antidroga per area geografica

La distribuzione geografica delle azioni antidroga evidenziano una maggiore concentrazione di operazioni nelle regioni della Lombardia (19%), Lazio (13%), Campania (9%) ed Emilia Romagna (8,3%) (Figura I.5.1). Meno interessate dal fenomeno (quote inferiori al 4% del totale operazioni) sembrano le regioni settentrionali a statuto speciale (Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige e Friuli Venezia Giulia), la Liguria, le regioni centrali che si affacciano sull'adriatico (Marche, Abruzzo e Molise), l'Umbria e alcune regioni meridionali (Calabria, Basilicata).

Tabella I.5.1: Operazioni antidroga e sequestri di sostanze illecite. Anno 2009

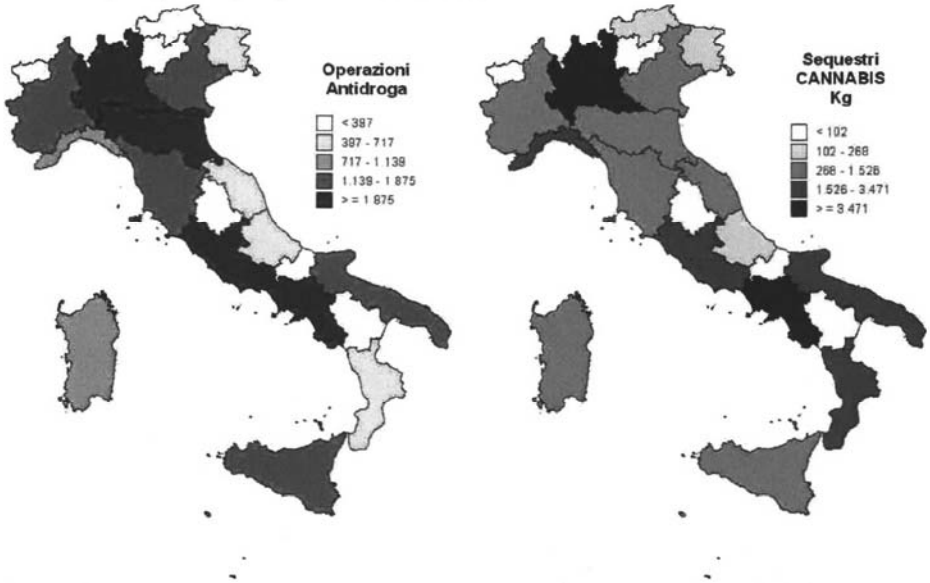
	2008		2009		Δ %
	N	%	N	%	
Operazioni antidroga					
Sequestro	19.080	83,6	19.686	84,9	+ 3,2
Scoperta di reato	1.956	0,5	1.880	8,1	- 22,7
Rinvenimento	1.674	7,3	1.536	6,6	- 8,2
Scoperta di laboratorio	4	0,0	0	0,0	- 100,0
Altro	110	8,6	85	0,4	- 3,9
Sequestri di sostanze illecite					
Cocaina (Kg)	4.133	9,7	4.078	12,7	- 1,3
Eroina (Kg)	1307	3,1	1149	3,6	- 12,1
Hashish (Kg)	34.616	81,5	19.474	60,5	- 43,7
Marijuana (Kg)	2.400	5,7	7.483	23,2	+ 211,8
Piante di cannabis (piante)	148.170	-	119.182	-	- 19,6
Droghe sintetiche (unità/dosi)	57.612	-	66.253	-	+ 15,0

Aumento delle operazioni di sequestro

- Diminuzione dei volumi per: eroina, hashish e piante di cannabis
- Aumento per: marijuana e droghe sintetiche

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

Figura I.5.1: Percentuale di operazioni antidroga effettuate dalle FFOO e percentuale di cannabis (chilogrammi) sequestrata. Anno 2009

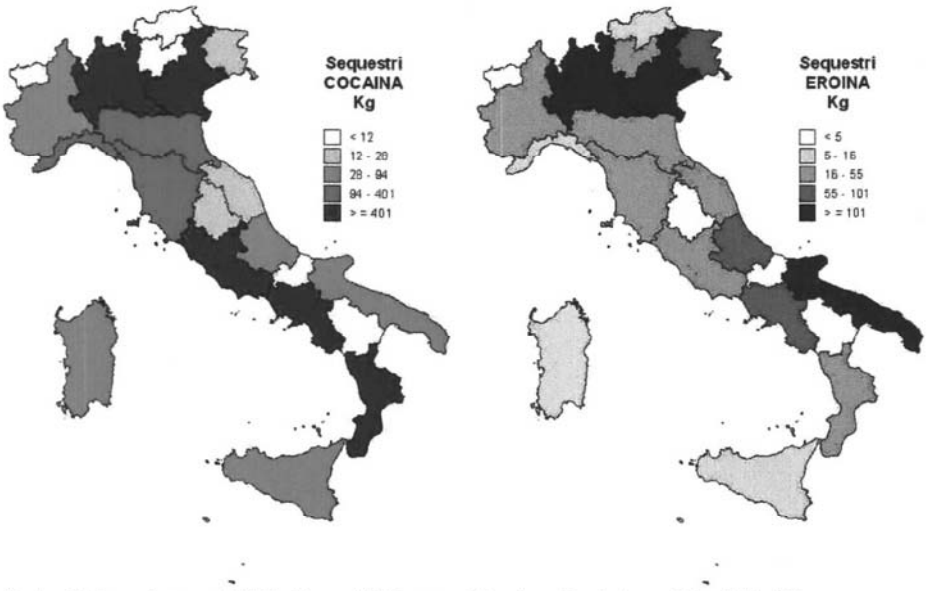


Maggiori volumi di cannabis: Lombardia, Campania

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

Nel 2009 si è registrata una notevole riduzione dei sequestri di hashish (-43,7%), mentre sono raddoppiati i sequestri di marijuana (+ 211,8%), principalmente in Lombardia (18,1% del totale complessivo) e in Campania (17,6%) (Figura I.5.1).
Una riduzione anche dei quantitativi di cocaina ed eroina sequestrati dalle Forze dell'Ordine (rispettivamente 4,0 e 1,1 tonnellate), corrispondenti ad un decremento dell'1,3% rispetto al 2008 per la cocaina e del 12,1% di eroina.
Le quantità più consistenti di cocaina ed eroina sono state sequestrate ancora una volta in Lombardia (rispettivamente 18,5% e 35,9%), seguita dalla Puglia (17,6%) e dal Veneto (11,3%) per i sequestri di eroina (Figura I.5.2) e più diffusamente dal Veneto (12,5%), dalla Calabria (12,1%), dalla Campania (11,3%) e dal Lazio (9,9%) per i sequestri di cocaina (Figura I.5.2).

Figura I.5.2: Distribuzione percentuale delle quantità di cocaina e di eroina sequestrate nel 2009

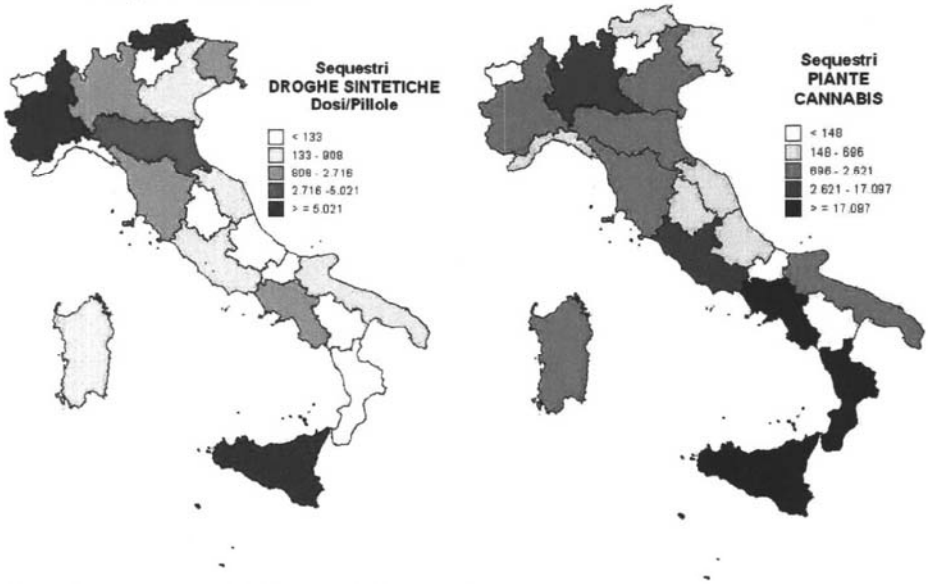


Maggiori volumi di cocaina: Lombardia, Veneto, Lazio, Campania, Calabria

Di eroina: Lombardia, Puglia, Veneto

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

Figura I.5.3: Distribuzione percentuale delle quantità di anfetaminici e delle piante di cannabis sequestrate nel 2009



Di anfetaminici: Piemonte, PA Bolzano, Sicilia

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

Particolarmente interessate dalla diffusione di droghe sintetiche sembrano essere le regioni settentrionali, in particolare il Piemonte (46,7%) e la Provincia Autonoma di Bolzano (20,3%), seguite dalla Sicilia con il 12,3% della quantità complessiva di sostanze sequestrate.

Sequestri di anfetaminici per area geografica

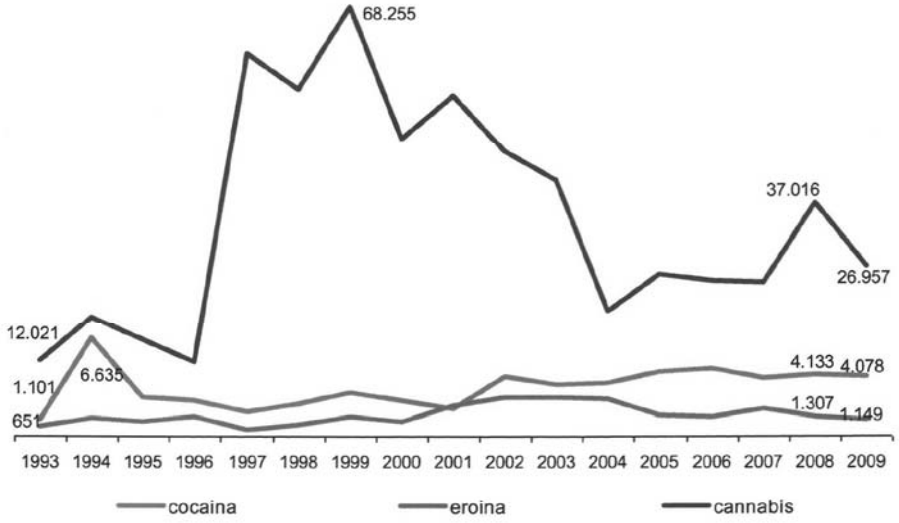
Diametralmente opposto il profilo delineato dalle attività di sequestro delle piante di cannabis a conferma dell'allarme lanciato dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga rispetto alla diffusione della produzione in proprio di sostanze illecite da parte della criminalità organizzata. I sequestri di piante di cannabis, infatti, sono stati effettuati principalmente nelle regioni meridionali della Calabria (35,1%), Campania (29,9%) e Sicilia (19,7%) (Figura I.5.3).

Produzione in proprio e sequestri di piante di cannabis per area geografica: Calabria, Campania, Sicilia

Trend quantità di sostanze illecite sequestrate

Il trend dei quantitativi di droghe sequestrate negli ultimi quindici anni pone al vertice della classifica i derivati della cannabis, particolarmente elevati, oltre le 40 tonnellate, nel periodo 1997 - 2003; dal 2004 in poi si registra un periodo di sostanziale stabilità, ad eccezione del 2008 in cui le FFOO hanno intercettato un quantitativo che superava le 37 tonnellate (Figura I.5.4). Variabilità più contenute si osservano per gli andamenti dei sequestri di cocaina e di eroina, da 3,5 a 4,5 tonnellate per la cocaina sequestrata nel periodo 2002 - 2009, e da 1,0 a 2,5 tonnellate di eroina negli ultimi 10 anni, con trend stabile attorno al valore minimo nell'ultimo quadriennio, ad eccezione del 2007, anno in cui sono state intercettate quasi 1,8 tonnellate di sostanza.

Figura I.5.4: Quantitativi di sostanze illecite sequestrati dalle FFOO nell'ambito delle operazioni antidroga. Anni 1993 – 2009



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

I.5.3. Prezzo e purezza

I.5.3.1. Prezzo

Diminuzione del costo di cocaina, eroina LSD e ecstasy, aumento deii cannabinoidi

Anche nel 2009, continua la discesa dei prezzi massimi e minimi dell'eroina (sia nera che bianca), della cocaina, dell'acido lisergico (LSD) e della singola dose di ecstasy. Dal 2004 si osserva un innalzamento dei prezzi minimi e massimi dei cannabinoidi.

Tabella I.5.2: Prezzo minimo e massimo per unità (grammo/dose/pillola) di sostanza stupefacente – Anno 2009

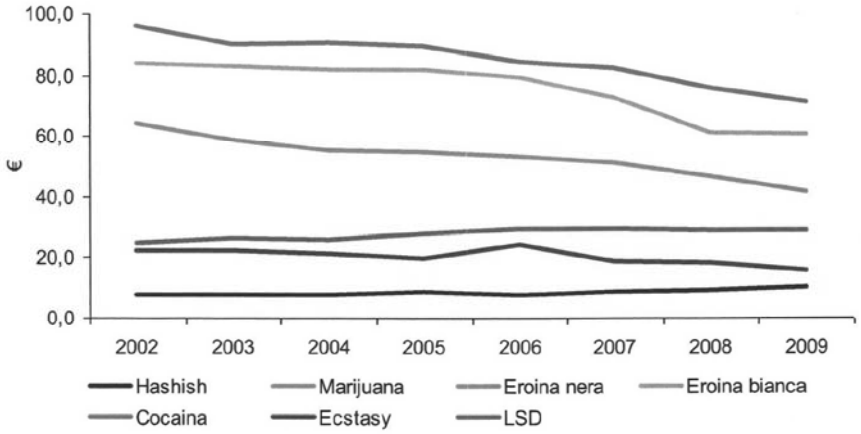
	Prezzo minimo			Prezzo massimo		
Sostanze	**2008**	**2009**	**Δ%**	**2008**	**2009**	**Δ%**
Hashish (gr)	7,91	8,8	11,3	9,87	12,8	0,3
Marijuana (gr)	6,62	7,5	13,3	7,97	8,9	0,1
Eroina nera (gr)	38,7	34,7	-10,3	54,2	48,2	-0,1
Eroina bianca (gr)	53	53,3	0,6	69,16	68,3	0,0
Cocaina (gr)	61,25	58,8	-4,0	90,25	83,8	-0,1
Ecstasy (dose)	16,8	14,8	-11,9	18,2	16,2	-0,1
LSD (dose)	15,6	14,1	-9,5	21,1	17,7	-0,2

Fonte: Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

Trend prezzi medi dal 2002 al 2009

Nel periodo considerato, la media dei prezzi massimi e minimi è quindi passata da 96 a poco più di 71 € per grammo per la cocaina, da circa 64 a meno di 42 € per l'eroina nera e da 84 a meno di 61 € per quella bianca; una forte diminuzione della media dei prezzi si osserva per una singola pasticca di ecstasy acquistabile a circa 24 € nel 2006 ed a meno di 16 nell'ultimo biennio (Figura I.5.5).

Figura I.5.5: Media dei prezzi (minimo e massimo) per dose di sostanza psicoattiva. Anni 2002 - 2009



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

I.5.3.2. Purezza

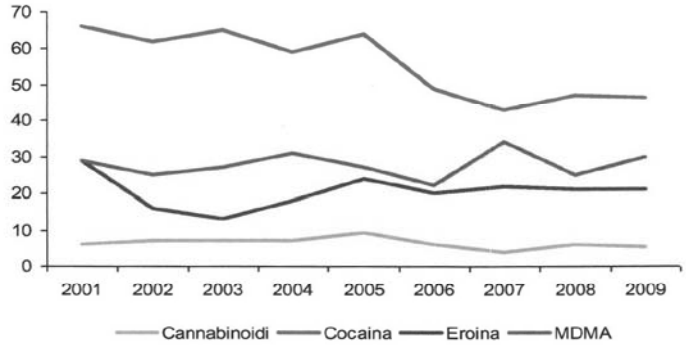
I dati di purezza delle sostanze stupefacenti derivano dalle analisi effettuate dalla Sezione Indagini sulle Droghe del Servizio Polizia Scientifica della Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato inseriti nelle schede dell'European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addictions. I dati sono relativi sia ai sequestri di maggiori quantitativi che ai sequestri di droga da strada.

Diminuzione della purezza della cocaina e dei cannabinoidi

Dal 2001 al 2009 la percentuale media di principio attivo rilevata nei campioni analizzati è diminuita per la cocaina, passando dal 66% al 46%; in leggero calo anche la percentuale di principio attivo presente nei cannabinoidi (THC), che nel 2009 è pari al 5% circa. Per quanto riguarda la percentuale di MDMA, dopo la diminuzione registrata nel 2008 si osserva un nuovo aumento nel 2009 (30% di principio attivo). La percentuale di sostanza pura nell'eroina è rimasta stabile, confermando il valore osservato nel 2008 (21%).

Aumento del principio attivo nei preparati di MDMA

Figura I.5.6: Percentuale media di sostanza pura riscontrata nelle sostanze rinvenute dalle FFOO negli anni dal 2001 al 2009



Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato

Alta variabilità della quantità dei principi attivi

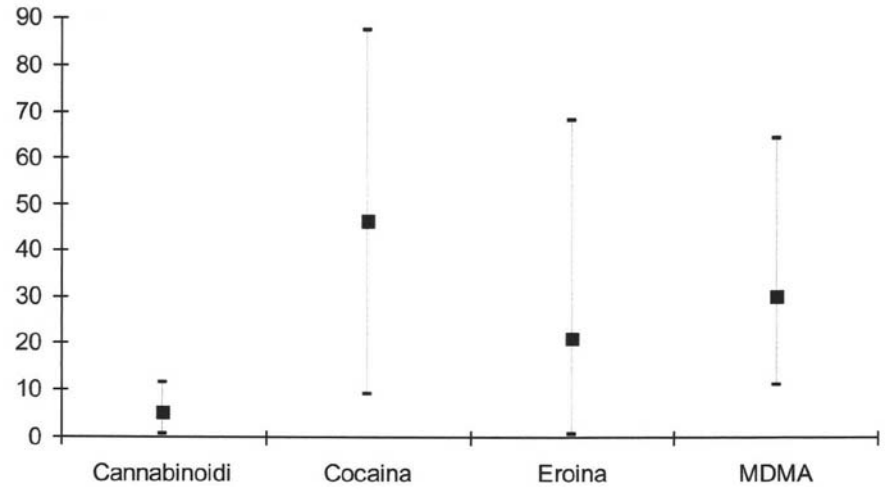
Nella Figura I.5.7 sono rappresentati i valori massimi, minimi e medi di principio attivo riscontrato nelle sostanze psicoattive illegali nel 2009. La variabilità è molto elevata: dallo 0,3% al 11,4% per i cannabinoidi, dallo 8,9% all'87% per la cocaina, dallo 0,6% al 68% per l'eroina e dall'11% al 64% per l'MDMA: tutte le variabili registrate possono dipendere anche dal mixing della tipologia dei sequestri (grosse partite o sequestri al dettaglio) che possono avere forti differenze di % di principio attivo.

Tabella I.5.3: Valori medi, minimi e massimi di principio attivo riscontrato nelle sostanze psicoattive illegali. Anno 2009

	Cannabinoidi	Cocaina	Eroina	MDMA
media	5,8	47	21	25
minimo	0,08	0,77	1	5
massimo	17	88	71	67

Elaborazione su dati Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato

Figura I.5.7: Variabilità nella quantità di principio attivo riscontrato nelle sostanze psicoattive illegali rinvenute dalle FFOO nel 2009



Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato

PAGINA BIANCA

Parte Seconda

Programmazione ed organizzazione del sistema di risposta

PAGINA BIANCA

CAPITOLO II.1.

POLITICHE SULLE DROGHE

II.1.1. Normative nazionale ed internazionali emanate nell'anno 2009

II.1.2. Normative regionali emanate nell'anno 2009

II.1.3. Attività istituzionale del Dipartimento per le Politiche Antidroga in ambito internazionale

II.1.1. Normative nazionali ed internazionali emanate nell'anno 2009

Chiosa

Come è noto, la materia di competenza del Dipartimento risulta essere tra quella soggette ad una continua evoluzione sia per il proliferare, negli ultimi anni, del numero di sostanze stupefacenti introdotte sui mercati palesemente o contrabbandate come sostanze lecite, sia per il pullulare crescente di organizzazioni criminali dedite al traffico e allo spaccio di sostanze vietate sia, da ultimo, per la facilità crescente di accesso all'acquisto di droghe anche su Internet.
Al Dipartimento politiche antidroga compete, quindi, oltre a tutte le attività consacrate come di competenza nel decreto che lo disciplina, anche il compito di studiare la normativa vigente nel settore di interesse per verificare, in prima luogo, se, *de iure condendo*, sia possibile apportare modifiche idonee ad arginare, controllare reprimere, monitorare quanto più possibile il fenomeno delle tossicodipendenze e degli effetti ad esse correlati e, in secondo luogo (anche se non per importanza) sia possibile creare una rete operativa sempre più efficace per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze .
A tale proposito ed in tale prospettiva, nel corso dell'anno 2009 il Dipartimento per le Politiche Antidroga ha seguito l'iter di alcuni provvedimenti normativi tra i quali spicca tra tutti quello inerente l'approvazione della c.d. legge Comunitaria per il 2009 (il cui iter si è concluso nel 2010), provvedimento all'interno del quale è presente la delega al Governo per il riordino l'attuazione e l'adeguamento della normativa interna ai regolamenti comunitari [(CE) n. 273/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, dell'11 febbraio 2004, dal regolamento (CE) n. 111/2005 del Consiglio, del 22 dicembre 2004, e dal regolamento (CE) n. 1277/ 2005 della Commissione, del 27 luglio 2005, come modificato dal regolamento (CE) n. 297/2009 della Commissione, dell'8 aprile 2009] relativi ai precursori di droga. Nello stesso provvedimento è cristallizzata anche la delega al Governo per la emanazione di decreti legislativi contenenti la fissazione di norme minime relative agli elementi costitutivi dei reati e alle sanzioni applicabili in materia di traffico illecito di stupefacenti (decisione quadro 2004/757/GAI del Consiglio del 25 ottobre 2004).
Nel corso del 2009 si segnala, inoltre, per effetto dell'approvazione della legge n. 94 del luglio 2009(Disposizioni in materia di sicurezza pubblica), il raggiungimento di un importante risultato normativo: l'inasprimento di tutte le sanzioni per violazioni al codice della strada commesse di notte, in particolare per guida in stato di ebbrezza o sotto effetto di droghe ed attraverso la modifica degli artt. 186 e 187 del codice della strada (decreto legislativo 285/1992).
Pare opportuno evidenziare ancora, quanto al settore legislazione, il ruolo svolto dal Dipartimento, nel corso dell'anno 2009, sul tavolo tecnico per lo studio relativo al progetto di legge riguardante l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore: in seno ad esso è stato fornito un contributo sia tecnico che scientifico per la formulazione e la stesura delle norme.
Da ultimo non può sottacersi l'attività che gli uffici tecnici del Dipartimento hanno svolto anche nel corso del 2009 per creare il raccordo tra le politiche normative nazionali e quelle internazionali: a tale proposito assume spessore determinante la redazione del piano nazionale d'azione – sezione legislazione- che costituisce lo strumento di *trait d'union* tra gli input di livello sopranazionale e gli obiettivi di politica interna.
Di seguito si allega in una tabella riepilogativa l'indicazione dei principali atti di normazione interna e comunitaria approvati nel corso del 2009 ed aventi attinenza con la materia di competenza del Dipartimento. Ad essa si aggiunge una tabella inerente la legislazione regionale. Si omette l'indicazione di atti di normazione aventi squisita rilevanza interna ai fini della organizzazione del Dipartimento in quanto non rilevanti ai fini dell'attività esterna del medesimo.

Tabella II.1.1: Normative nazionali ed Internazionali emanate nel 2009.

Atti normativi	**Ambito di intervento**
Decreto 7 ottobre 2009 del Sottosegretario di Stato con delega alle politiche antidroga. Sen. Carlo Amedeo Giovanardi	Riguardante l'istituzione di un Gruppo per le attività internazionali in tema di sostanze stupefacenti.
Decreto 10 settembre 2009 del Sottosegretario di Stato con delega alle politiche antidroga. Sen. Carlo Amedeo Giovanardi.	Relativo all'integrazione della Consulta degli esperti e degli operatori sociali sulle tossicodipendenze prevista dall' art. 132 del Testo unico in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni ed integrazioni, per sopravvenuta incompatibilità di un membro.
Decreto del 7 settembre 2009 del Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali di concerto con la Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento per le politiche antidroga	Inerente l' istituzione del Comitato Tecnico Scientifico del Bollettino sulle dipendenze previsto dall'art. 15 del Testo unico in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni ed integrazioni.
Legge n.94 del 15 luglio 2009	Disposizioni in materia di sicurezza pubblica e contenente la modifica agli artt. 186 e 187 del D.L.gs n. 285/1992 per guida in stato di ebbrezza o sotto l'effetto di droghe, e agli artt.75 e 75 bis del Testo unico in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni ed integrazioni.
Ordinanza Ministeriale dell' 8 ottobre 2009 emanata dal Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali	Modifiche all'ordinanza 16 giugno 2009, recante: «Iscrizione temporanea di alcune composizioni medicinali nella tabella II, sezione D allegata al testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope e di prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza»
Ordinanza Ministeriale del 2 luglio 2009 emanata dal Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali	Integrazioni all'ordinanza 16 giugno 2009, recante «Iscrizione temporanea di alcune composizioni medicinali nella tabella II, sezione D allegata al testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope e di prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza».

Ordinanza Ministeriale del 16 giugno 2009 emanata dal Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali	Iscrizione temporanea di alcune composizioni medicinali nella tabella II, sezione D allegata al testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope e di prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.

Atti normativi Comunitari	**Ambito di intervento**
Trattato di Lisbona in vigore dal 01 dicembre 2009	Il trattato di Lisbona, siglato dagli stati membri il 13 dicembre 2007 e ratificato con legge 2 agosto 2008 n.130 è entrato in vigore il 1° dicembre 2009, modifica il trattato sull'Unione europea e il trattato che istituisce la Comunità europea.
Regolamento (CE) N. 297/2009 della commissione dell'8 aprile 2009	Modifica il regolamento (CE) n. 1277/2005 che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 273/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio relativo ai precursori di droghe e del regolamento (CE) n. 111/2005 del Consiglio recante norme per il controllo del commercio dei precursori di droghe tra la Comunità e i paesi terzi.
Decisione del Consiglio UE del 6 aprile 2009	Prevede l'istituzione dell'Ufficio Europeo di Polizia "EUROPOL" con compiti di coordinamento con le istituzioni comunitarie che hanno competenza in materia di droghe e tossicodipendenze.
Decisione della Commissione UE del 23 febbraio 2009	Inerente l'attuazione del secondo programma d'azione comunitaria in materia di salute (2008-2013).

Fonte: Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche Antidroga

II.1.2 Normative regionali emanate nell'anno 2009

Tabella II.1.2: Normative regionali approvate nel 2009 per macro categoria.

Regioni	Recepimento normativa nazionale	programmazione sanitaria / P.S.R., Prog. regionale Dipendenze	Istituzione, organizzazione e riorganizzazione servizi	Atti per il finanziamento progetti / fondo lotta alla droga	Partecipazione a progetti nazionali	Prevenzione primaria	Sistema informativo dipendenze	Altri atti normativi
Abruzzo			DGR 651/2009				DGR 766/2009	
Basilicata								
Bolzano P.A.			DGP 1814/2009					
Calabria	DGR 299/2009 DGR 275/2009	DGR 168/2009		DD 8500/2009			DD 12576/2009	DD 925/2009
Campania		DGR 1657/2009 DD 878/2009		DGR 1657/2009				
Emilia Romagna	DGR 1109/2009 DGR 314/2009	DGR 313/2009		DGR 521/2009				
Friuli Venezia Giulia	DGR 1020/2009		DGR 241/2009					
Lazio								
Liguria								
Lombardia								
Marche								
Molise								
Piemonte	DGR 13-10928		DGR 61-12251 DGR 63-12253 DGR 96-13036	DGR 15-12608				
Puglia		DGR 1865/2009		DGR 1442/2009				DGR 2567/2009
Sardegna			DGR 39/5/2009					
Sicilia	DECRETO 24/09/2009							
Toscana			DGR 694/2009 DGR 13/2009 DGR 192/2009	DGR 860/2009 DGR 1260/2009		DGR 261/2009 DGR 305/2009 DGR 1258/2009	DGR 948/2009	DGR 693/2009 DGR 694/2009 DGR 977/2009 DGR 1259/2009
Trento P.A.	DGP 1776/2009	DGP 3020/2009						
Umbria								
Valle d'Aosta	DGR 20/03/2009							
Veneto								

Fonte: Regioni e Province Autonome

II.1.3. Attività istituzionale del Dipartimento per le Politiche Antidroga in ambito internazionale.

Anche nell'anno 2009 il Dipartimento per le Politiche Antidroga ha svolto attivamente, in modo intenso e produttivo, il suo ruolo di coordinamento delle attività internazionali dei Ministeri a vario titolo competenti in materia di controllo degli stupefacenti e delle sostanze psicotrope e di prevenzione con le politiche sociali e sanitarie.
L'attività del Dipartimento in ambito internazionale viene coordinata dall'Ufficio I Tecnico-Scientifico.
Fra i principali obiettivi perseguiti dal Dipartimento per le Politiche Antidroga nel 2009 si può segnalare, da un lato, il rilancio dei rapporti internazionali sia a livello comunitario, sia a livello multilaterale, nella consapevolezza che solo l'impegno unitario di tutti gli organismi coinvolti possa incidere significativamente nella lotta alla droga, e, dall'altro, la creazione di un flusso bidirezionale delle informazioni che permetta al nostro Paese di offrire un contributo alla stesura dei documenti europei e di condividere con gli altri Stati membri esperienze e buone prassi.
Tali obiettivi sono stati assicurati tramite una valida e qualificata presenza del nostro Paese nelle varie assise internazionali, sia direttamente sia attraverso delegati competenti per materia, evitando duplicazioni e garantendo invece il massimo delle sinergie possibili, nel pieno rispetto delle diverse competenze istituzionali.
In particolare per l'anno 2009 pare opportuno segnalare le attività svolte dal Dipartimento presso i seguenti organismi: Gruppo Orizzontale Droga del Consiglio dell'Unione Europea (HDG), Osservatorio Europeo sulle Droghe e le tossicodipendenze (EMCDDA)di Lisbona, Gruppo Pompidou del Consiglio d'Europa, Commissione stupefacenti delle Nazioni Unite (CND), Gruppo di Dublino.
Il ruolo del Dipartimento a livello comunitario si è estrinsecato anzitutto in una partecipazione attiva e fattiva alle riunioni mensili del **Gruppo Orizzontale Droga**, struttura tecnica di coordinamento del Consiglio dell'Unione europea. Una delle funzioni fondamentali di tale gruppo di lavoro consiste nel predisporre una politica comune in materia di droga e di perseguire la sua attuazione, il tutto nel pieno rispetto delle competenze degli altri gruppi comunitari. Molti sono stati i temi trattati che hanno richiesto la fattiva partecipazione del Dipartimento o dei tecnici competenti che hanno riguardato sia la riduzione della domanda che dell'offerta.
Con riferimento all'attività eseguita per **l'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le tossicodipendenze**, agenzia europea con sede a Lisbona, il DPA, nel corso del 2009 ha garantito la partecipazione italiana alle riunioni semestrali del Consiglio di Amministrazione e ha coordinato, per il tramite del Punto Focale nazionale Reitox, che ha sede presso il Dipartimento, tutte le attività di cooperazione nello scambio di dati e informazioni. Nel specifico, nel corso dell'anno 2009, sulla base del contratto che viene annualmente stipulato con EMCDDA, il Punto Focale italiano, unità operativa dell'Ufficio tecnico-scientifico del DPA, ha dato nuovo impulso alle seguenti attività:

- implementazione dei cosiddetti "5 indicatori epidemiologici chiave", nella fattispecie a) indagini sulla popolazione generale (General Population Surveys) e indagini scolastiche, b) domanda di trattamento (Treatment Demand Indicator), c) decessi e mortalità droga correlate (Drug Related Deaths and mortality), d) uso problematico di droga (Problem Drug Use), e) malattie infettive droga correlate (Drug Related Infectious Diseases);
- Sistema di allerta precoce (Early Warning System);

- Banca dati legislativa europea (European Legal Database on Drugs);
- Banca dati progetti di riduzione della domanda (Exchange on Drug Demand Reduction Action);
- Gruppo di lavoro sui prezzi dello spaccio di droga (Wholesale Drug Prices);
- Gruppi di lavoro ad hoc per la revisione di alcuni strumenti di rilevazione relativi alla raccolta di dati e informazioni sul reinserimento socio-lavorativo, sulla prevenzione primaria e selettiva, sulle nuova tecnologia informatica utilizzata dalla rete Reitox dei Punti Focali per l'inserimento ondine dei dati statistici ed epidemiologici richiesti (Fonte);
- Riunioni ristrette per la realizzazione da parte di EMCDDA di un modello di manuale per l'istituzione di osservatori nazionali.

Tramite esperti e funzionari interni al DPA ma anche grazie alla collaborazione istituzionale di rappresentanti di amministrazioni centrali o territoriali o di enti scientifici e università competenti nella materia, il Punto Focale italiano ha partecipato attivamente a tutte le riunioni in calendario e assicurato con puntualità ed efficienza la corresponsione delle risposte e dei documenti richiesti. Nel novembre 2009, in collaborazione con EMCDDA, il DPA ha organizzato un evento, aperto alla stampa e ai media, per la presentazione in Italia del Rapporto annuale sul fenomeno della droga in Europa.

In ambito europeo, altro organismo di settore nel quale il Dipartimento è impegnato è il **Gruppo Pompidou** del Consiglio d'Europa, che costituisce un forum internazionale nel quale gli Stati partecipanti condividono le esperienze nazionali al fine di armonizzare le politiche e di creare un collegamento effettivo tra i decisori politici e gli operatori nei vari settori interessati. I diversi settori sono sviluppati da piattaforme di cui fanno parte esperti, professionisti, studiosi della materia delegati dagli Stati.

Il Dipartimento a seconda delle tematiche in discussione ha presidiato i tavoli tecnici nominando di volta in volta esperti che grazie alla loro professionalità e competenza specifica in materia hanno seguito i gruppi tematici.

In seno al Gruppo Pompidou è stata istituita la *Rete Mediterranea MedNET*, rete di cooperazione sulle droghe e sulle dipendenze (compresi alcol e tabacco), che ha come obiettivo promuovere la cooperazione, lo scambio e il trasferimento reciproco di conoscenze tra i Paesi del bacino del Mediterraneo e i Paesi europei membri del Gruppo Pompidou e donatori anch'essi parte del bacino del Mediterraneo.

Nel corso del 2009 l'Italia è stato uno dei maggiori sostenitori di questa rete sostenendo la realizzazione di attività di formazione in Marocco, Libano e Algeria, attraverso la creazione di diplomi universitari in Addittologia e di seminari e supportando la realizzazione di indagini statistiche per monitorare il fenomeno droga in questi paesi (MedSPAD)

Evento straordinario di questa piattaforma è stata la organizzazione della conferenza di alto livello che si è svolta nel mese di dicembre e che ha visto la partecipazione della delegazione italiana presieduta dal Sottosegretario On. Avv. Carlo Giovanardi

Oltre a ciò, di particolare rilievo, è stata la partecipazione alla celebrazione tenutasi a Shanghai nel febbraio 2009, in occasione del *centenario della Conferenza internazionale per il controllo della droga*, durante la quale sono state presentate le strategie antidroga del governo italiano, in materia di comunicazione, prevenzione, trattamento, reinserimento sociale e riduzione dell'offerta.

Nel tale contesto i paesi partecipanti, attraverso i loro rappresentanti, hanno sottoscritto una dichiarazione nella quale, oltre al sostegno ribadito alle Nazioni Unite per la lotta alla droga, è stato confermato l'impegno comune a mobilitare risorse e a collaborare con l' Ufficio delle Nazioni Unite contro la Droga e il

Crimine e con l' Organo internazionale di controllo sugli stupefacenti.
A livello multilaterale l'azione del Dipartimento per le Politiche Antidroga ha avuto un ruolo chiave nel riaccendere la discussione sul concetto sulla necessità di declinazione del termine "riduzione del danno"
Una delle prime occasioni, di dibattito, si è avuta durante la 52^ sessione della **Commissione stupefacenti (CND)** delle Nazioni Unite, uno dei principali organismi di diritto internazionale in materia di prevenzione dell'abuso di droghe e dei suoi effetti collaterali, alla quale ha partecipato la delegazione italiana.
Nel novembre 2009, durante i lavori della III^ Commissione dell'Assemblea Generale, il Dipartimento ha contribuito fattivamente all'approvazione della Risoluzione Droga. Anche in questa occasione l'attività del Dipartimento per le Politiche Antidroga, di concerto con il Ministero affari Esteri, per tramite della Rappresentanza Permanente presso l'ONU, ha avuto esiti positivi facendo convergere i punti di vista di UK e NL, paesi con idee tradizionalmente contrastanti in tema di riduzione del danno.
In tema di comunicazione l'Italia ha aderito al lancio dell'Azione Europea sulla Droga, avvenuto a Bruxelles il 26 giugno 2009, in occasione della giornata mondiale sulla droga. L'Azione è un'iniziativa lanciata dalla Direzione generale "Giustizia, libertà e sicurezza" della Commissione Europea, così come previsto nel Piano d'Azione dell'UE in materia di lotta contro la droga (2009-2012), all'obiettivo 4 (*partecipazione della società civile alle iniziative antidroga*), Azione 8. Essa è intesa come una piattaforma rivolta a tutti i soggetti pubblici e privati interessati a questo settore, per sensibilizzare i cittadini sui temi della droga e sui rischi legati all'abuso, promuovendo dialogo e scambio di buone prassi. Agli stessi fini, nel mese di dicembre 2009, il Dipartimento ha organizzato, in collaborazione con la Commissione europea, una giornata italiana di lancio dell'azione.
Sempre in tema di comunicazione, nel settembre 2009, il Dipartimento ha promosso un incontro bilaterale con l'organismo di coordinamento delle politiche antidroga francese: la MILDT (*Mission Interministerielle de la lutte contre la drogue et la toximanie*); tale incontro si è tenuto a Roma con l'obiettivo di favorire lo scambio di informazioni sulle politiche antidroga dei rispettivi paesi, a livello nazionale e internazionale, con particolare riguardo alle rispettive campagne nazionali di informazione e la presentazione degli spot italiani sui mass media.
Si ricorda, inoltre che nell'ambito delle Nazioni Unite, il Dipartimento collabora infine con altri due importanti organismi: l'**UNODC (Ufficio delle Nazioni Unite contro la Droga e il Crimine)** e l'**INCB (Organo internazionale di controllo sugli stupefacenti)**. Al riguardo l'Italia nel 2009 ha partecipato attivamente a conferenze e seminari organizzati periodicamente su tematiche specifiche (prevenzione sul posto di lavoro; trattamento obbligatorio e alleanza terapeutica) e ha collaborato con tali organismi nella stesura di documenti. Il Dipartimento per le Politiche Antidroga ha, tra l'altro, ospitato nel luglio 2009 la presentazione del Rapporto Mondiale sulle Droghe dell'UNODC, che dedica particolare attenzione all'inquinamento politico e sociale determinato dalle narcomafie, chiedendo misure più severe per la lotta contro la criminalità organizzata e lo stanziamento di maggiori risorse per la prevenzione e il trattamento delle persone che fanno uso di sostanze. Un importante capitolo del rapporto è inoltre dedicato al contrasto della diffusione delle sostanze stupefacenti tra i giovani, un impegno imprescindibile che deve orientare gli sforzi e le proiezioni operative di tutte le istituzioni, sia a livello nazionale che internazionale.
Infine durante il 2009 Il Dipartimento ha assicurato, di concerto con le altre amministrazioni nazionali competenti, la partecipazione e il coordinamento alle riunioni del **Gruppo Centrale di Dublino**, organismo di coordinamento informale delle politiche di cooperazione regionale a favore dei Paesi di

produzione e di transito di droga, di cui fanno parte i 27 Stati membri dell'UE, la Commissione europea, gli Stati Uniti, l'Australia, la Norvegia e il Giappone.
Tra i temi di rilievo trattati, nel corso dell'incontro del gennaio 2009, vi è stato il dibattito sui precursori di droghe, in questa sede sia i rappresentanti INCB che UNODC hanno sottolineato come il problema maggiore, risieda nell'Afghanistan dove pur a fronte di una diminuzione nella produzione dell'oppio, a partire dall'anno 2004 è in crescita quella dell'eroina, grazie ad un maggior impiego sul posto dei precursori che consentono la trasformazione della sostanza base.

PAGINA BIANCA

CAPITOLO II.2.

DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA

II.2.1. Organizzazione

II.2.2 Attività svolta nel corso del 2009

II.2.2.1. Il Piano progetti 2009-2010

II.2.2.2. V Conferenza Nazionale Trieste 2009

II.2.2.3. Sistema Nazionale di Allerta Precoce e Risposta Rapida per le Droghe: aspetti organizzativi e attività

II.2.3. Amministrazioni Centrali

II.2.4. Amministrazioni Regionali

II.2.5. Strutture di trattamento socio-sanitario

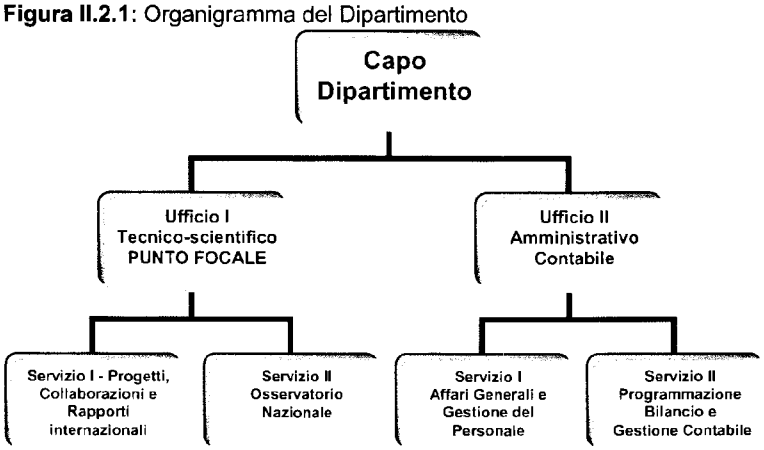
II.2. DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA

II.2.1. Organizzazione

Il Dipartimento come Struttura Permanente della Presidenza del Consiglio dei Ministri

Con DPCM del 29 ottobre 2009 il Dipartimento per le Politiche Antidroga ha cessato di essere struttura di missione ed è diventato struttura permanente di supporto per la promozione, il coordinamento ed il raccordo dell'azione di Governo in materia di politiche antidroga.
Con successivo DPCM del 31 dicembre 2009 sono stati definiti l'organizzazione e il funzionamento del Dipartimento.

Figura II.2.1: Organigramma del Dipartimento



II.2.2 Attività svolta nel corso del 2009

Funzioni del DPA

Prima di scendere nello specifico delle attività poste in essere dal Dipartimento Politiche Antidroga nel corso del 2009 giova ricordare che lo stesso è la struttura istituzionalmente deputata a tradurre l'azione di Governo in materia di politiche antidroga. Nello specifico, e sulla base dell'articolo 2 del DPCM 31 dicembre 2009, il Dipartimento per le Politiche Antidroga è la struttura di supporto di cui si avvale il Presidente del Consiglio dei Ministri o il Ministro o il Sottosegretario di Stato delegato per la promozione, il coordinamento ed il raccordo delle azioni di Governo in materia di politiche antidroga. Il Dipartimento, in particolare, provvede a promuovere, indirizzare e coordinare le azioni di Governo atte a contrastare il diffondersi delle tossicodipendenze e delle alcooldipendenze correlate, di cui al Testo Unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni, nonché a promuovere e realizzare attività di collaborazione con le pubbliche amministrazioni competenti nello specifico settore, le associazioni, le comunità terapeutiche i centri di accoglienza operanti nel campo della prevenzione, della cura, della riabilitazione e del reinserimento dei tossicodipendenti, provvedendo alla raccolta della documentazione sulle tossicodipendenze, alla definizione e all'aggiornamento delle metodologie per la rilevazione, l'elaborazione, la valutazione ed il trasferimento all'esterno delle informazioni sulle tossicodipendenze. Il Dipartimento cura la definizione ed il monitoraggio del piano di azione nazionale antidroga, coerentemente con gli indirizzi europei in materia, definendo e concertando al contempo le forme di coordinamento e le strategie di intervento con le Regioni, le Province autonome e le organizzazioni del privato sociale, anche promuovendo intese in sede di Conferenza unificata. Cura, inoltre, l'attività di informazione e comunicazione istituzionale del Governo

in materia di politiche antidroga. Provvede, mediante sistemi di allerta precoce, così come previsto dagli indirizzi europei in materia, all'evidenziazione dei rischi e delle possibili conseguenze rilevanti per la salute della popolazione derivanti dalla circolazione delle sostanze stupefacenti, provvedendo alla sorveglianza e al controllo dell'andamento del fenomeno e assicurando il regolare flusso dei dati richiesto dalle strutture e dalle amministrazioni europee competenti nel settore. Promuove, finanzia e coordina attività di studio, ricerca e prevenzione nel campo dell'incidentalità correlata all'uso di droga e alcol. Nell'ambito del Dipartimento opera l'Osservatorio permanente italiano sulle droghe e sulle tossicodipendenze come previsto dall'art.1 del DPR 309/90 e successive modifiche, che cura la raccolta, anche provvedendo al coordinamento dei flussi di dati dalle amministrazioni interessate, l'elaborazione e l'interpretazione di dati statistico-epidemiologici, farmacologico-clinici, psicosociali e di documentazione sul consumo, l'abuso, lo spaccio ed il traffico di sostanze stupefacenti e psicotrope, provvede alle esigenze informative e di documentazione.

Definizione e monitoraggio del Piano d'Azione Nazionale

Il Dipartimento cura la definizione ed il monitoraggio del piano di azione nazionale antidroga, coerentemente con gli indirizzi europei in materia, definendo e concertando al contempo le forme di coordinamento e le strategie di intervento con le Regioni, le Province autonome e le organizzazioni del privato sociale accreditato, anche promuovendo intese in sede di Conferenza unificata. Cura, inoltre, l'attività di informazione e comunicazione istituzionale del Governo in materia di politiche antidroga. Provvede, mediante sistemi di allerta precoce, così come previsto dagli indirizzi europei in materia. all'evidenziazione dei rischi e delle possibili conseguenze rilevanti per la salute della popolazione derivanti dalla circolazione delle sostanze stupefacenti, provvedendo alla sorveglianza e al controllo dell'andamento del fenomeno e assicurando il regolare flusso dei dati richiesto dalle strutture e dalle amministrazioni europee competenti nel settore. Promuove, finanzia e coordina attività, di studio, ricerca e prevenzione nel campo dell'incidentalità correlata all'uso di droga e alcol.

Osservatorio Permanente

In tale quadro opera ed ha implementato la sua attività nel corso del 2009 l'Osservatorio permanente italiano sulle droghe e sulle tossicodipendenze che, come previsto dall'art. 1 del Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, cura la raccolta, l'elaborazione e l'interpretazione di dati statistico-epidemiologici, farmacologico-clinici, psicosociali e di documentazione sul consumo, l'abuso, lo spaccio ed il traffico di sostanze stupefacenti e psicotrope.

L'attività del Dipartimento nel corso del 2009 è stata molto intensa. Sono stati realizzati studi rilevanti in ambito preventivo e pubblicazioni che sono state poi distribuite sull'intero territorio nazionale.

Linee guida cocaina e minori

Il Dipartimento ha realizzato le linee guida "Cocaina e minori" realizzate con l'obiettivo di dettare delle linee di indirizzo per genitori, educatori, operatori sanitari per le attività di prevenzione e l'identificazione precoce dell'uso di sostanze nei minori, attuando nel contempo una valutazione degli interventi di prevenzione. Inoltre il manuale contiene un corposo numero di allegati tra i quali spiccano: la guida per genitori, educatori e amministratori basata sulla ricerca scientifica, contenente indicazioni per prevenire l'uso di droghe tra i bambini e gli adolescenti; la raccolta dei materiali della campagna informativa nazionale; una guida per il trattamento individuale della dipendenza da cocaina attraverso il counseling.

Linee di indirizzo

Il Dipartimento è stato spesso coinvolto, nelle assise internazionali, in discussioni

Prevenzione Patologie Correlate

riguardanti la prevenzione delle patologie correlate alla tossicodipendenza ed ha espresso in modo esplicito la necessità di definire le misure e le azioni concrete da attivare per questi tipi di interventi. A tal proposito è stato redatto un testo, in forma bilingue, che è stato distribuito sia sul territorio nazionale che estero.

Progetto EWS

Nel corso dell'anno è stato implementato il Progetto National Early Warning System" per l'implementazione ed il mantenimento del Sistema Nazionale di Allerta precoce e risposta rapida per le droghe. Il progetto si prefigge l'obiettivo di intraprendere azioni volte a migliorare le procedure per la gestione delle segnalazioni e delle allerte anche con il supporto di tecnologie informatiche avanzate in quanto si è provato che la tempestività delle informazioni consente ai soggetti istituzionali e non, di individuare precocemente i pericoli correlati alle nuove droghe e alle nuove modalità di consumo e di intervenire, quindi, con adeguate misure a livello territoriale e locale

Pre-test patente

Per contenere la crescita dell'incidentalità droga alcool correlata è stato attivato lo studio sul "Pre-test patente" volto e finalizzato alla sperimentazione della procedura per l'introduzione di un test pre-patente come deterrente all'uso di sostanze nei giovani che aspirano ad ottenere la patente di guida o il patentino per motocicli;

Data base legislativo

Ancora, per garantire una migliore informazione è stato realizzato dal Dipartimento un data base legislativo contenente tutti i riferimenti normativi sia di diritto interno che internazionale aventi attinenza con la materia di competenza. A ciò si aggiunge periodicamente una pubblicazione relativa alla giurisprudenza di settore onde consentire all'utente sia tecnico che non di avere sempre notizie di prima mano sulle novità normative e giurisprudenziali nella materia.

Campagna di comunicazione "fai un gol nella vita, dai un calcio alla droga"

L'opera di comunicazione del Dipartimento ha avuto la sua massima risonanza con il lancio della campagna di informazione contro l'uso delle droghe del 2009 "Fai gol nella vita, dai un calcio alla droga": questa si è basata su spot televisivi e radiofonici e si è giovata della collaborazione di molti campioni di calcio che hanno messo al servizio dell'obiettivo la loro immagine ed i loro volti. L'impatto tra i giovani è stato dirompente così come il messaggio che con essa si è diffuso: il no alla droga deve essere totale senza distinzioni tra droghe leggere e droghe pesanti.

Drug test nei lavoratori a rischio

L'opera di prevenzione del Dipartimento per la diffusione del fenomeno droga si è estesa anche al mondo del lavoro: infatti, nell'autunno del 2009 si è aperto un tavolo per la revisione dell'Intesa che regolamenta i drug test nei lavoratori che esercitano mansioni a rischio onde valutare modifiche e aggiustamenti del provvedimento del 2007 che ha mostrato in fase di prima applicazione qualche lacuna. I lavori del tavolo vedranno la conclusione nell'anno 2010 perché ogni modifica è stata fortemente meditata e ragionata attesa la complessità scientifica ed applicativa della materia e delle pratiche ad essa connesse e tenuto conto che nel corso dei lavori del tavolo sono intercorse modifiche normative che hanno necessariamente dovuto portare i tecnici ad un lavoro di coordinamento.

Drug test nei parlamentari

Su questa stessa linea si è collocato nel corso dell'anno di cui si tratta anche il progetto che ha portato ad effettuare il drug test sui parlamentari: operazione che ha avuto grande risalto sulla stampa e che intrinsecamente voleva raggiungere l'obiettivo di far comprendere che per tutti l'uso di sostanze è nocivo e che chi gestisce e governa lo Stato ha il dovere più di tutti di mostrare con l'esempio che il raggiungimento di risultati importanti professionali non può essere ottenuto che con una vita sana e pulita senza alcuna schiavitù o dipendenza. E' motivo di

orgoglio per il Dipartimento che la risposta del mondo politico sia stata sana e positiva tutta rivolta al perseguimento dell'obiettivo comune: arginare, contenere e se possibile sconfiggere il fenomeno droga.

Piano di azione

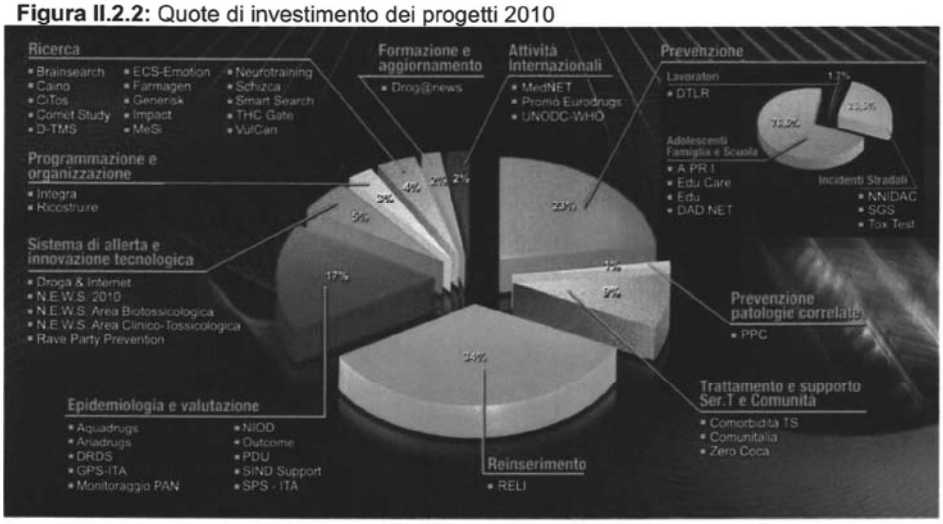
Nel corso del 2009 si sono svolti una serie di incontri sia con le Amministrazioni Centrali, sia con le Regioni e le Province Autonome sia con le Associazioni del Privato Sociale per iniziare la stesura del nuovo piano d'azione. Per l'elaborazione del nuovo Piano Nazionale sulle droghe ci si è riferiti a quanto emerso nella Conferenza Nazionale sulle Politiche Antidroga tenutasi a Triste e ai principi definiti dal Piano d'Azione Europeo 2009-2012.

II.2.2.1.Il Piano progetti 2009-2010

Piano progetti 2009/10: €26.000.000,00 di budget investito

La descritta attività del Dipartimento nel corso del 2009 ha ricevuto un forte impulso grazie alla scelta operativa di creare un poderoso piano progetti, che verrà implementato nel corso del 2010. Tale piano è organizzato per aree logiche: Prevenzione, Prevenzione delle patologie correlate, Trattamento e supporto Ser.T. e Comunità, Reinserimento, Epidemiologia e valutazione, Sistema di allerta ed innovazione tecnologica, Programmazione e organizzazione, Ricerca, Formazione ed aggiornamento, Attività internazionali.
In particolare il Dipartimento ha attivato, per un totale di spesa di oltre 26 milioni di euro, 49 progetti, tutti affidati a realtà istituzionalmente riconosciute e di comprovata esperienza, sia di carattere nazionale che locale, capaci di fornire ampie garanzie in fatto di affidabilità e di certezza di risultato.
Nota caratteristica del piano è che il coordinamento di tutti questi progetti sarà accentrato sul Dipartimento che provvederà alle verifiche in progress dei risultati raggiunti. Pur non entrando nel merito dei singoli progetti verranno di seguito elencati in modo sintetico alcune di queste attività.

Figura II.2.2: Quote di investimento dei progetti 2010



La prevenzione (23% del budget investito)

Nello specifico per ciò che riguarda il settore della Prevenzione, esso rappresenta il 23% del budget impegnato, a dimostrazione dell'importanza che si vuole riconoscere all'"early detection" e all'"early support and treatment", per la riduzione dei tempi di esposizione agli effetti dannosi delle droghe. All'interno di quest'area sono state inoltre effettuate ulteriori sottocategorie a seconda del target a cui queste attività di prevenzione vengono rivolte. La prima sottocategoria si rivolge ad adolescenti, famiglie, scuole; in quest'ambito trovano collocazione il progetto EDU, attivato in collaborazione con il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, volto alla creazione di una rete nazionale di portali informativi ed interattivi per le scuole finalizzati al supporto e all'informazione di

studenti, insegnanti e genitori per la prevenzione dell'uso di sostanza stupefacenti anche attraverso la diffusione di materiali e notizie di approfondimento; ed il progetto Edu.Care, attivato in collaborazione con l'International Training Centre of Internazional Labour Organization il cui obiettivo principale è il potenziamento delle abilità educative di genitori ed educatori di preadolescenti e adolescenti rispetto alle problematiche connesse all'uso di sostanze stupefacenti, per la diagnosi precoce (early detection) e la diffusione di un'informazione scientificamente orientata. Sempre all'interno di questo ambito, considerato anche l'aumentato rischio di uso di droghe da parte di ragazzine è stata avviato un progetto dedicato alle donne, DAD.NeT. Il progetto prevede la realizzazione di una serie di microinterventi che riguarderanno l'ambito della prevenzione, del supporto assistenziale e del reinserimento e che avranno come target principale tre categorie specifiche del genere femminile: giovani donne che non usano droghe ma considerate a rischio e quindi tale intervento sarà essenzialmente di tipo preventivo; ragazze e donne che fanno uso occasionale di droghe; ragazze e donne che hanno già sviluppato problemi di dipendenza e/o affette da patologie correlate che necessitano di una assistenza rispettosa del loro genere a copertura dell'ambito assistenziale e del reinserimento. La seconda sottocategoria, è rivolta a lavoratori a cui è affidato un lavoro particolarmente a rischio. Tale progetto viene realizzato in collaborazione con RFI - Rete Ferroviaria Italiana nel contesto del progetto DTLR. Obiettivo generale del progetto è la costituzione di un network tra le unità operative esistenti per lo sviluppo di sistemi di monitoraggio e valutazione standardizzata degli esiti dei test eseguiti presso le Aziende sanitarie per il rilevamento dell'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope da parte dei lavoratori addetti alle mansioni a rischio. La terza sottocategoria è dedicata alla prevenzione degli incidenti stradali, proprio a quest'ultima è dedicato il progetto "Drugs on street", realizzato in collaborazione con 29 Comuni e con il coordinamento delle relative Prefetture. Obiettivo principale di questa attività è la prevenzione dell'incidentalità notturna nel week-end dovuta a guida in stato di ebbrezza e/o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti.

Prevenzione patologie correlate (1% di budget investito)

Alla prevenzione delle patologie correlate e dei comportamenti devianti derivanti dall'uso di sostanze stupefacenti e psicoattive è dedicato l'1% del budget per la realizzazione di uno studio su scala nazionale volto a misurare l'efficacia dei sistemi di azioni di prevenzione delle patologie correlate alla tossicodipendenza, che sovente si muovono su indicatori di efficacia tra loro non comparabili.

Trattamento e supporto Ser.T. e Comunità Terapeutiche (9% del budget investito)

Per incentivare una migliore organizzazione e funzionalità dei servizi italiani (Ser.T e Comunità Terapeutiche) è stato dedicato il 9% del budget totale. Il progetto Comunitalia, per esempio, ha come obiettivo la creazione di un coordinamento tecnico nazionale permanente in grado di consorziare tutte le associazioni del privato sociale che operano nel settore delle tossicodipendenze, al fine di concertare e condividere strategie di intervento. Nello specifico è prevista l'attuazione di un sistema di monitoraggio sistematico e permanente dei dati relativi le Comunità Terapeutiche (informazioni anagrafiche e strutturali, volume e tipo di attività, informazioni di tipo economico sul ciclo attivo e relativi crediti).

Reinserimento (34% del budget investito)

Al reinserimento sociale e lavorativo, considerato dal Dipartimento come intervento prioritario al quale dedicare una attenzione particolare, è stato dedicato il 34% dei fondi a disposizione. Il progetto RELI si propone di definire promuovere e diffondere un modello di reinserimento socio-lavorativo integrato dei servizi pubblici e di quelli del privato sociale, basato in primo luogo sul supporto e sulla creazione di "unità produttive" in grado di ospitare persone tossicodipendenti in riabilitazione al fine di agevolarne il reinserimento lavorativo.

Altro obiettivo è di orientare le unità produttive al lavoro di impresa sociale, prevedendo una regolare retribuzione dei lavoratori ed un affidamento di denaro gestito e regolamentato.

Epidemiologia e Valutazione (17% del budget investito)

Alle attività di epidemiologia e valutazione, necessarie per monitorare l'andamento del fenomeno droga e tarare poi gli interventi necessari per arginarlo, nonché dare la possibilità ai decisori politici di legiferare sulla base delle reali necessità, è stati dedicato il 17% dei fondi a disposizione.

Sistemi di allerta (5% del budget investito)

Punto di forza per il perseguimento delle politiche dipartimentali è l'utilizzo di sistemi di allerta precoce che, attraverso l'evidenziazione dei rischi e delle possibili conseguenze per la salute della popolazione derivanti dalla circolazione delle sostanze stupefacenti consente l'attivazione di risposte rapide e concrete da parte delle unità operative territoriali e regionali anche grazie al coinvolgimento di Regioni e Province Autonome, di Forze di Polizia, e di una serie di organi afferenti (le strutture scientifiche e laboratoristiche operative nel settore e presenti sul territorio nazionale). Il progetto quadro N.E.W.S. 2010 intraprenderà una serie di azioni volte a migliorare le procedure per la gestione delle segnalazioni e delle allerte, anche con il supporto di nuove tecnologie informatiche, e ad ampliare le proprie risorse informative.

Per il mantenimento e per l'implementazione di questo sistema è stato dedicato il 5% dei fondi. Il progetto quadro del Sistema di allerta si articola in quattro sottoprogetti ad esso correlati: sotto progetto area-biotossicologica, sottoprogetto area clinico tossicologica, droga ed internet, rave party. I due ultimi sottoprogetti, realizzati in collaborazione anche con la Polizia Postale e delle Comunicazioni ed affidati alla Croce Rossa, rispondono a due emergenze rilevate anche a livello internazionale della vendita di sostanze, soprattutto alle persone minori, attraverso siti internet o social network e alla realizzazione di eventi non autorizzati spesso causa di molteplici problemi sanitari e di ordine pubblico. A tale proposito queste due azioni hanno il compito principale di realizzare un sistema di sorveglianza della domanda e dell'offerta di sostanze stupefacenti agganciato al Sistema di allerta nazionale in grado di evidenziare l'offerta in internet di sostanze stupefacenti, di farmaci e sostanze psicoattive ad oggi non controllate, e, contemporaneamente rilevare l'andamento e la tipologia della domanda via internet, al fine di individuare possibili linee di prevenzione sia in ambito socio sanitario che nell'ambito della prevenzione e del controllo. Oltre a ciò ci si propone di attivare in Italia un monitoraggio preventivo di rave party per intervenire in modo appropriato attraverso un attività sinergica posta in essere non solo dai servizi sanitari ma anche dalle forze dell'ordine.

Programmazione ed Organizzazione (3% del budget investito)

Per dare la possibilità ai servizi di meglio strutturarsi sono state previste attività progettuali per un totale del 3% del budget totale a disposizione. Il Dipartimento ha stanziato a disposizione della Regione Abruzzo un fondo specifico per contribuire a ripristinare la rete dei servizi per le tossicodipendenze, Progetto Ricostruire, in seguito al terremoto che ha colpito queste zone. Oltre ciò con il progetto Integra si andrà a definire un modello organizzativo fortemente orientato all'integrazione tra servizi pubblici e del privato sociale.

Ricerca (4% del budget investito)

All'attività di ricerca, principalmente caratterizzata dalla creazione di un Network Nazionale di Ricerca sulle Dipendenze (NNRD) costruito da 15 centri collaborativi cui sono stati affidati progetti finanziati con il 4% del budget investito. Nello specifico l'obiettivo principale del Network è di promuovere e realizzare studi e ricerche applicate in ambito specialistico che hanno come area di intervento e base di riferimento la disciplina delle neuroscienze.

Sono stati così individuati 15 Centri Collaborativi, numero destinato ad essere implementato, al fine di iniziare un percorso che porti tutti gli operatori del settore a poter disporre di nuove informazioni e visioni in questo ambito e più in generale per introdurre elementi di innovazione in un sistema che molto spesso si è trovato in condizioni di ritardo rispetto alla rapida evoluzione del fenomeno droghe e tossicodipendenze. I progetti attivati spaziano dalla mappatura cerebrale delle aree del Craving e del Resisting tramite Stimolazione Magnetica Transcranica e Neurotraining, allo studio delle alterazioni cerebrali, delle alterazioni del sistema

immunitario e del sistema emozionale e dei danni genetici indotte dall'uso in particolare di cannabis e cocaina fino ad arrivare a studi sulla progressione della dipendenza, sulle condizioni di vulnerabilità e sull'insorgere di disturbi psichiatrici indotti dalle sostanze.

Introdurre una nuova modalità di lettura del fenomeno attraverso una chiave più scientifica e che, per l'interpretazione degli eventi, parta dalla comprensione delle funzionalità e delle attività cerebrali e di come le sostanze stupefacenti alterino queste funzionalità, potrà solo arricchire il bagaglio culturale degli operatori e migliorare la specificità dei loro processi di decision-making terapeutico non solo in ambito medico ma anche in ambito psicologico, sociale ed educativo.

Formazione e aggiornamento (2% del budget investito)

Uno degli obiettivi strategici del Dipartimento è stato nel corso del 2009 quello di creare una campagna di informazione capillare e a tutto raggio che fosse in grado di raggiungere lal maggior parte della popolazione possibile poiché l'esperienza ha mostrato che solo informando e diffondendo notizie è possibile prevenire ed arginare un fenomeno che si nutre soprattutto tra i più giovani ed inesperti di incoscienza e di non conoscenza. Per le motivazioni accennate ai progetti descritti si aggiunge la creazione da parte del Dipartimento di una serie di portali informativi che abbiano lo scopo di aggiornare il cittadino e gli operatori del settore. I portali vengono aggiornati con sistematicità a cadenze fisse con contestuale invio mensile a tutte le Comunità ed i Ser.T. A queste attività il Dipartimento ha dedicato il 2% del budget, nello specifico per la realizzazione del progetto "Droganews" in forza del quale si è dato vita, in collaborazione con l'Unicri e con il Ministero della Salute, ad un portale di informazione suddiviso in specifiche aree tematiche con la possibilità di inoltrare newsletter di aggiornamento scientifico- istituzionale sulle tematiche droga correlate.

Attività Internazionali (2% del budget investito)

Ultimo settore, ma non ultimo in termini di importanza, al quale il Dipartimento ha dedicato il 2% dei fondi, è il settore attività internazionali che ha previsto lo sviluppo di attività dedicate principalmente alla prevenzione, alla ricerca, ed alla formazione del personale in collaborazione con organismi europei e delle Nazioni Unite.

Figura II.2.3: Sintesi dei progetti divisi per area

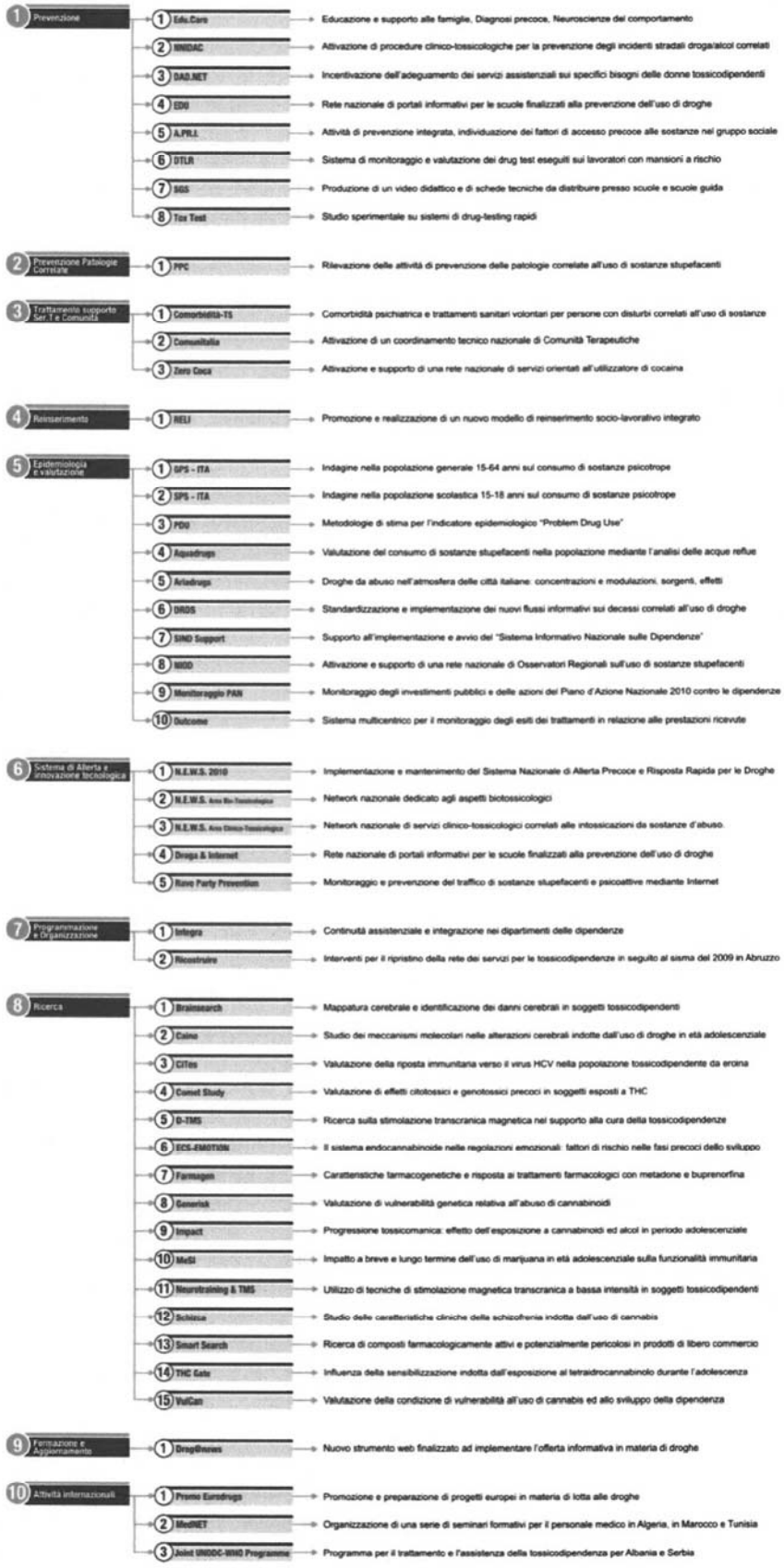


Figure II.2.4 e **II.2.5:** Network dei Centri Collaborativi del Dipartimento per le Politiche Antidroga

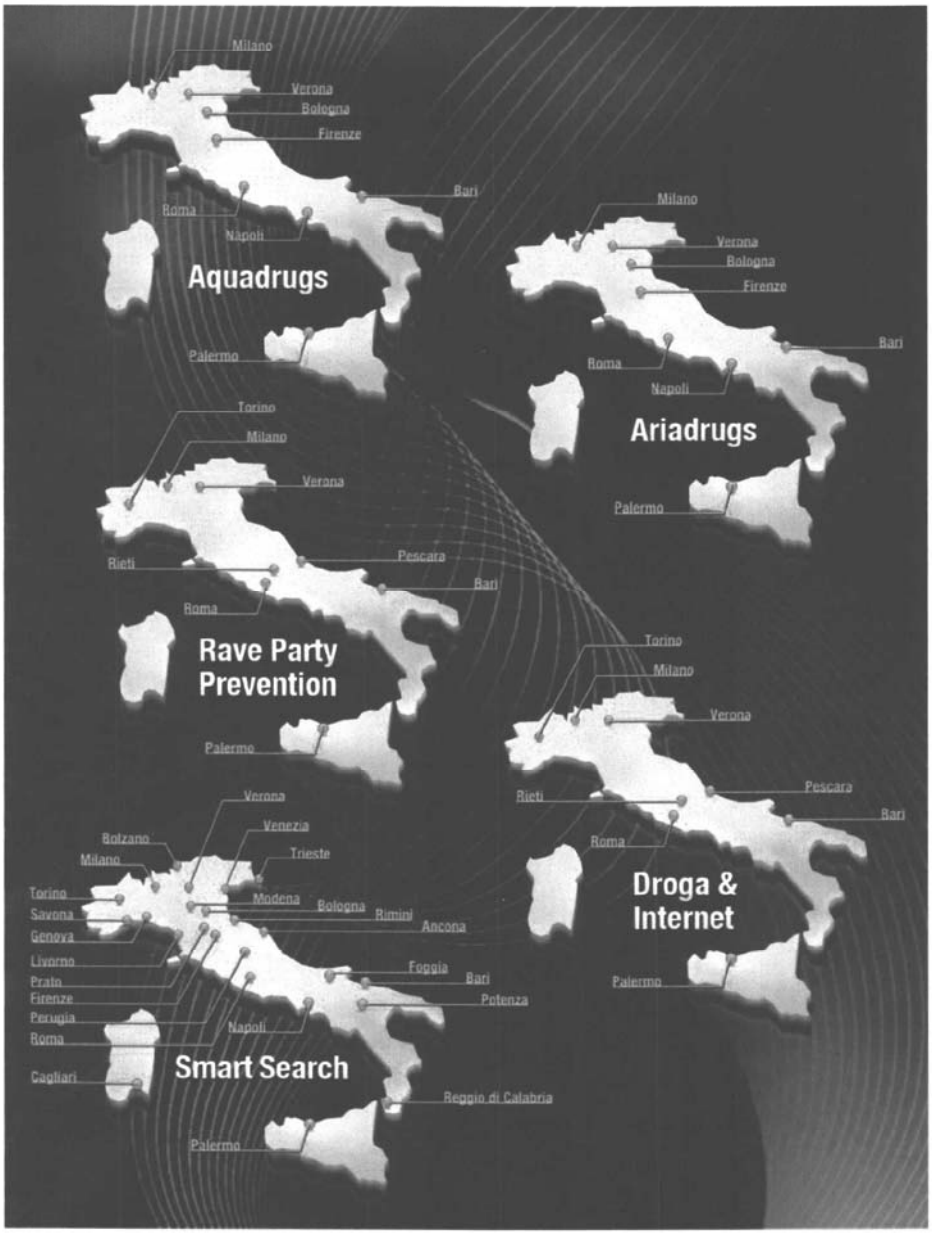
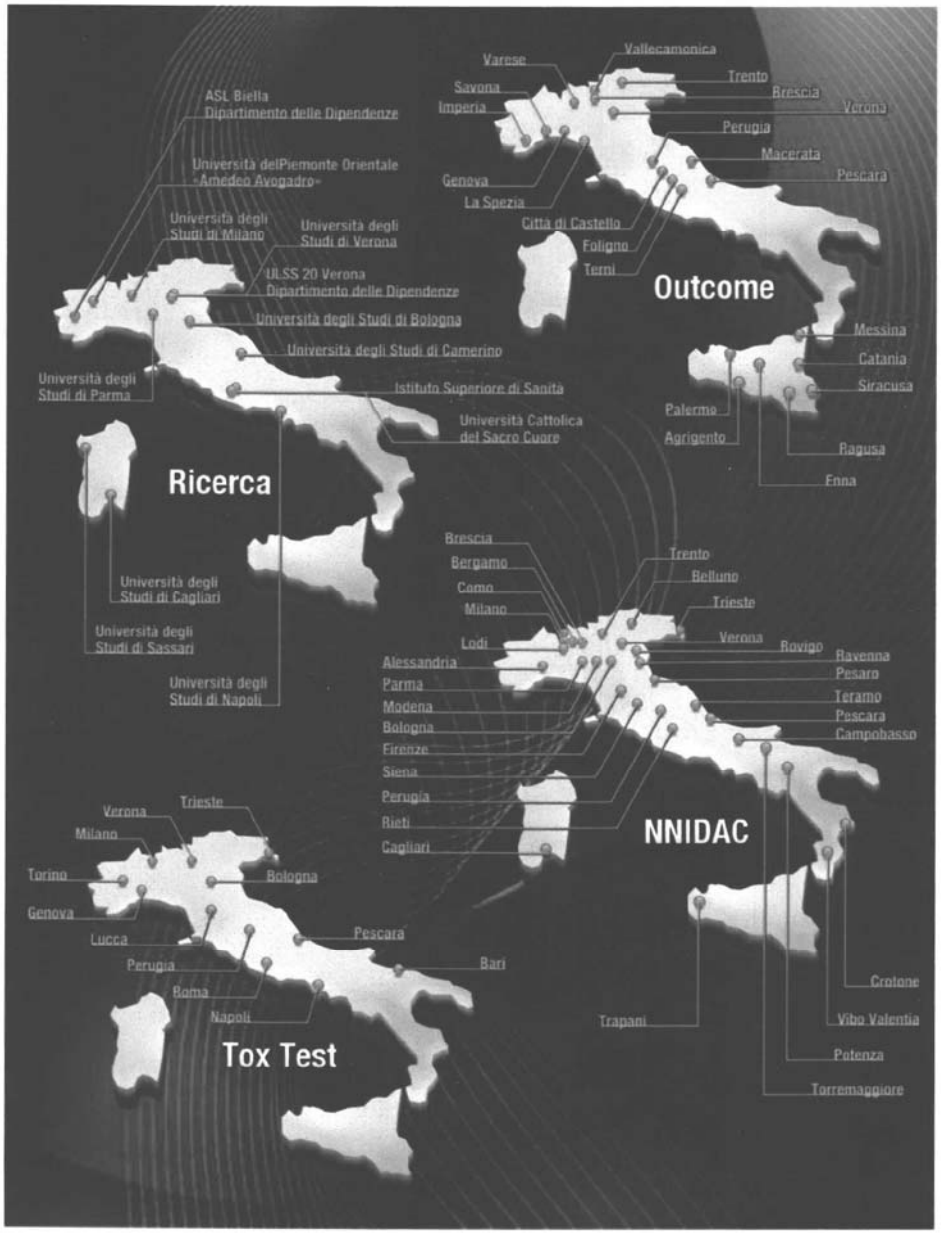


Figure II.2.4 e **II.2.5:** Network dei Centri Collaborativi del Dipartimento per le Politiche Antidroga



II.2.2.2. V Conferenza Nazionale Trieste 2009

Premessa

Nel mese di marzo 2009 si è svolta a Trieste la Quinta Conferenza Nazionale sulle Politiche Antidroga. Questo avvenimento di rilevante importanza, ha visto la partecipazione di oltre 1.400 operatori del pubblico e del privato sociale. In tale contesto sulla base delle problematiche e delle indicazioni emerse, sono state delineate le linnee d'azione prioritarie che il Dipartimento Politiche Antidroga seguirà per il prossimo triennio. I lavori della conferenza sono stati poi ripresi in una pubblicazione "Sintesi degli orientamenti espressi dagli operatori nella V conferenza" distribuita a tutti i servizi italiani e scaricabile dal sito www.conferenzadroga.it. Qui in seguito, per completezza di informazione, riportiamo una tabella riassuntiva delle aree di interesse e dei macro obiettivi delineati, rimandando alla pubblicazione sopraccitata per la trattazione esaustiva dell'argomento.

Macro obiettivi emersi

Tabella II.2.1: Sintesi dei degli orientamenti espressi dagli operatori nella V Conferenza

	Area di interesse	Macro obiettivo
1	Nuove Strategie generali e Piano di Azione 2009 - 2012	Ridefinire le strategie generali nazionali di intervento concretizzandole in un realistico e sostenibile Piano d'Azione 2009 - 2012 mediante concertazione tra tre attori: • Amministrazioni Centrali; • Regioni e P.A; • Organizzazioni non governative di settore.
2	Rapporto tra Regioni ed Amministrazioni Centrali (DPA)	Ridiminuire il rapporto al fine di rendere le azioni ed i programmi di intervento più coordinati ed omogenei su tutto il territorio nazionale
3	Applicazione degli atti di intesa Stato-Regioni	Richiedere ed ottenere l'applicazione dell'atto di intesa Stato-Regioni, attualmente ancora inevaso in molte Regioni e P.A.
4	Fondo nazionale "Lotta alla Droga"	Ripristino e ricentralizzazione del Fondo Nazionale Lotta alla Droga
5	Fondi indistinti Sanitari trasferiti alle Regioni (quota del livello II della spesa sanitaria) per la tossicodipendenza	Finalizzazione con vincolo di destinazione di una percentuale minima (non meno del 1,5%) di questi fondi per interventi nell'ambito della lotta alla droga in ogni singola Regione
6	Riforma dei servizi pubblici e privati	Ripensare e riprogettare la rete dei servizi introducendo modifiche strutturali e funzionali che li rendano più appropriati all'attuale realtà
7	Dipartimenti delle Dipendenze	• Attivare i Dipartimenti delleDipendenze in tutte le Regioni e le Province Autonome • Incrementare e mantenere la capacità di diagnosi precoci e terapie specifiche per le malattie infettive • Unità per la diagnosi clinico- tossicologica
8	Prevenzione patologie correlate (Riduzione del danno - RD)	• Definire nuove linee nazionali di indirizzo operative per l'attivazione, mantenimento e/o riorientamento delle attività di prevenzione delle patologie correlate • PPC (prevenzione secondaria, definita anche riduzione del danno) sul territorio nazionale. • Collegare fortemente queste attività con le attività ed i programmi di cura e riabilitazione delle persone tossicodipendenti.

9	Crediti delle comunità /debiti delle Regioni e P.A. (circa 26 milioni di euro non pagati delle attività svolte in questi anni – stima minima)	Attivare un progetto per la creazione di una Associazione/Consorzio di impresa temporaneo (in cui associare tutte le comunità con crediti) al fine di poter accedere a finanziamenti erogati dal DPA in una quota proporzionale alla quota di crediti con le Regioni e P.A.
10	Difformità delle rette delle comunità terapeutiche	Rendere omogenee le tariffe delle rette delle comunità terapeutiche a livello nazionale (ad ISO prestazioni)
11	Accertamento credito d'imposta tramite "Equitalia"	Risolvere il problema del debito di imposta per le comunità che hanno crediti con le Regioni
12	Attivazione nuovi progetti di vero reinserimento (nuovo orientamento) lavorativo e sociale	Promuovere mediante un progetto nazionale un forte riorientamento alla riabilitazione e al reinserimento sociale e lavorativo
13	Rilancio di un nuovo e vero piano di prevenzione nazionale	Definire linee di indirizzo innovative e di impatto concreto nel prevenire l'uso di sostanze ed individuare e risolvere precocemente le situazioni di rischio
14	Tossicodipendenti e svolgimento di lavori con mansioni a rischio	Standardizzare sul territorio nazionale le procedure di valutazione di secondo livello nei Ser.T.
15	Prevenzione incidenti stradali droga/ alcol correlati (area prioritaria)	• Attivare in forma permanente il protocollo DOS (accertamenti clinico tossicologici "on site" o presso i Ser.T.) già sperimentato e testato nella sua efficacia e fattibilità, in grandi realtà italiane • Definire linee di indirizzo integrate tra i vari settori coinvolti
16	Flussi dati, sistema informativo e monitoraggio permanente	• Creazione di un Data Base Integrato (DBI) centralizzato presso il DPA • Realizzare ed attivare un osservatorio nazionale permanente sulle Dipendenze presso il DPA (art. 1, DPR 309/90) • Attivare il flusso SIND dalle Regioni e P.A. e i flussi dalle Amministrazioni Centrali verso tale Osservatorio
17	Consumatori Cronici e studio dei fattori di cronicizzazione	Comprendere i fattori determinanti al fine di ridurre la cronicizzazione dei pazienti
18	Donne e Dipendenze: la maggiore vulnerabilità	Attivare interventi e programmi specifici e linee di indirizzo destinate alle donne tossicodipendenti
19	Legislazione	Migliorare gli aspetti procedurali e valorizzare i programmi di recupero
20	Sistema Nazionale di Allerta Precoce	Attivare e mantenere il sistema nazionale di allerta precoce, centralizzato e collegato con quello europeo
21	Valutazione dei risultati	Attivare sistemi permanenti della valutazione degli esiti dei trattamenti (efficacia in pratica - effectiveness) e considerare l'esistenza e l'utilizzo di tali sistemi criterio necessario per la finanziabilità dei sistemi e dei progetti
22	Nuovo ruolo del DPA	Definire nuovi compiti, funzioni e ambiti di un possibile coordinamento nazionale cosi come richiesto in V conferenza Nazionale

Gli incontri di post-conferenza

Inoltre per approfondire in modo più esauriente alcune tematiche, nei mesi successivi alla conferenza sono stati organizzati degli incontri ad hoc su argomenti che hanno riguardato l'organizzazione dei servizi, il trattamento, la prevenzione, il

carcere ed i rapporti internazionali.

II.2.2.3. Sistema Nazionale di Allerta Precoce e Risposta Rapida per le Droghe: aspetti organizzativi e attività

Principali riferimenti normativi

In conformità a disposizioni Europee in materia, nel 2008 il Dipartimento Politiche Antidroga ha attivato anche nel nostro Paese il Sistema Nazionale di Allerta Precoce e Risposta Rapida per le Droghe – National Early Warning System (N.E.W.S.). Infatti, in ottemperanza alla Decisione del Consiglio Europeo 2005/387/JHA del 10 maggio 2005, anche l'Italia, in quanto Stato Membro, deve assicurare l'invio all'Europol e all'Osservatorio Europeo per le Droghe e le Tossicodipendenze (OEDT) informazioni sulla fabbricazione, sul traffico e sull'uso, incluso quello medico, di nuove sostanze psicoattive e di preparati contenenti dette sostanze, tenuto conto del rispettivo mandato dei due organi. In Italia, il Sistema Nazionale di Allerta Precoce è uno degli strumenti che garantisce il flusso di queste informazioni attraverso il Punto Focale Italiano Reitox del Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Il Sistema Nazionale di Allerta Precoce, inoltre, rientra tra le attività dell'Osservatorio permanente, istituito presso il Dipartimento Politiche Antidroga, di cui al DPR 309/90, art. 1 commi 7 e 8, per la verifica dell'andamento del fenomeno della tossicodipendenza.

Finalità

Il Sistema è finalizzato, da un lato, ad individuare precocemente i fenomeni potenzialmente pericolosi per la salute pubblica, correlati alla comparsa di nuove droghe e di nuove modalità di consumo sul territorio, dall'altro, ad attivare delle segnalazioni di allerta che tempestivamente coinvolgano le strutture deputate alla tutela e alla promozione della salute e responsabili della eventuale attivazione di adeguate misure in risposta alle emergenze segnalate.

Aspetti organizzativi

Il Sistema Nazionale di Allerta Precoce opera mediante gruppi di lavoro organizzati su quattro livelli funzionali, sulla base di un criterio di responsabilità derivante dal ruolo istituzionale ricoperto dall'organizzazione coinvolta e dall'operatività concreta che questa svolge all'interno del sistema istituzionale (Figura II.2.6.).

Primo livello "decisionale": diretto dal Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri. Al livello decisionale competono le decisioni finali relativamente a se, quando, dove e come attivare le eventuali allerte. Il livello decisionale risulta composto da due sottolivelli:

- sottolivello A: Amministrazioni centrali;
- sottolivello B: Regioni e Province Autonome, cui competono anche le decisioni per l'attivazione delle azioni di risposta in ambito regionale.

Presso la Direzione Tecnico-Scientifica del Dipartimento Politiche Antidroga si colloca il Punto Focale Italiano Reitox, interfaccia istituzionale tra il Sistema Nazionale di Allerta Precoce con l'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (OEDT) che regola il flusso informativo tra i livelli nazionali e quello europeo. Lo Staff per la gestione dell'Information Communication Technology, composto da tecnici informatici, mantiene la tecnologia web e cura la manutenzione del software di riferimento del Sistema Nazionale di Allerta Precoce (software N.E.W.S.).

Secondo livello di "coordinamento": la Direzione del Sistema Nazionale di Allerta Precoce si avvale della consulenza e dell'operatività di tre strutture, ognuna competente e responsabile per il coordinamento di un'area specifica:

- Coordinamento nazionale per gli aspetti bio-tossicologici, di competenza dell'Istituto Superiore di Sanità, fornisce pareri, consulenze, supervisione agli eventi che nel tempo si presentano e che sono oggetto di attività del Sistema nell'ambito bio-tossicologico;
- Coordinamento nazionale per gli aspetti clinico-tossicologici: di competenza della Fondazione "Salvatore Maugeri" - Centro Antiveleni di Pavia - fornisce pareri, consulenze, supervisione agli eventi che nel tempo si

presentano e che sono oggetto di attività del Sistema nell'ambito clinico-tossicologico;

- Coordinamento nazionale per gli aspetti operativi - di competenza del Dipartimento delle Dipendenze, Azienda ULSS 20 Verona - costituisce il centro di raccolta delle segnalazioni, coordina i flussi informativi, predispone le segnalazioni, le attenzioni e le allerte per la supervisione degli altri coordinamenti e del D.P.A., cura l'aggiornamento del network di input e output, coordina l'aggiornamento e il funzionamento tecnico del software, gestisce il sistema di comunicazione interna, coordina le indagini di campo.

I tre coordinamenti operano secondo le indicazioni del Capo Dipartimento a cui rispondono direttamente. Concorrono alle decisioni di allerta, alla selezione per l'inclusione delle unità collaborative nel network di input e di output, alla fornitura di indicazioni strategiche relative all'organizzazione del Sistema e alla valutazione/analisi del quadro fornito dai dati in ingresso.

Tre progetti ad hoc

Per ciascun coordinamento, il Dipartimento Politiche Antidroga ha attivato un progetto ad hoc per la realizzazione di obiettivi specifici. Nella fattispecie, è stato attivato il progetto quadro N.E.W.S. 2010, affidato al Dipartimento delle Dipendenze di Verona, per l'implementazione ed il mantenimento generale del Sistema, per la gestione del network, dei flussi informativi, delle indagini di campo e della tecnologia web.

A tale progetto sono stati collegati due sotto-progetti per attivare delle misure finalizzate al potenziamento ed al consolidamento del Sistema e a soddisfare alcuni suoi specifici bisogni. Il primo, affidato all'Istituto Superiore di Sanità, intende consolidare ed ampliare il network dei centri collaborativi del Sistema agevolando l'arruolamento e la messa in rete e in sinergia, del maggior numero possibile di fonti e mantenere il coordinamento degli aspetti tecnico-scientifici di competenza, attraverso la fornitura di pareri, osservazioni e supervisione alla stesura dei documenti prodotti dal Sistema. Il secondo sotto-progetto, affidato alla Fondazione "Salvatore Maugeri" - Centro Antiveleni di Pavia - attiene principalmente alla rilevazione delle intossicazioni da sostanze d'abuso, con particolare riferimento a quelle da sostanze "nuove o emergenti", attraverso un network di servizi per le urgenze-emergenze sanitarie. Obiettivo principale del sotto-progetto, quindi, è la creazione ed il consolidamento di un network dei servizi d'urgenza rappresentativi del Sistema Sanitario Nazionale attraverso il quale recuperare informazioni utili ai fini del Sistema di Allerta, in termini di sostanze che vengono consumate, sintomatologie correlate, interventi, ecc.

Terzo livello "consultivo": in ambito tecnico-scientifico, con funzioni di studio e supporto per il livello decisionale. E' costituito da due tipologie di consulenti:

- La prima costituisce l'Early Expert Network, cioè una rete di esperti per la consultazione precoce, formato da tecnici specialisti del settore. Fornisce pareri sulle attenzioni in entrata e in uscita dal Sistema Nazionale di Allerta e sulle possibili allerte da attivare a livello regionale/nazionale. Svolge una funzione di consulenza e supporto per il livello di coordinamento ed il livello decisionale;
- La seconda tipologia è rappresentata dai consulenti informali, cioè gruppi e associazioni che possono contribuire all'acquisizione di informazioni e valutazioni, ma che non sono investiti di responsabilità istituzionale diretta sul fenomeno. Contribuiscono alla diffusione dell'allerta tra i propri membri per amplificare la diffusione e la capillarizzazione dell'informazione con tutti i mezzi possibili.

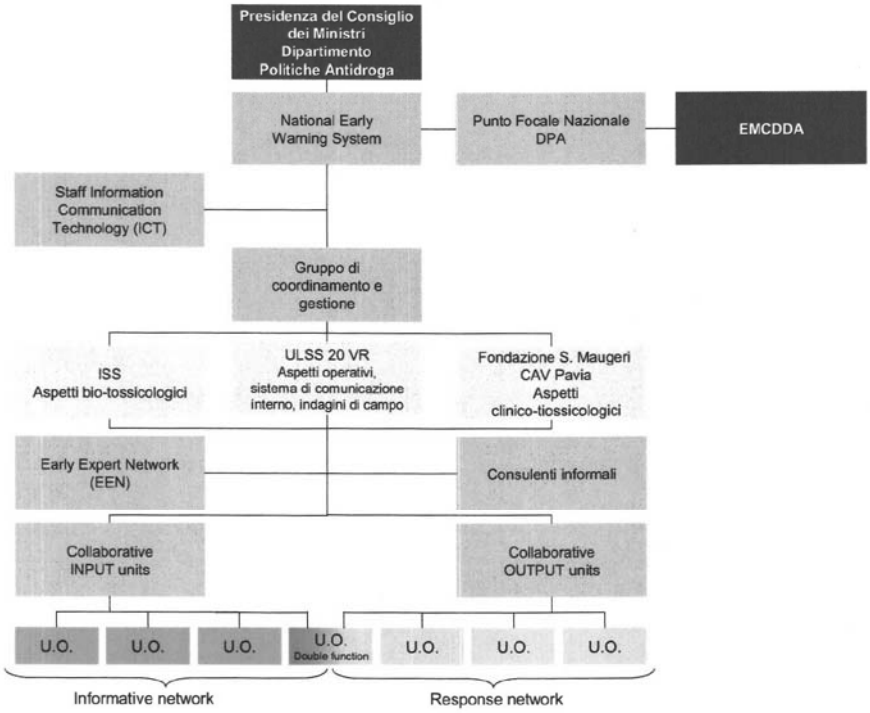
Quarto livello "operativo": costituito dalle unità operative che alimentano il flusso dei dati, delle informazioni, delle segnalazioni e dell'osservazione di casi, in entrata dal territorio. Esse sono anche deputate all'attivazione delle azioni di risposta sulla base delle segnalazioni ricevute dal Sistema o dalle Regioni e Provincie Autonome. Le collaborative "input units" rappresentano tutte le unità in grado di fare

segnalazioni al Sistema e di alimentare, quindi, il flusso di dati in entrata. Le collaborative "output units" sono, invece, unità operative territoriali deputate all'attivazione della risposta sulla base delle segnalazioni ricevute dal Sistema. Frequentemente, le unità di input e di output coincidono. Tra loro si collocano le cosiddette unità di contatto, cioè quelle unità operative, spesso associate a Ser.T. e/o a Dipartimenti delle Dipendenze, che lavorano attraverso l'impiego di unità mobili o che, comunque, lavorano a diretto contatto e interagiscono con i consumatori di sostanze. Nell'assetto organizzativo del Sistema sono previsti anche gruppi e associazioni che possono contribuire all'acquisizione di informazioni e valutazioni, ma che non sono investiti di responsabilità istituzionale diretta sul fenomeno. Costoro vengono indicati come consulenti informali (informal consultants).

Criteri di partecipazione

Il criterio utilizzato per l'inserimento delle varie organizzazioni partecipanti al Sistema Nazionale di Allerta Precoce nel livello decisionale è, unicamente, il grado di responsabilità istituzionale e diretta che l'organizzazione ricopre, anche in base al proprio ruolo e alla propria attività, relativamente alla decisione da prendere e al rapporto gerarchico che tale organizzazione ha con le strutture che sono coinvolte a valle nell'applicazione di tale decisione. In altre parole, partecipano al livello decisionale, solo quelle organizzazioni che hanno la responsabilità diretta e formale di monitorare e studiare il fenomeno e/o documentare e segnalare gli eventi a rischio e/o di organizzare la risposta tramite l'attivazione di proprie strutture. Tutto questo avviene sulla base dei mandati istituzionali esistenti e, dove necessario, sulla base di appositi accordi istituzionali formali

Figura II.2.6: Organigramma organizzativo del Sistema Nazionale di Allerta Precoce e Risposta Rapida per le Droghe

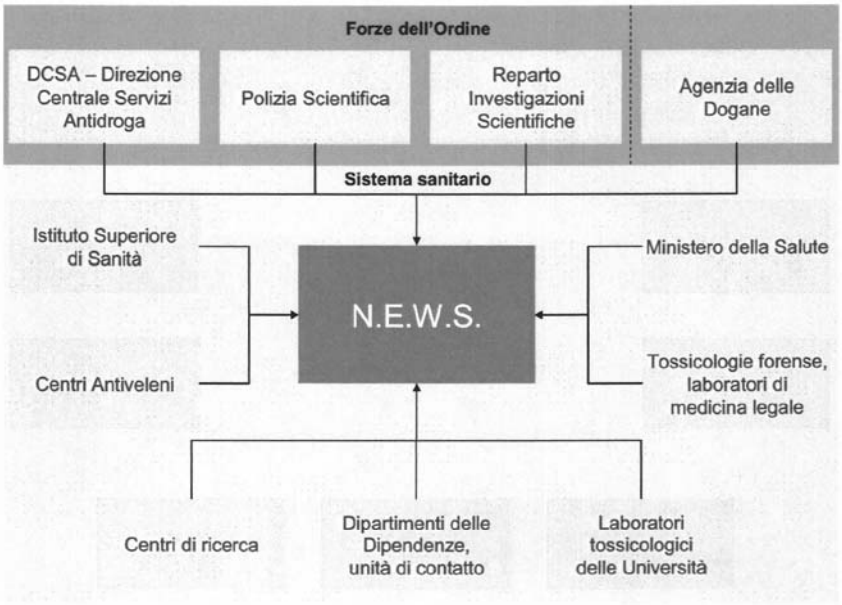


I Centri Collaborativi

Come sopra evidenziato, il Sistema Nazionale di Allerta Precoce, si avvale di una serie di consulenze tecnico-scientifiche che coinvolgono le strutture scientifiche e laboratoristiche presenti sul territorio nazionale e realmente operative nel settore. Le strutture per la consulenza tecnico-scientifica, vengono individuate come Centri Collaborativi del Sistema Nazionale di Allerta e costituiscono la rete degli esperti per la consultazione precoce (Early Expert Network). La peculiarità principale di tale network, consiste nella sua composizione che vede organizzazioni e/o enti appartenenti all'ambito delle Forze di Polizia (Direzione Centrale per i Servizi

Antidroga, Polizia Scientifica, Reparto per le Investigazioni Scientifiche, Agenzia delle Dogane) lavorare in sinergia con altre organizzazioni e/o enti provenienti dall'ambito sanitario (Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Centri antiveleni, centri di ricerca, Dipartimenti delle Dipendenze, laboratori, tossicologie forensi, ecc.).

Figura II.2.7: Composizione del gruppo dei Centri Collaborativi del Sistema Nazionale di Allerta Precoce



Caratteristiche del Sistema Nazionale di Allerta Precoce

Le caratteristiche principali del Sistema Nazionale di Allerta Precoce sono la tempestività, la specificità, la sensibilità e l'efficacia.

Le tempestività è intesa come quella caratteristica del sistema per cui il tempo tra la ricezione di una segnalazione e l'attivazione di eventuali allerte o di altre forme di protezione è minimo. Ciò significa che il Sistema è in grado, per esempio, di captare prontamente e sensibilmente la segnalazione di sostanze atipiche e/o di effetti anomali e di prevedere quale potrà essere la loro rete e la loro portata di distribuzione. La funzione anticipativa è molto importante al fine di dare al sistema un carattere che trascenda il semplice monitoraggio dei dati e che costituisca un effettivo punto di partenza per una risposta precoce.

La capacità del Sistema di dare informazioni veritiere e validamente rappresentative del fenomeno, rappresenta la sua specificità. Contemporaneamente, però, il Sistema è anche in grado di cogliere sintomi e/o condizioni a bassa esplicitazione che lo rendono anche sensibile.

Dopo 2 anni di attività, è possibile, infine, affermare che il Sistema possiede un'effettiva capacità di prevenire o contenere gli affetti negativi correlati al consumo di sostanze perché in varie occasioni ha mostrato di essere in grado di evitare, o per lo meno, di ridurre intossicazioni e/o decessi legati alla comparsa di nuove droghe.

Fenomeni osservati

I fenomeni che il Sistema osserva, riguardano in particolar modo, la comparsa di sostanze atipiche, non conosciute, oppure la comparsa di sintomi inattesi dopo l'assunzione di sostanze già note, l'emergere di nuove modalità di consumo e/o di combinazioni di sostanze, la comparsa di partite anomale di droga o di prezzi troppo ribassati e/o offerte inusuali. In generale, si nota che il Sistema, quindi, rivolge la sua attenzione sia alla popolazione dei consumatori sia alle vie di traffico e spaccio attraverso cui le sostanze vengono trasportate e quindi vendute.

Internet

Una particolare area di osservazione del Sistema è costituita da Internet. Che Internet rappresentasse una modalità sempre più utilizzata per il traffico e la commercializzazione di droga era noto già da tempo. Recentemente, però, questa

tendenza è andata aumentando. Solamente negli ultimi 12 mesi, infatti, l'UNODC ha registrato un aumento del 40% degli accessi ai siti web che vendono sostanze illecite. Tre sono i principali aspetti da tenere in considerazione quando si parla del fenomeno della droga in Internet. Il primo riguarda l'aumento del numero di farmacie on-line che vendono farmaci senza prescrizione medica. Il secondo aspetto, riguarda il crescente numero di negozi on line che vendono sia sostanze psicoattive sia sostanze controllate (LSD, ecstasy, cannabis). Un terzo aspetto, concerne gli spazi di espressione individuale (forum, blog, chat room, social network) frequentati da utenti tra cui spesso si contano numerosi consumatori di droghe. E' in questi spazi che vengono scambiate informazioni circa il modo migliore per consumare alcune tipologie di prodotti, dove è possibile acquistare "merce di qualità", consultare i prezzi praticati, i nuovi prodotti disponibili all'acquisto su web, ecc.

In Figura II.2.7 viene riportato in modo schematico il funzionamento generale del Sistema. Le varie unità operative dislocate sul territorio italiano possono, a vario titolo e per diverse competenze, raccogliere segnalazioni utili ai fini del Sistema. Tra le unità segnalanti (input network) trovano spazio le strutture del sistema dell'emergenza/urgenza, le Forze dell'ordine, i laboratori, i centri antiveleno, gli istituti scolastici, i locali di intrattenimento, i media e i consumatori che possono anch'essi inviare informazioni di vario tipo al Sistema. Le segnalazioni provenienti dalle unità operative confluiscono nel Sistema Nazionale di Allerta Precoce a seguito di sequestri, perizie, incidenti di assunzione con accesso al pronto soccorso, overdose fauste ed infauste, notizie riportate da consumatori, ecc. L'informazione, quindi, perviene non su base regolare, bensì al verificarsi del caso. Le segnalazioni possono essere inviate al Sistema attraverso vari canali di comunicazione; è possibile, infatti, trasmetterle attraverso una semplice telefonata, l'invio di una mail o di un fax, attraverso sms o mms oppure utilizzando apposite schede di segnalazione rese disponibili via web. Indipendentemente dal canale comunicativo utilizzato, tutte le segnalazioni vengono convogliate presso il Sistema. Qui vengono valutate ed eventualmente approfondite, attraverso il coinvolgimento dei centri Collaborativi che prestano una consulenza tecnico-scientifica, o mediante l'attivazione di indagini di campo per la raccolta di informazioni aggiuntive.

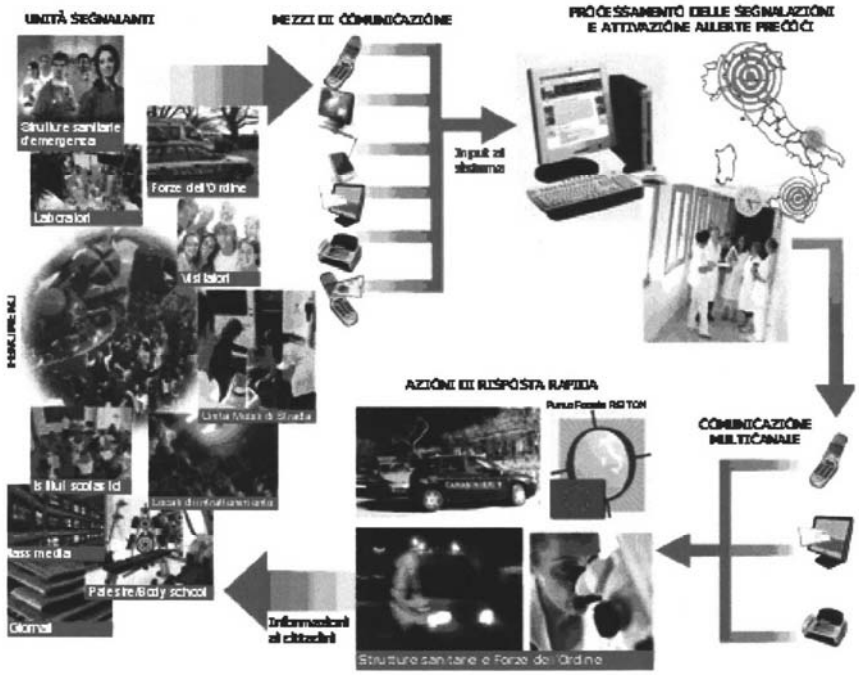
Qualora la Direzione del Sistema decida di attivare un'allerta, il Sistema procede ad avvisare le unità interessate dalla comunicazione di allerta. Le segnalazioni possono dare origine a diversi tipi di comunicazione da parte del Sistema il quale può elaborare ed inviare semplici informative oppure attivare vere e proprie allerte, differenziate in pre-allerta o in allerta grado 1, 2, 3 a seconda della gravità. A beneficio dei destinatari e per una più operativa fruizione, il Sistema provvede anche a corredare le comunicazioni di specifiche schede tecniche, fotografie e rassegne della letteratura scientifica, ove disponibili.

La comunicazione di allerta avviene attraverso diversi canali contemporaneamente: viene inviato un fax, viene inviata una mail, viene inviato un sms di avviso di allerta in corso. Le unità destinatarie della comunicazione di allerta, siano esse Forze di Polizia o strutture del sistema dell'emergenza/urgenza, sono tenute ad attivare le azioni di risposta previste dal caso al fine di impedire o ridurre ulteriori danni rispetto al fenomeno droga correlato segnalato dal Sistema. Tali azioni di risposta hanno una ricaduta su tutto il territorio interessato, inclusi i consumatori che, se necessario e richiesto, possono essere informati, attraverso le strutture sanitarie o via Internet, circa l'aumentato pericolo per la loro salute.

Punto Focale Italiano Reitox

Per ciò che riguarda il livello europeo e/o internazionale, il Punto focale nazionale rappresenta il punto di contatto con l'Osservatorio Europeo delle Droghe dal quale provengono le segnalazioni di allerte degli stati membri. A sua colta il Punto Focale Italiano funge da collettore per le allerte italiane che debbono essere trasmesse all'OEDT e successivamente dall'OEDT agli stati membri.

Figura II.2.8: Macrofunzionamento del Sistema Nazionale di Allerta Precoce



La gestione delle segnalazioni e delle allerte è stata affidata dal Dipartimento Politiche Antidroga al Dipartimento delle Dipendenze, Azienda ULSS 20 di Verona. Viene supportata con un innovativo software web 2.0 "Geo Drugs Alert" (www.allertadroga.it). Si tratta di una tecnologia di ultima generazione che consente la georeferenziazione delle segnalazioni in entrata (input) permettendo quindi un'attivazione territoriale delle allerte (output) selettiva e basata su una mappatura che tiene conto delle vie di transito e spaccio delle sostanze.

Software N.E.W.S.

Il Sistema prevede anche la possibilità di acquisire segnalazioni nelle varie forme di comunicazione esistenti ed è in grado di raggiungere, mediante una trasmissione contemporanea e multicanale, qualsiasi tipo di struttura, anche quella meno attrezzata o che non dispone di una connessione Internet, nonché la singola persona sul territorio reperibile con un semplice telefono cellulare. Infine, i destinatari delle comunicazioni di output possono essere selezionati sulla base della competenza e della responsabilità che essi hanno in tema di tutela e promozione della salute pubblica, nonché sulla base del carattere della comunicazione e della loro localizzazione geografica.

Il Dipartimento Politiche Antidroga, attraverso il Sistema Nazionale di Allerta Precoce, si è dotato di una procedura per la proposta di inserimento nelle Tabelle del D.P.R. 309/90 delle nuove sostanze individuate attraverso l'attività del Sistema. Come evidenziato in Figura II.2.9, a seguito del rilevamento di sostanze sospette da parte del Sistema, è stata prevista l'attivazione di un'indagine istruttoria per il recupero di informazioni specifiche a sostegno della richiesta di tabellazione.

Procedura per la proposta di inserimento di nuove sostanze nelle Tabelle del D.P.R. 309/90

Le caratteristiche di tale indagine riflettono la procedura di risk assessment prevista dall'Unione Europea per il controllo delle nuove sostanze psicoattive. Nello specifico, vengono recuperate informazioni sulle caratteristiche fisiche, chimiche, farmaceutiche e farmacologiche della sostanza individuata, sul potenziale di sviluppare dipendenza e abuso, sulla sua prevalenza d'uso, sui rischi per la salute che essa comporta, sui rischi sociali connessi al suo consumo e alla sua diffusione, il

Risk assessment

coinvolgimento della criminalità organizzata nel suo traffico. La documentazione prodotta viene certificata dall'Istituto Superiore di Sanità, per gli aspetti bio-tossicologici, e dal Centro Antiveleni di Pavia – IRCCS – per gli aspetti clinico-tossicologici.

Proposta al Ministero della Salute

La procedura di risk assessment costituisce la base su cui predisporre la proposta al Ministero della Salute per l'attivazione di adeguate misure di sicurezza. Nello specifico, la proposta viene inviata al Dipartimento di Prevenzione e Comunicazione ed al Dipartimento Farmaci e Dispositivi Medici.

Attivazione del RAPEX

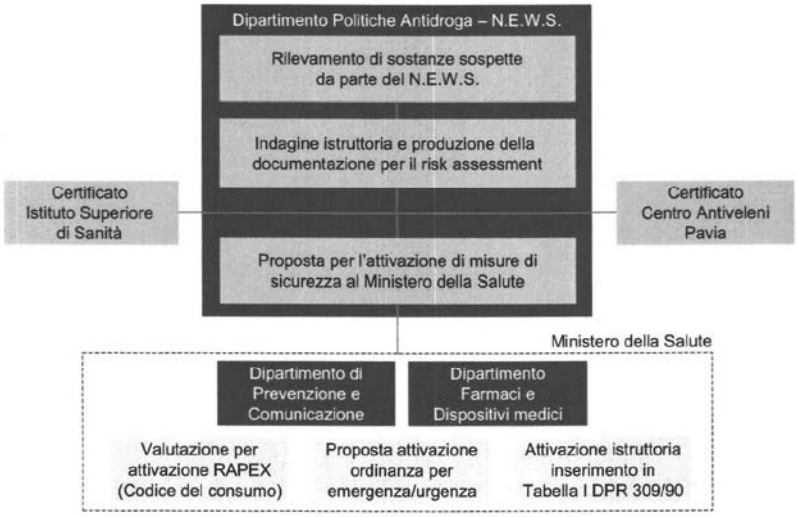
E' compito del Ministero della Salute la decisione di attivare il RAPEX. Il Rapex (European Rapid Alert System for non-food products) è un sistema europeo di allerta rapida per prodotti di consumo pericolosi. Grazie a questo sistema le autorità nazionali notificano alla Commissione Europea i prodotti che, ad eccezione degli alimenti dei farmaci e dei presidi medici, rappresentano un grave rischio per la salute e la sicurezza dei consumatori.

il sistema comunitario di scambio rapido delle informazioni fra gli Stati membri e la Commissione Europea riguardo misure adottate per prodotti di consumo che presentano un rischio grave per la salute e la sicurezza dei consumatori, esclusi farmaci ed alimentari.

Ordinanza e inserimento in Tabella

Il Ministero della Salute, inoltre, può attivare un'ordinanza per ragioni di emergenza/urgenza per il ritiro dei prodotti commerciali contenenti la sostanza individuata. Infine, dal Ministero della Salute prende avvio l'istruttoria per l'inserimento della sostanza in adeguata Tabella del D.P.R. 309/90, subordinato al parere positivo del Consiglio Superiore di Sanità. Conseguito tale parere, il Ministro della Salute può inscrire in Tabella la sostanza attraverso un decreto legge.

Figura II.2.9: Procedura per la proposta di inserimento in tabella di nuove sostanze (D.P.R. 309/30)

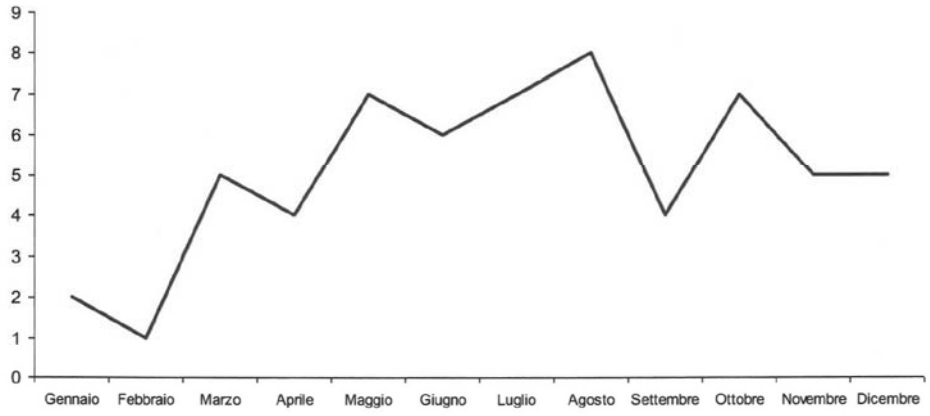


Principali attività del Sistema Nazionale di Allerta Precoce nell'anno 2009 (Alcuni dati)

Il numero totale di segnalazioni ricevute dal Sistema nel corso del 2009 è 61. Come mostra la Figura sottostante, il numero di segnalazioni nel corso dei mesi, ha mostrato un trend in aumento che si è mantenuto nei primi 6 mesi del 2010.

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

Incremento delle segnalazioni



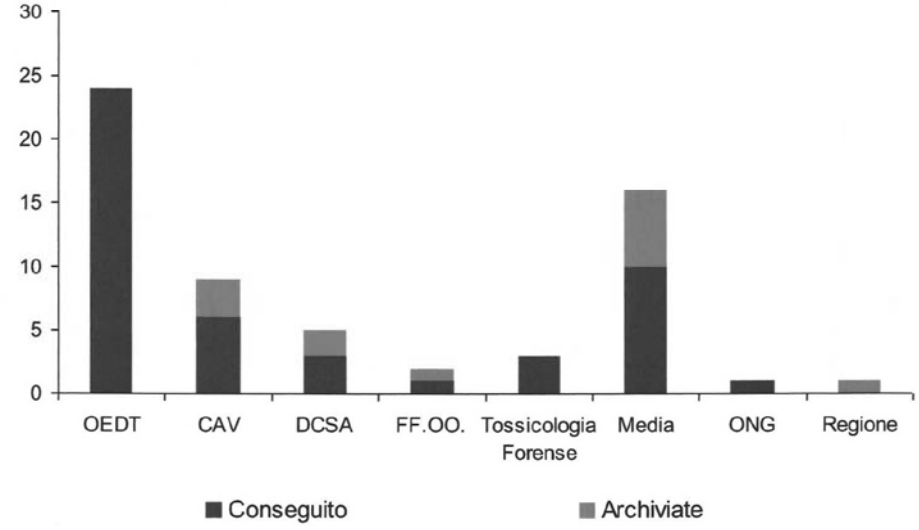
Segnalazioni valide e archiviate

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

Unità segnalanti

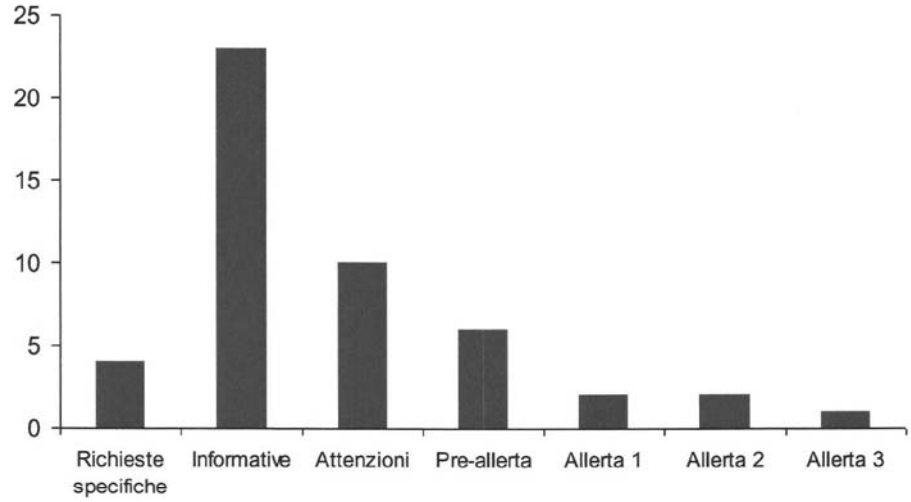
La maggior parte delle segnalazioni giunte al Sistema proveniva, attraverso il Punto Focale Nazionale, dall'Osservatorio Europeo di Lisbona (24 segnalazioni). I media hanno inviato 16 segnalazioni, 6 delle quali, però, giudicate non idonee all'inoltro al network di output del Sistema. Significativo anche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

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



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

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



Principali casi da segnalare

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

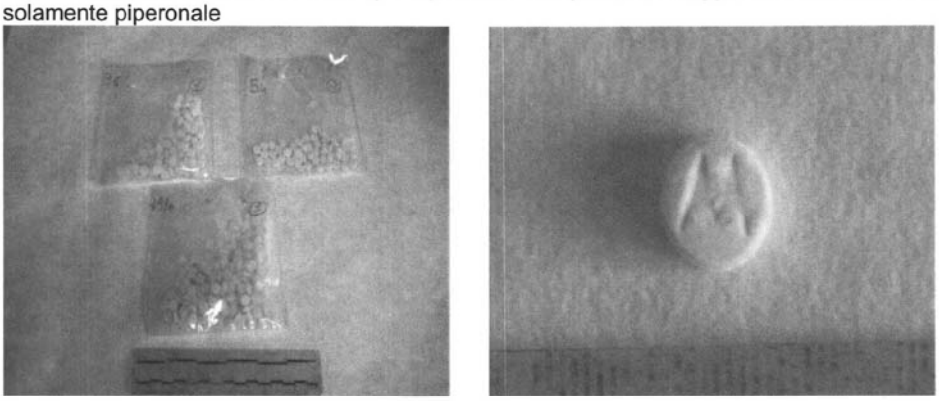
presenza di solo piperonale, confermando l'assenza di MDMA o di altri analoghi. E' interessante evidenziare che lo spacciatore stava vendendo pasticche di MDMA e pasticche di piperonale senza distinguere tra le due, vendendo anche queste ultime come ecstasy.

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

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

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

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



Levamisole e agranulocitosi

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

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

cocaina. Una donna di 44 anni e un uomo di 36 giunsero al pronto soccorso in stato di agitazione, con midriasi, tachicardia, ipertensione e sindrome allucinatoria. L'uomo aveva tentato di saltare dalla finestra riportando un trauma cranico e varie fratture. Entrambi i pazienti risultarono positivi per cocaina. Accertamenti più approfonditi rivelarono la presenza di levamisole e di lidocaina. I livelli di levamisole erano rispettivamente di 675 ng/mL e 840 ng/mL. L'esame ematologico non diagnosticò agranulocitosi.
Secondo le informazioni provenienti dai Centri Collaborativi del Sistema Nazionale di Allerta Precoce, un crescente numero di sequestri di cocaina (50% a Roma e 78.5% a Genova) aveva recentemente mostrato concentrazioni di levamisole che andavano dal 3 al 10%. Secondo la sezione di Investigazione Scientifica dell'Arma dei Carabinieri, il levamisole era stato ritrovato in reperti di cocaina a Genova, Firenze, Ancona, Grosseto, Reggio Calabria, Brescia e Taranto. La maggior parte dei Centri Collaborativi segnalava, oltre alla presenza di levamisole, anche quella di fenacetina e diltiazem.
Considerata la gravità dei rischi sanitari, a novembre il Sistema Nazionale di Allerta Precoce attivò un'allerta di grado 1 indirizzata alle autorità sanitarie, ai Dipartimenti delle Dipendenze, alle unità del sistema dell'emergenza/urgenza avvisandole della possibile relazione tra levamisole associata ad agranulocitosi e uso di cocaina, e probabilmente anche di eroina. Venne richiesto di inoltrare l'allerta per informare tempestivamente i consumatori dell'aumentato rischio che stavano correndo con il consumo di cocaina/eroina, possibilmente mescolate a levamisole.
Successivamente, altre segnalazioni circa cocaina contenente levamisole giunsero dall'Istituto di Medicina Legale e dal laboratorio del Carabinieri di Perugia. Il Centro Antiveleni di Pavia, infine, rilevò levamisole nel sangue o nel siero di 4 pazienti, ricoverati in diverse città (San Marino, Aosta, Bergamo, Pavia). La concentrazione di levamisole variava tra 8 ng/mL e 840 ng/mL. Nessun caso di agranulocitosi è stato fino ad aggi registrato.

II.2.3. Amministrazioni Centrali

Premesse

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

Ministero della Salute
Lavoratori a rischio
Attivazione SIND
Bollettino dipendenze online

Il Ministero della Salute, Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, ha partecipato al gruppo di lavoro ad hoc per l'individuazione delle modifiche e integrazioni da proporre per la revisione dell'Intesa Stato-Regioni del 30 ottobre 2007 in materia di accertamenti di assenza di tossicodipendenza fra i lavoratori. Ha partecipato, inoltre, all'iniziativa, promossa dal DPA "sperimentazione drug-test" mirata ad ottenere la certificazione di idoneità alla guida.
Nel corso dell'anno 2009, è stata portata a termine la realizzazione del Sistema Informativo Nazionale per le Dipendenze (SIND) in collaborazione con il Coordinamento delle Regioni e il DPA. E' stato, inoltre, pubblicato in versione on line sul sito DPA, il Bollettino sulle dipendenze in collaborazione con l'Agenzia UNICRI delle Nazioni Unite. Con fondi afferenti al Fondo nazionale Lotta alla Droga e al Centro di Prevenzione e Controllo delle Malattie (CCM), sono stati attivati e monitorati progetti di ricerca/intervento in vari ambiti.
Per il 2010 è prevista l'elaborazione del Decreto di propria competenza che prevede l'individuazione di laboratori presso strutture pubbliche da affiancare agli Istituti di Medicina Legale, ai Laboratori di tossicologia forense e alle strutture delle Forze di Polizia per gli accertamenti medico-legali e tossicologico forensi. Come concordato con il DPA, il Bollettino sulle dipendenze sarà on line anche nel 2010.

Ministero della Giustizia
Rilevazione dati statistici dagli uffici giudiziari territoriali

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

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

Ministero della Giustizia
Tutela della salute in ambito penitenziario

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

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

Ministero della Giustizia
Il reinserimento sociale dei condannati in misura alternativa

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

Ministero dell'Interno
Cooperazione antidroga a livello nazionale ed

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

internazionale

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

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

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

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

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

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

Comando generale della Guardia di Finanza intensificazione del contrasto al riciclaggio

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

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

Dipartimento della Gioventù prevenzione delle stragi del sabato sera

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

II.2.4. Amministrazioni Regionali

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

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

- Sono stati adottati nel 2009, o sono in via di adozione, i provvedimenti regionali dell'Intesa Stato-Regioni del 30/10/07 e Accordo Stato-Regioni del 18/09/08 in tema di accertamento di assenza di tossicodipendenza e consumo di sostanze in determinate categorie di lavoratori addetti a mansioni che comportano rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi;

Accertamenti tossicologici per i lavoratori con mansioni a rischio

- Si è dato avvio o impulso alla prosecuzione per l'implementazione dei sistemi informativi regionali al fine di adeguare e allineare le raccolte di dati al nuovo Sistema Informativo Nazionale sulle Dipendenze (SIND) promosso dal DPA in collaborazione con la Conferenza Stato-Regioni e il Ministero della salute. Il fabbisogno di dati e informazioni per la ricerca epidemiologica e per il monitoraggio di efficienza ed efficacia dei servizi si pone come obiettivo prioritario sia per soddisfare le sempre maggiori richieste di approfondimento della conoscenza del fenomeno sia per orientare le scelte programmatiche in modo più mirato ed appropriato ai bisogni dell'utenza e alla loro evoluzione.;

Sistema informativo nazionale sulle dipendenze - SIND

- In tutte le Regioni è stato dato nuovo impulso agli interventi di prevenzione, sia attraverso l'adozione di Piani o programmi regionali, sia con la stipula di accordi di cooperazione fra i diversi soggetti istituzionali e del privato sociale interessati a questa area di intervento specifico, vale a dire le aziende sanitarie, le Prefetture, le Direzioni scolastiche regionali, i Comuni, le Province, le associazioni accreditate e il mondo della società civile.

Priorità azioni di prevenzione

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

II.2.5. Strutture di trattamento socio-sanitario

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

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

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

Lieve riduzione delle strutture socio-riabilitative

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

Maggiore concentrazione al nord

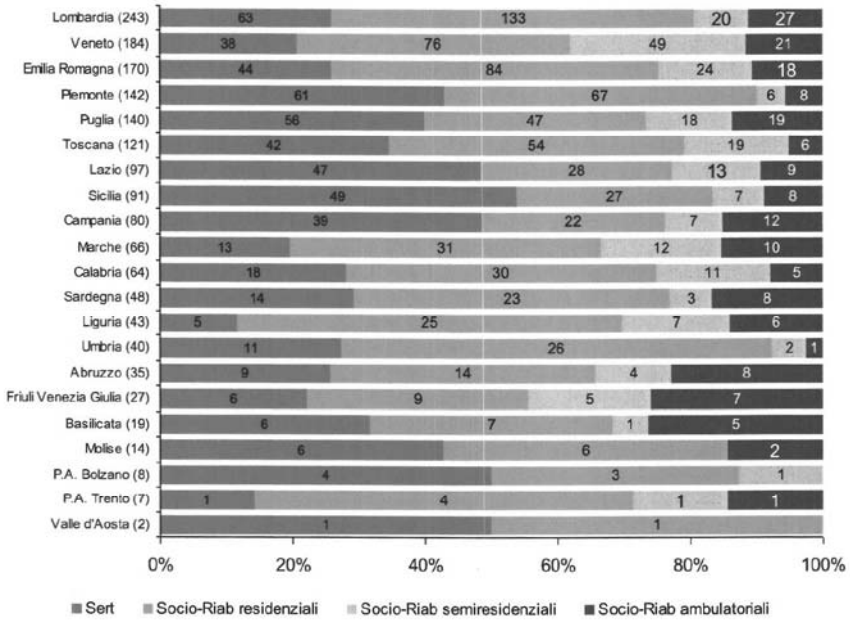
Nel 2009 rispetto all'anno precedente, in relazione a possibili attività di riorganizzazione dei servizi, si osserva principalmente un aumento dei servizi per le tossicodipendenze in Emilia Romagna ed in Sicilia, mentre sul versante delle strutture socio-riabilitative la riduzione di strutture residenziali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

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

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

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

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



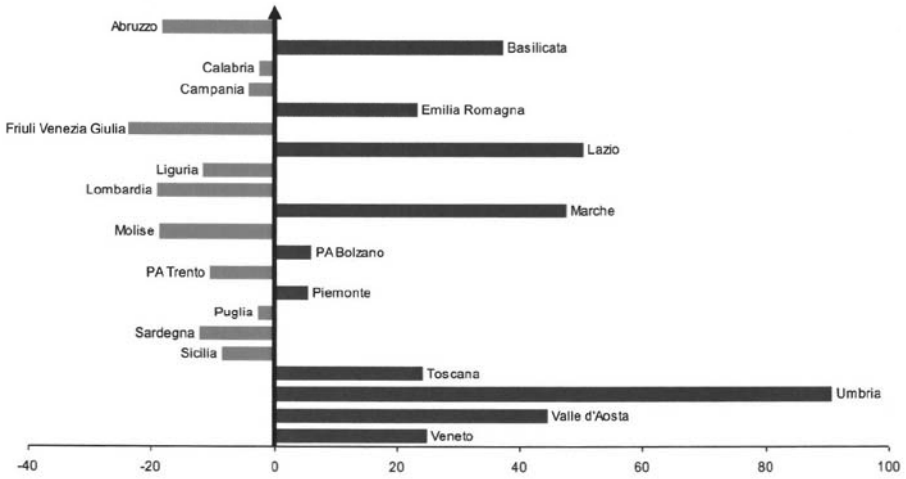
Fonte: Elaborazioni su dati (1) Ministero della Salute; (2) Ministero dell'Interno - DCDS

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

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

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute

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



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute

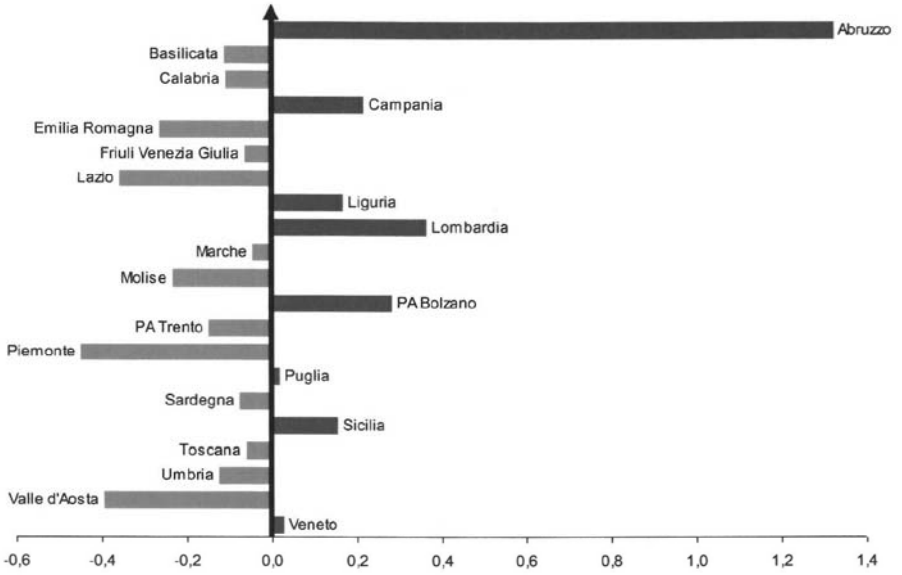
Tabella II.2.4: Distribuzione regionale dei Servizi per le Tossicodipendenza, del personale addetto e degli utenti in carico. Anno 2009

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

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute

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

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



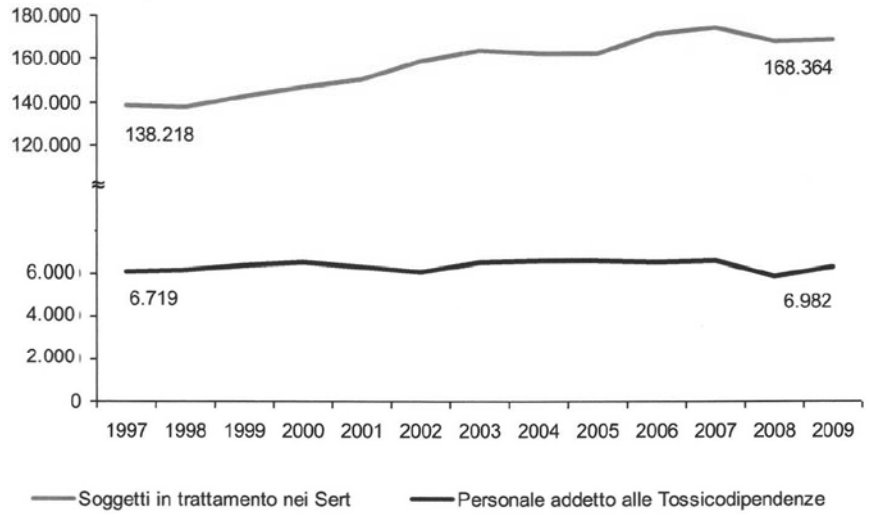
Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute

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

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

Figura II.2.19: Trend dell'utenza e del personale addetto ai servizi per le tossicodipendenze.1997 - 2009

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

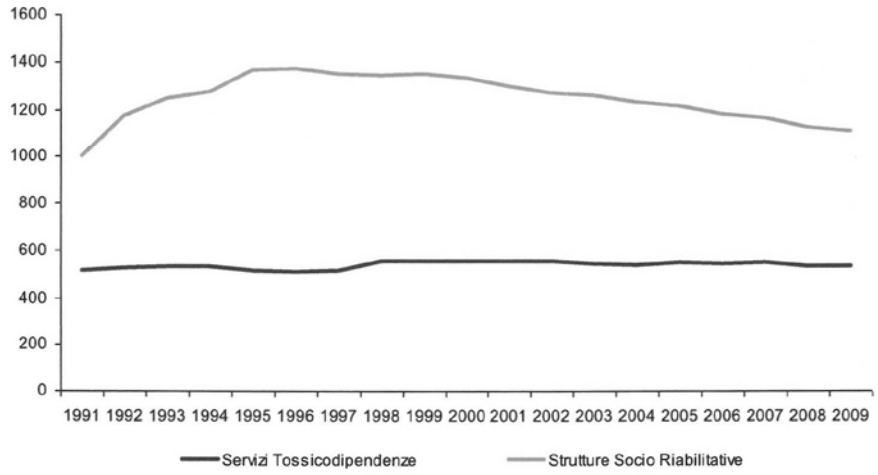


Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute

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

passati da 518 nel 1991 a 551 nel 2007, pari ad un aumento del 6,4%. Molto più variabile appare il trend delle strutture socio-riabilitative, che secondo quanto riportato dalla Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica del Ministero dell'Interno, evidenzia un incremento nei primi anni '90, dovuto agli effetti della Legge 162 del 1990 che ha determinato un incremento dei servizi sanitari, sia pubblici che privati, per rispondere alla sempre crescente domanda di trattamento delle tossicodipendenze.
Tale incremento delle strutture culmina nel 1996 con 1.372 unità, seguito da una lenta diminuzione che si fa sempre più consistente a partire dal 2002 fino ad arrivare a 1.108 strutture esistenti nel 2009.

Figura II.2.20: Andamento numero strutture socio-sanitarie per tossicodipendenti. Anni 1991 – 2009



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute

Nel corso del primo quadrimestre del 2010 è stata condotta una rilevazione presso gli Assessorati regionali riguardante la ricognizione delle strutture del privato sociale (Enti Ausiliari accreditati/autorizzati ex artt. 115 e 166 del DPR 309/90) di tipo diagnostico terapeutico riabilitativo secondo l'articolazione dello Schema Atto di Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 1999.
Secondo le informazioni giunte dalle Regioni Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto e Province Autonome di Trento e Bolzano emerge che, le strutture diagnostico – terapeutico - riabilitative residenziali e semiresidenziali non inserite o inseribili nella casistica prevista dall'Atto d'intesa Stato-Regioni sono complessivamente 165, 29 in meno rispetto all'anno precedente (Tabella II.2.3). Diminuiscono sia le strutture residenziali, confermando la tendenza già osservata lo scorso anno (-15,4% rispetto al 2008 e -21,4% rispetto al 2007) che le strutture semiresidenziali (-12% rispetto al 2008). In aumento i servizi classificati nella tipologia "Accoglienza" nello Schema Atto d'Intesa (+14,5%) ma non è stato possibile valutare l'andamento distinguendo tra strutture a regime residenziale e semiresidenziale in quanto i dati non sono completi. In aumento anche il numero di strutture afferenti all'area terapeutico-riabilitativa (+13,6%), soprattutto per le unità operative in regime semiresidenziale (+115%); un incremento del 15,2% si registra anche per le strutture pedagogico-riabilitative, che da 132 nel 2008 passano a 152 nel 2009, con maggiore flessione per i servizi semiresidenziali. Le strutture di trattamento specialistico sono complessivamente 146 (+11% rispetto al 2008), presenti in tutte le Regioni che hanno aderito alla rilevazione ad eccezione di Lazio, Molise, Valle d'Aosta e Provincia Autonoma di Bolzano (Tabella II.2.4.). Il 36% di queste eroga servizi per pazienti in doppia

diagnosi, il 14% per alcolisti, il 16% per donne con bambini, il16% sono case alloggio per pazienti con AIDS e il 4% centri di crisi.

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

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

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

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

Fonte: Elaborazioni su dati delle Regioni e delle Province Autonome

Aumento in particolare dei servizi per doppia diagnosi, per minori e i servizi multidisciplinari integrati

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

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

Parte Terza

Interventi di risposta ai bisogni Socio-Sanitari e di contrasto all'offerta di droga

PAGINA BIANCA

CAPITOLO III.1.

PREVENZIONE

III.1.1. Prevenzione universale

III.1.2. Prevenzione selettiva verso gruppi a rischio

III.1.2.1 Gruppi a rischio

III.1.2.2 Famiglie a rischio

III.1.3. Prevenzione mirata a gruppi specifici

III.1. PREVENZIONE

La materia della prevenzione primaria è stata oggetto della rilevazione condotta presso le Regioni e le Province Autonome dal Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, sulla base dei questionari predisposti dall'Osservatorio Europeo di Lisbona riguardanti l'attivazione e/o la prosecuzione di progetti di prevenzione primaria secondo le diverse dimensioni: universale, selettiva verso gruppi a rischio o indirizzata su gruppi specifici.
Con riferimento ai risultati emersi dalla somministrazione dei questionari dell'OEDT, in questa sezione viene presentato un profilo conoscitivo sullo stato di attivazione di azioni mirate alla prevenzione, secondo le tre aree indicate dall'Osservatorio di Lisbona.

III.1.1. Prevenzione universale

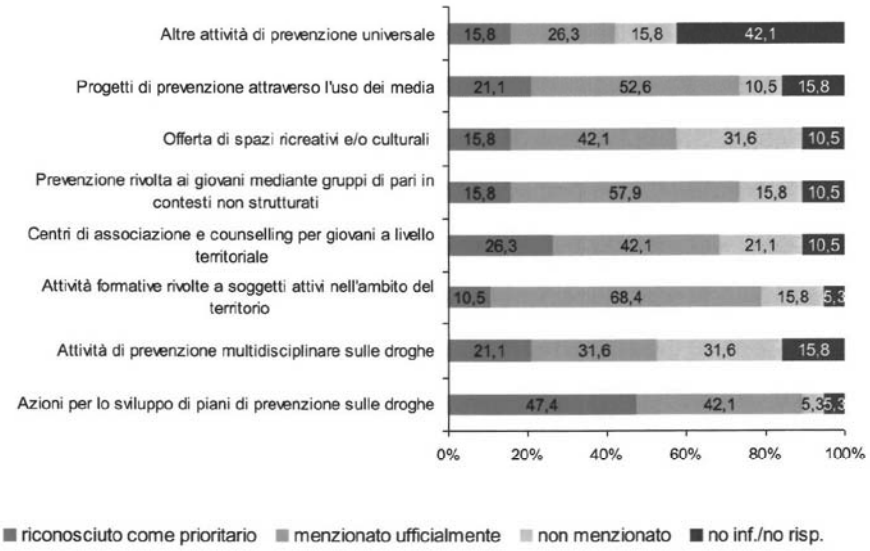
Intensificazione degli interventi di prevenzione a livello locale

Nel corso del 2009, le attività di prevenzione universale a livello di comunità locale, secondo i documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali, hanno riguardato lo sviluppo di piani che includono una strategia di prevenzione a livello locale sulle droghe (85,9% delle Regioni e PPAA), la prevenzione multidisciplinare a livello locale sulle droghe (52,6%), la prevenzione rivolta ai giovani mediante gruppi di pari in contesti non strutturati (73,7%), formazione rivolta a soggetti attivi nell'ambito del territorio (78,9%), l'implementazione di centri di associazione e counselling per giovani a livello territoriale (68,4%), l'offerta di spazi ricreativi e/o culturali (57,9%) e la prevenzione a livello di comunità locale attraverso l'uso dei media, compreso Internet (73,7%).
Rispetto all'anno 2008 aumenta in maniera considerevole la formazione sul territorio (61,9% vs 78,9%), l'implementazione di centri di associazione (52,4% vs 68,4%) e la prevenzione attraverso uso dei media (42,9% vs 73,7%).

Piani territoriali rivolti ai genitori

Le attività di prevenzione a livello familiare, invece, hanno riguardato progetti/programmi di incontri informativi/formativi rivolti a famiglie e/o genitori (78,9%) e progetti/programmi basati sull'auto o reciproco aiuto fra le famiglie (68,4%), ambedue le attività evidenziano un aumento rispetto all'anno 2008 (rispettivamente 66,7% e 52,4%).
Alcune Regioni e PPAA hanno fornito informazioni in merito ad ulteriori attività di prevenzione universale sia a livello locale che a livello familiare svolte nel 2009.
Nel 2009 circa la metà delle Regioni e PP.AA. hanno ritenuto prioritario l'obiettivo piani di prevenzione sulle droghe, un ulteriore 42,1% ha menzionato ufficialmente l'obiettivo per un totale di quasi il 90% (Figura III.1.1).

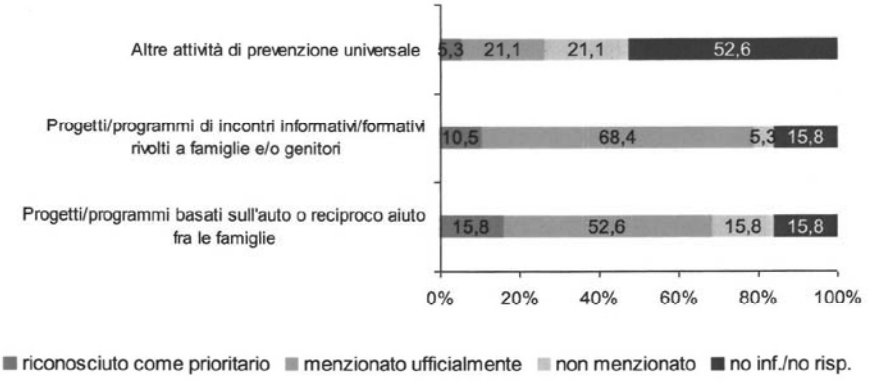
Figura III.1.1: Distribuzione percentuale di riferimenti espliciti ai diversi programmi rivolti alla **comunità locale** nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali relativi al 2009



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Per quanto riguarda la prevenzione universale a livello familiare, l'attività maggiormente menzionata nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali è stata la creazione di programmi di incontri informativi/formativi rivolti alle famiglie e/o ai genitori (ritenuta prioritaria nel 10,5% dei casi e menzionata ufficialmente nel 68,4%).

Figura III.1.2: Distribuzione percentuale di riferimenti espliciti ai diversi programmi rivolti alle **famiglie** nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali relativi al 2009

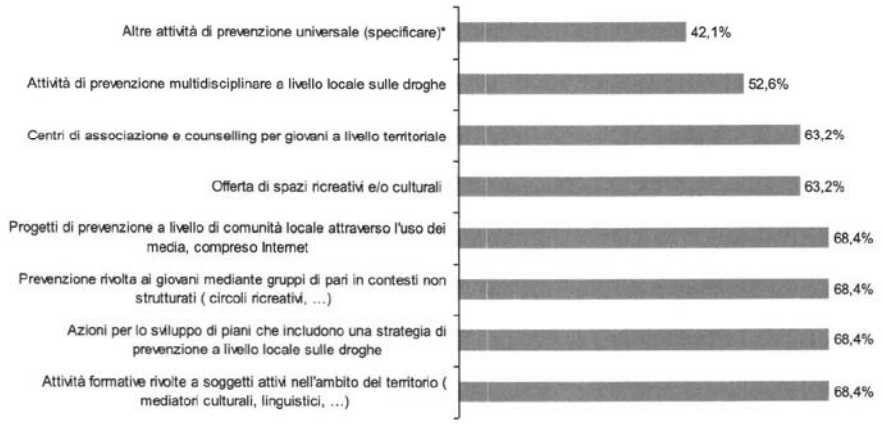


Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Elevato impegno territoriale sui giovani mediante formazione, counselling e gruppi di pari.

Dal punto di vista operativo mediamente più del 60% delle Regioni e PPAA nel corso del 2009 ha attivato o aveva in corso di realizzazione progetti di prevenzione rivolta ai giovani mediante gruppi pari in contesti non strutturati, attività formative rivolte a soggetti attivi nell'ambito del territorio (mediatori linguistici, culturali, etc.), ovvero sono state intraprese azioni per lo sviluppo di piani che includono una strategia di prevenzione a livello locale sulle droghe ed attivati centri di associazione e counselling per giovani a livello territoriale (Figura III.1.3).

Figura III.1.3: Percentuale di regioni che hanno piani avviati, attivi e/o conclusi nel 2009, relativi ai progetti di prevenzione universale, a livello di comunità locale

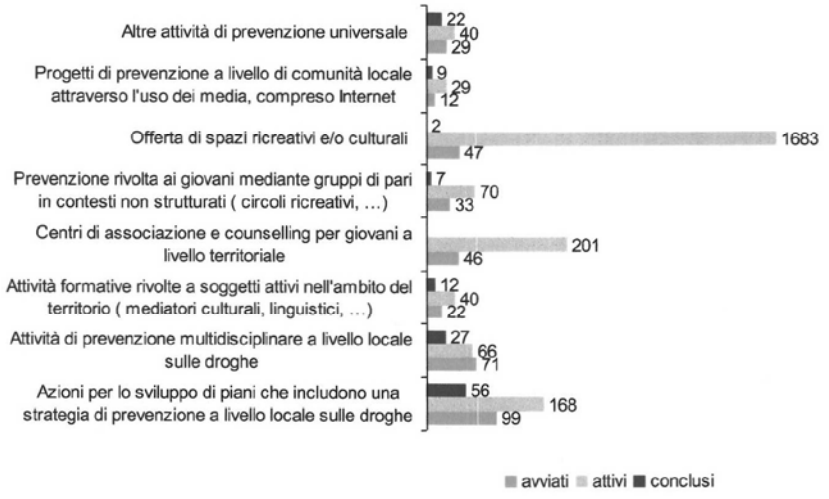


Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

In più del 60% delle Regioni e PPAA sono stati avviati o erano già attivi progetti per l'incentivazione dell'offerta di spazi ricreativi e/o culturali; in particolare tra il complesso di progetti di prevenzione universale, a livello di comunità locale, l'offerta di spazi ricreativi o culturali rappresenta l'ambito con numerosità più elevata (1683) (Figura III.1.4), ciò in considerazione del fatto che la regione Emilia Romagna ha riportato in questa voce i 1.620 centri giovanili censiti.
Particolare attenzione da parte delle Regioni e PPAA è stata dedicata anche allo sviluppo di piani di prevenzione sulle droghe, di cui 168 attivi nel 2009 e 99 avviati nel corso dell'anno, che rappresentano il numero più elevato di piani di prevenzione universale avviati nel 2009.

Spicca l'offerta di spazi ricreativi o culturali

Figura III.1.4: Numero di piani avviati, attivi e/o conclusi nel 2009, relativi ai progetti di prevenzione universale, a livello di comunità locale

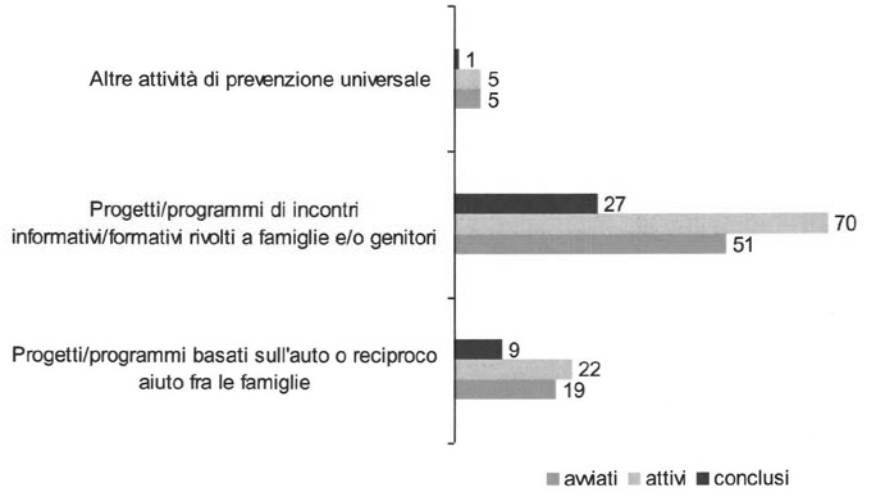


Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Nel 2009 le Regioni e PPAA avevano piani già avviati, attivi e/o conclusi nell'anno, relativi ai progetti di prevenzione universale a livello di nucleo familiare. In particolare, sono attivi 70 piani relativi a progetti di incontri informativi/formativi rivolti alle famiglie e/o ai genitori e ne sono stati avviati 51 (Figura III.1.5), poco più del doppio dell'anno precedente.

Piani e programmi per famiglie e genitori

Figura III.1.5: Numero di piani avviati, attivi e/o conclusi nel 2009, relativi ai progetti di prevenzione universale, a livello di nucleo familiare



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Tabella III.1.1: Importo complessivo finanziato per i progetti di prevenzione universale nelle regioni e Province Autonome nel corso del 2009 e confronto con l'anno 2008

Più di 15 milioni di euro per la prevenzione universale investiti dalle regioni

Regioni	Importo	%	Δ % 2009/2008*
Abruzzo	892.676,12	5,73	-15,8
Basilicata	55.000,00	0,35	22,2
Bolzano	78.791,00	0,51	-21,2
Calabria	2.100.222,51	13,48	1,4
Emilia Romagna	209.000,00	1,34	-17,7
Friuli Venezia Giulia	93.000,00	0,6	14,8
Lazio	1.062.000,00	6,82	-80,4
Lombardia	4.301.386,65	27,62	-
Molise	34.000,00	0,22	-82,7
Piemonte	332.195,00	2,13	84,6
Puglia	1.442.436,83	9,26	-5,2
Toscana	3.148.773,60	20,22	44,2
Trento	111.342,00	0,71	-17,7
Umbria	292.000,00	1,87	-72,7
Valle d'Aosta	non disponibile	-	-
Veneto	1.422.630,00	9,13	-
Totale	15.575.453,71	100	3,3

**I progetti finanziati possono avere anche durata pluriennale*

Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Nella Tabella III.1.1 sono state riportate tutte le Regioni e PPAA che hanno indicato nel questionario europeo i progetti di prevenzione universale finanziati a valere sul Fondo Sociale Regionale e/o su altri canali di finanziamento pubblico specifico con sviluppo operativo interamente o parzialmente attivo nel 2009. Nel complesso sono stati finanziati circa 15 milioni di Euro, di cui oltre il 27% del finanziamento complessivo è stato erogato dalla Regione Lombardia, seguita dalle Regioni Toscana (incremento del 44% rispetto al 2008) e Calabria (leggero incremento rispetto all'anno precedente).

Più della metà delle Regioni e PP.AA. hanno attivato campagne informative di

Aumentano le campagne

prevenzione universale all'uso di sostanze lecite e illecite nel 2009, migliorando il dato 2008 (1/3 circa). La tematica maggiormente affrontata è stata l'alcol, utilizzando principalmente come tipologia di mass media i poster pubblicitari.

informative, soprattutto orientate all'alcol

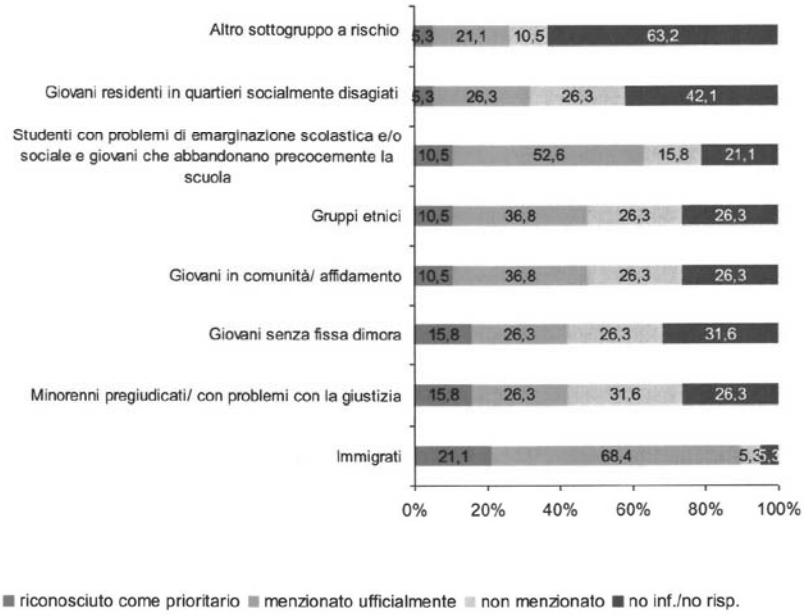
III.1.2. Prevenzione selettiva verso gruppi a rischio

III.1.2.1 Gruppi a rischio

Nel corso del 2009, nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali, si è fatto maggiormente riferimento alle attività di prevenzione selettiva rivolta a immigrati (89,5% delle Regioni e PPAA) ed agli studenti con problemi di emarginazione scolastica e/o sociale (63,1%) (Figura III.1.6).
Sotto il 50% i riferimenti espliciti per le altre voci, in particolare "altro sottogruppo a rischio" con meno del 30%.

Particolare attenzione dichiarata per immigrati e giovani senza fissa dimora

Figura III.1.6: Distribuzione di riferimenti espliciti inerenti l'attività di prevenzione a **gruppi a rischio** nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali relativi al 2009

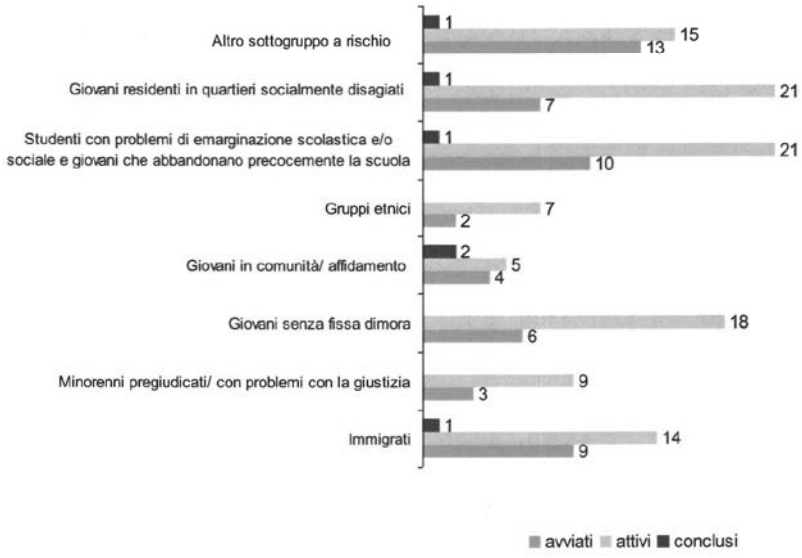


Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Non molto alto (figura III.1.7) il numero totale di progetti di prevenzione selettiva e mirata attivi e/o conclusi da Regioni e PPAA., nel complesso 107 .
Per i progetti attivati, gli interventi di prevenzione rivolti ai diversi gruppi a rischio sono stati svolti in prevalenza presso strutture/servizi dedicati.
Il maggior numero (13) di piani avviati è stato ottenuto in corrispondenza della voce "altro sottogruppo a rischio" mentre per quelli attivi nel 2009 i gruppi con maggiore numerosità (21) sono i giovani residenti in quartieri socialmente disagiati e gli studenti con problemi di emarginazione scolastica e/o sociale).

Oltre 100 progetti di prevenzione attivi

Figura III.1.7: Numero di piani avviati, attivi e/o conclusi nel 2009, relativi ai progetti di prevenzione selettiva rivolta a gruppi a rischio



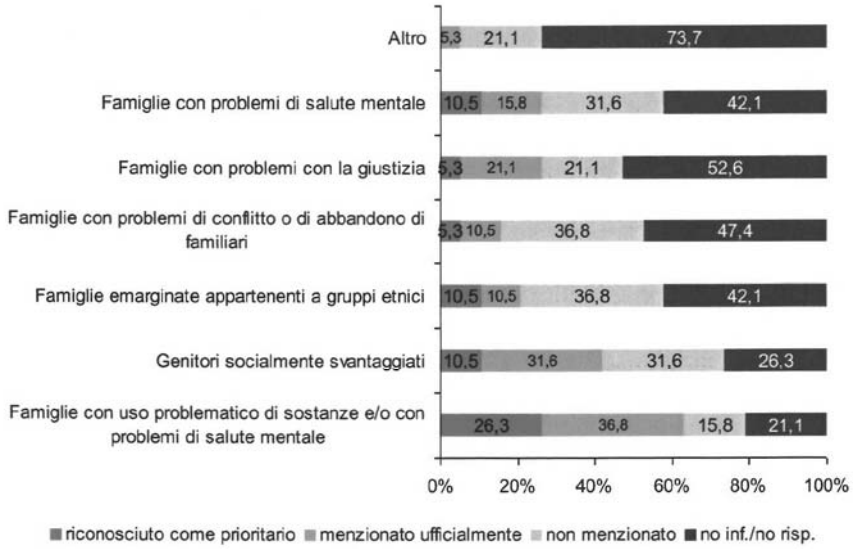
Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

III.1.2.2. Famiglie a rischio

Particolare attenzione dichiarata e piani attivati per famiglie problematiche

Per quanto riguarda la prevenzione selettiva a livello di nucleo familiare, i programmi rivolti a famiglie con uso problematico di sostanze e/o con problemi di salute mentale sono stati menzionati nel 63,1% dei documenti ufficiali; tutte le altre categorie hanno riferimenti espliciti sotto il 50% (Figura III.1.8).

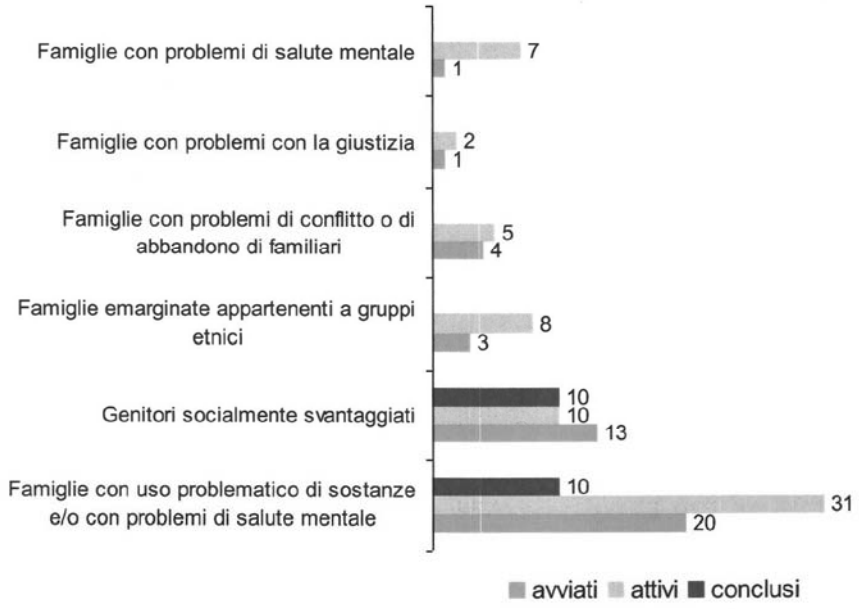
Figura III.1.8: Distribuzione di riferimenti espliciti inerenti l'attività di prevenzione alle **famiglie** nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali relativi al 2009



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Le Regioni e PPAA hanno attivato principalmente piani rivolti alle famiglie con uso problematico di sostanze, incluso l'alcol, e/o con problemi di salute mentale; risultano 20 piani avviati, 31 attivi e 10 conclusi (Figura III.1.9). Per tutti gli altri gruppi di famiglie a rischio, il numero di progetti di prevenzione selettiva e mirata sono più esigui.
Anche per quanto riguarda le famiglie a rischio, gli interventi di prevenzione sono stati svolti in prevalenza presso strutture/servizi dedicati.

Figura III.1.9: Numero di piani avviati, attivi e/o conclusi nel 2009, relativi ai progetti di prevenzione selettiva rivolta alle famiglie



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Tabella III.1.2: Importo complessivo finanziato per i progetti di prevenzione selettiva e mirata nelle Regioni e PP.AA. , confronto con il 2008 ed € pro capite per utenti in trattamento nel corso del 2009

Almeno 14 milioni investiti dalle regioni in prevenzione selettiva

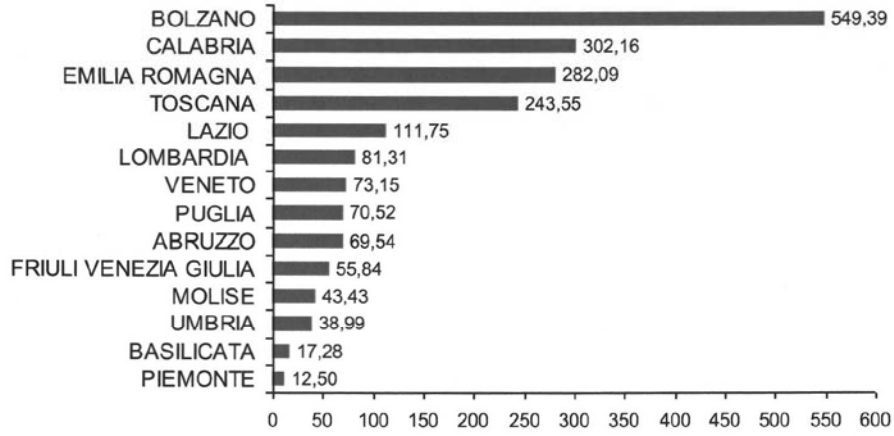
Regioni	Importo	%	Δ % 2009/ 2008*	Utenti in trattamento	€ pro capite per utente
Abruzzo	336.000,00	2,3	-33,3%	4.832	69,54
Basilicata	25.000,00	0,2	0,0%	1.447	17,28
Bolzano	410.946,24	2,9	70,7%	748	549,39
Calabria	1.099.573,03	7,6	18,3%	3.639	302,16
Emilia Romagna	3.549.000,00	24,7	21,5%	12.581	282,09
Friuli Venezia Giulia	130.000,00	0,9	-37,5%	2.328	55,84
Lazio	1.062.000,00	7,4	-23,6%	9.503	111,75
Lombardia	2.320.959,73	16,1	-	28.544	81,31
Molise	28.010,00	0,2	-84,8%	645	43,43
Piemonte	177.195,00	1,2	-50,0%	14.178	12,5
Puglia	865.234,25	6	-48,5%	12.270	70,52
Toscana	3.239.937,67	22,5	-1,7%	13.303	243,55
Umbria	90.000,00	0,6	-83,9%	2.308	38,99
Veneto	1.067.370,00	7,4	-33,3%	14.591	73,15
Totale	14.401.225,92	100	2,7%	120.917	119,1

**I progetti finanziati possono avere anche durata pluriennale*

Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Nella Tabella III.1.2 sono state riportati gli importi finanziati dalle Regioni e PPAA sia per progetti di prevenzione selettiva a gruppi a rischio sia mirata a gruppi specifici, a valere sul Fondo Sociale Regionale e/o su altri canali di finanziamento pubblico specifico con sviluppo operativo interamente o parzialmente attivo nel 2009.
Nel complesso sono stati finanziati più di 14 milioni di Euro, principalmente nelle regioni Emilia Romagna (24,7%), Toscana (22,5% del totale), e Lombardia (16,1%).
Rispetto all'anno 2008, sulla base dei dati a disposizione, solo Calabria,Emilia Romagna e la Provincia Autonoma di Bolzano hanno aumentato gli appositi finanziamenti.
Rapportando i finanziamenti agli utenti in trattamenti presso i Ser.T. si riscontra che a fronte di una media nazionale di quasi € 120 le politiche regionali si discostano tra di loro in maniera evidente.

Figura III.1.10: Importo pro capite per tossicodipendente investito nelle Regioni e PP.AA



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

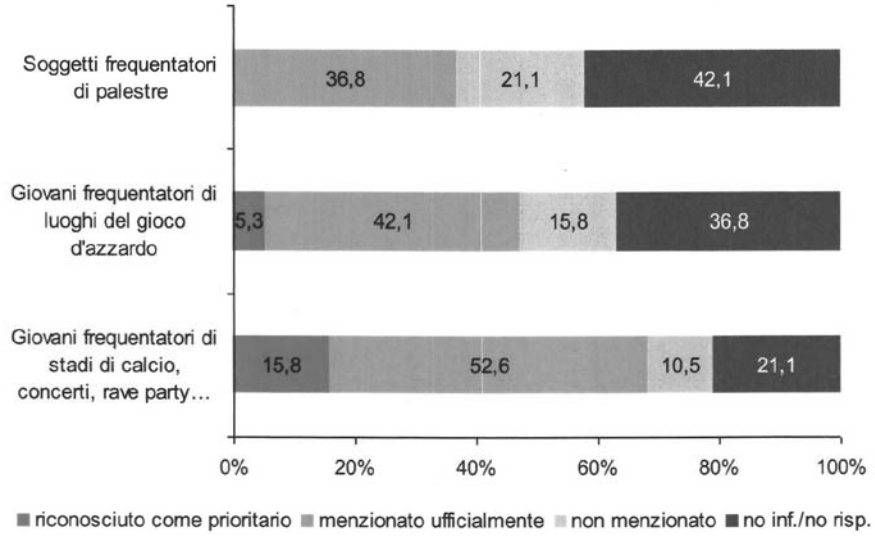
Campagne informative mediatiche

Le campagne informative di prevenzione selettiva mirata a gruppi e/o famiglie vulnerabili sono state attivate da meno della metà delle Regioni e PPAA . Le tematiche maggiormente affrontate sono state le sostanze lecite ed illecite in generale e l'alcol.

III.1.3. Prevenzione mirata a gruppi specifici

Nel corso del 2009, nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali, si è fatto maggiormente riferimento alle attività di prevenzione selettiva rivolta a giovani frequentatori di stadi di calcio, concerti, rave party, pub, ed altri luoghi ricreativi e giovani alla ricerca di sensazioni forti con disturbi della condotta sociale, comportamenti aggressivi e oppositivi (68,4% delle Regioni e PPAA) (Figura III.1.10).
La Regione Toscana nei documenti strategici a favore della prevenzione a specifici gruppi ha indicato interventi di prevenzione selettiva per i tabagisti.

Figura III.1.11: Distribuzione di riferimenti espliciti inerenti l'attività di prevenzione **mirata a gruppi specifici** nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali relativi al 2009.



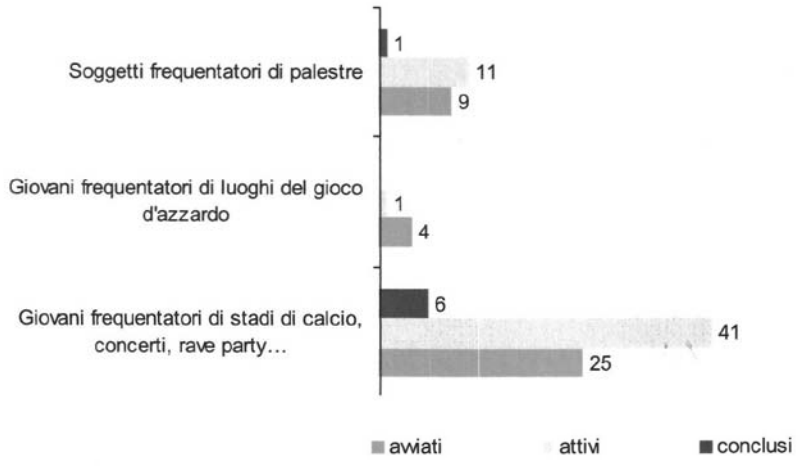
Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Quota considerevole di progetti attivati per giovani con comportamenti a rischio

Solo per i giovani frequentatori di stadi di calcio, concerti, rave party, pub, ed altri luoghi ricreativi e per i giovani alla ricerca di sensazioni forti con disturbi della condotta sociale, comportamenti aggressivi e oppositivi sono stati avviati e/o conclusi progetti di prevenzione mirata in una quota considerevole di Regioni e PPAA. parte a favore di frequentatori di palestre e di luoghi del gioco d'azzardo. Avviati ed attivi pochi progetti in minima

In particolare per tale gruppo specifico sono stati avviati 25 piani, ne erano attivi 41 e nel corso del 2009 ne sono stati conclusi 2 (Figura III.1.11).

Figura III.1.12: Numero di piani avviati, attivi e/o conclusi nel 2009, relativi ai progetti di prevenzione mirata a gruppi specifici.



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

CAPITOLO III.2.

TRATTAMENTI SOCIO SANITARI

III.2.1. Trattamenti erogati dai Servizi per le Tossicodipendenze

III.2.2. Trattamenti erogati nelle strutture penitenziarie

III.2.3. Prevenzione delle emergenze droga correlate e riduzione dei decessi droga correlati

III.2. TRATTAMENTI SOCIO SANITARI

Premesse

A fronte della crescente richiesta di assistenza socio-sanitaria correlata all'uso di sostanze psicoattive legali o illecite o a comportamenti di addiction, si è sviluppata negli anni a livello regionale e territoriale una rete complessa ed articolata di servizi socio-sanitari composta da servizi pubblici e del privato sociale variamente organizzati e coordinati.
Tale rete assistenziale non si concretizza solo attraverso interventi integrati tra le diverse strutture e servizi che concorrono a soddisfare il bisogno terapeutico-riabilitativo dell'utente, quanto allo sviluppo di approcci multidisciplinari per la cura, la prevenzione delle patologie correlate, la riabilitazione e la rieducazione ed il reinserimento del soggetto nella società.

Fonti informative: Regioni e Province Autonome

Nella prima parte di questo capitolo si tenterà di fornire un profilo conoscitivo sulle strategie socio-sanitarie avviate a livello regionale in risposta ai bisogni socio-sanitari accennati in precedenza; tale profilo emerge dalla rilevazione condotta presso le Regioni, mediante un questionario strutturato predisposto dall'Osservatorio Europeo nell'ambito delle attività di monitoraggio delle varie azioni attivate dagli Stati membri dell'UE in materia di tossicodipendenze.

I limiti dell'auto dichiarazione e dei giudizi sulle proprie attività

La parte centrale di questa sezione sarà dedicata alla descrizione dei tratti salienti dei trattamenti erogati dai servizi per le tossicodipendenze presso le proprie sedi, nelle strutture socio-riabilitative, relativamente ai soggetti in carico ai servizi e presso gli istituti penitenziari. In questo spazio, attraverso l'analisi dei dati derivanti dallo studio multicentrico, verranno approfonditi alcuni aspetti dei trattamenti di cura orientati alla nuova utenza piuttosto che all'utenza già in carico da periodi precedenti ed i profili di cura in relazione alla sostanza d'uso primaria.
A conclusione di questa parte un paragrafo viene riservato alla Prevenzione delle emergenze droga-correlate e riduzione dei decessi droga correlati.

III.2.1. Trattamenti erogati dai Servizi per le Tossicodipendenze

Oltre 160.800 persone trattate all'anno

Ad una prima analisi delle schede pervenute al Ministero della Salute, sulla distribuzione dei soggetti assistiti per tipo di trattamento è possibile rilevare che nella maggior parte dei casi viene erogato un trattamento farmacologico (circa il 67%), prevalentemente metadone (48,8%), mentre il restante 28% di soggetti è stato sottoposto nel 2009 ad un trattamento psicosociale e/o riabilitativo. Va rammentato, tuttavia, che il valore complessivo dei soggetti può risultare superiore all'utenza assistita nell'anno in relazione al conteggio multiplo di uno stesso soggetto, qualora sottoposto nel periodo di riferimento a trattamenti di diversa tipologia.

Tabella III.2.1: Tipologie di trattamenti erogati dai servizi per le tossicodipendenze - Anni 2008 e 2009

	Anno 2008		Anno 2009		Δ%
	Valori	%C	Valori	%C	
Soggetti per tipologia di trattamento					
Psicosociale/riabilitativo	44.535	28,3	51.731	32,2	13,8
Metadone	86.665	55,1	89.968	55,9	1,5
Naltrexone	724	0,5	817	0,5	0,0
Clonidina	471	0,3	399	0,2	-33,3
Altri farmaci non sostitutivi	15.820	10,1	15.437	9,6	-5,0
Totale	*176.747*	*100,0*	*160.802*	*100,0*	-
Soggetti trattati con terapia farmacologica - Metadone					
Breve termine	9.541	11,0	10.091	11,2	1,9
Medio termine	17.909	20,7	18.576	20,6	-0,1
Lungo termine	59.215	68,3	61.301	68,1	-0,3
Totale Metadone	*86.665*	*53,7*	*89.968*	*55,9*	*1,5*
Soggetti trattati con terapia farmacologica - Buprenorfina (*)					
Breve termine	1.840	9,4	1.689	10,1	7,7
Medio termine	3.676	18,8	3.069	18,4	-2,1
Lungo termine	14.086	71,9	11.950	71,5	-0,5
Totale Buprenorfina	*19.602*	*10,0(**)*	*16.708*	*9,4(**)*	*-1,3*
Soggetti per tipologia di trattamento psicosociale riabilitativo					
Sostegno psicologico	30.695	32,4	31.592	31,5	-2,9
Psicoterapia	9.707	10,3	10.049	10,0	-2,3
Interventi di servizi sociali	54.223	57,3	58.661	58,5	2,1
Totale psicosociale	*94.625*	*36,9*	*100.302*	*38,4*	*3,8*

(*) I dati per il 2009 si riferiscono al 65% dei Sert attivi
(**) Percentuale calcolata sul totale soggetti trattati, sommati ai soggetti trattati con buprenorfina

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Metadone: Aumento dei trattamenti (1,5%) in particolare a breve termine (1,9)

Buprenorfina: Diminuzione dei trattamenti (-1,3%)

Psicosociali: Aumento dei trattamenti (3,8%)

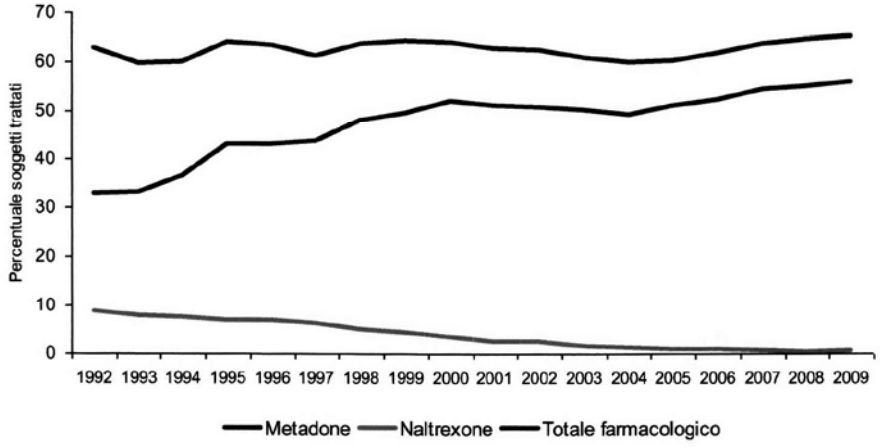
Avvertenze per l'interpretazione dei dati

I valori assoluti inoltre sono da ritenersi puramente indicativi anche in relazione al grado di copertura dei servizi, che al momento della stesura del presente documento risulta pari a circa il 90%.

Dal profilo della distribuzione percentuale dei trattamenti erogati nel biennio 2008-2009 è possibile notare una riduzione di circa il 33% nell'erogazione di trattamenti farmacologici di Clonidina e Naltrexone. Come evidenziato in Figura III.2.4 a parità di proporzione di trattamenti farmacologici erogati dal 1992 al 2009 sul totale trattamenti erogati, si riscontra un progressivo aumento dei trattamenti farmacologici sostitutivi a base di metadone, a conferma della progressiva riduzione nella somministrazione di Naltrexone e Clonidina.

Figura III.2.1: Percentuale di utenti sottoposti a trattamento farmacologico, per tipologia - Anni 1992 – 2009

Trend in aumento per le terapie con metadone e in diminuzione per quelle con naltrexone

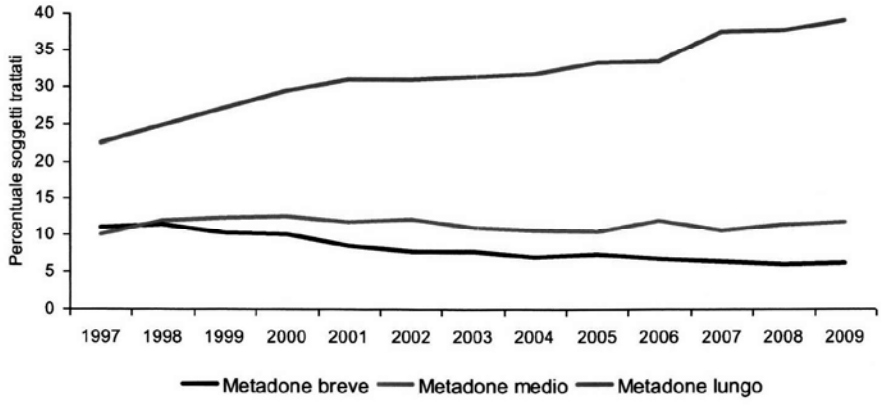


Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Un lieve calo nel biennio 2008-2009 si riscontra anche per l'erogazione di terapie farmacologiche sostitutive metadoniche a lungo e medio termine (rispettivamente -0,3% e -0,1%) a favore di quelle a breve termine (+2%). Tale risultato sebbene in apparenza in controtendenza rispetto all'andamento nell'ultimo decennio, può essere motivato da una certa variabilità che caratterizza il trend dal 2005 al 2009 (Figura III.2.2).

Metadone: aumento delle terapie a breve termine, riduzione del medio e lungo termine

Figura III.2.2: Percentuale di utenti sottoposti a terapia farmacologica con metadone, secondo la durata della terapia - Anni 1997 – 2009



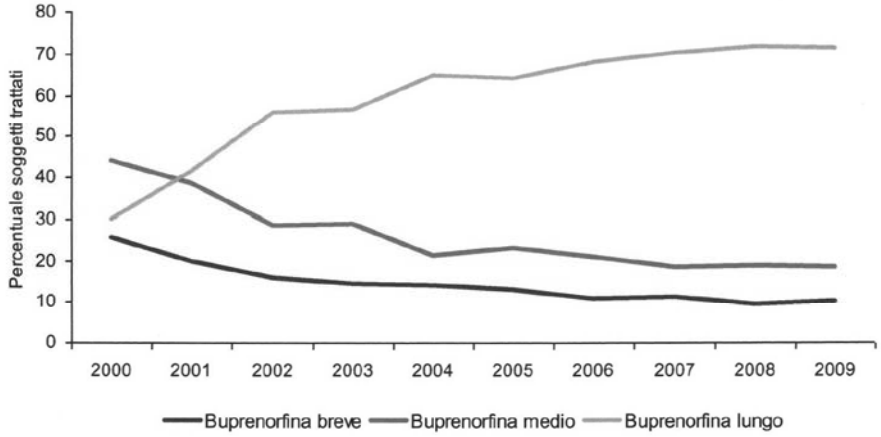
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Nell'ambito della somministrazione di terapie a base di buprenorfina, pur con valori contenuti è in aumento la somministrazione del farmaco a breve termine (meno di 30 giorni) a scapito del medio periodo (da 30 a 180 giorni) e del lungo periodo (oltre sei mesi).

Buprenorfina: aumento delle terapie a breve

Dopo una prevalente erogazione di trattamenti a medio periodo nei primi anni del ventesimo secolo, si osserva una progressiva crescita della somministrazione di terapie a lungo termine, particolarmente intensa nel biennio 2001-2002, più modesta e variabile nel periodo successivo (Figura III.2.3).

Figura III.2.3: Percentuale di utenti sottoposti a terapia farmacologica con buprenorfina, secondo la durata della terapia - Anni 2000 - 2009



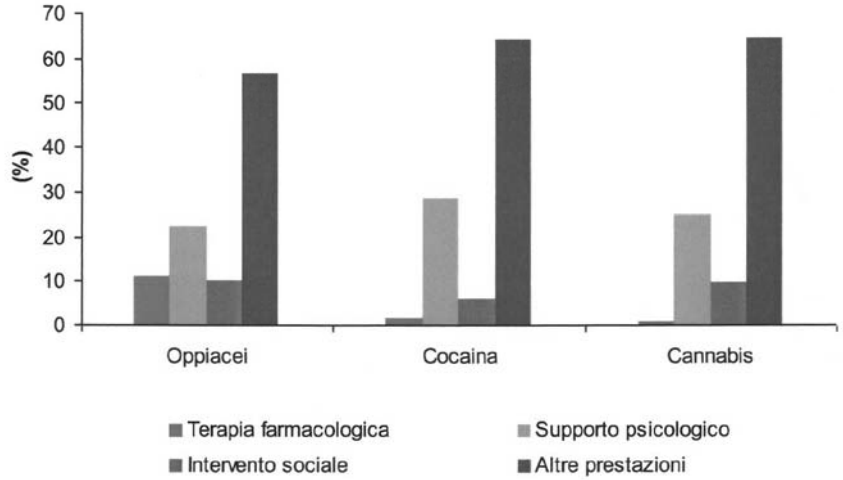
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Aumento trattamenti psicosociali: presenza di interventi sociali

Analizzando più nel dettaglio i trattamenti psicosociali / riabilitativi, si osserva che nel 31,5% dei casi si tratta di un sostegno psicologico, nel 10% di psicoterapia e nel 58,5% di interventi di servizi sociali. Rispetto al 2008 gli interventi di sostegno psicologico sono diminuiti del 3%, seguito da interventi di psicoterapia diminuiti del 2% a favore di un lieve aumento per gli interventi di inserimento nei servizi sociali (2,1%).

Attraverso l'analisi più dettagliata delle informazioni desunte dal campione di strutture che hanno aderito allo studio multicentrico, sono emersi profili terapeutici differenziati secondo la nuova utenza e l'utenza già assistita dai servizi da periodi precedenti.

Figura III.2.4: Distribuzione percentuale di **nuovi utenti** per tipo di trattamento e secondo la sostanza primaria di abuso – Anno 2009

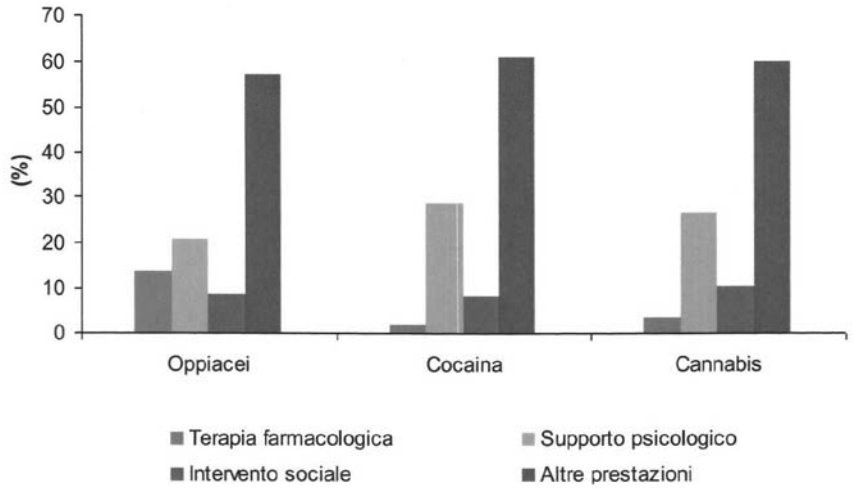


Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2009 su dati Ser.T.

Prevalenti gli interventi psicologici sia nei nuovi utenti che in quelli già assistiti

Nella nuova utenza come negli utenti già assistiti nei Ser.T. con consumo di oppiacei prevale il supporto psicologico rispetto alla terapia farmacologica. Anche per le altre sostanze d'abuso l'approccio risulta in minima parte impostato con terapie farmacologiche a vantaggio di trattamenti di supporto psicologico, psicoterapie ed interventi di rieducazione sociale. Per tutti gli utenti elevata risulta la componente delle altre prestazioni di sia di carattere sanitario (visite mediche, psichiatriche, infermieristiche, monitoraggio) che organizzativo (Figure III.2.4 e III.2.5).

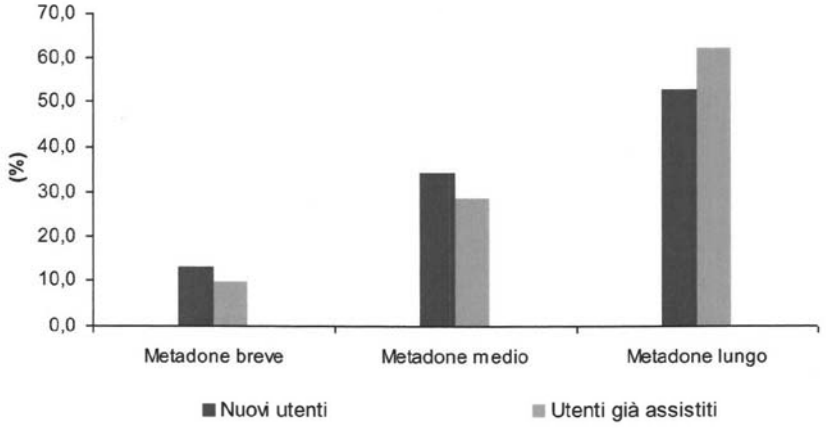
Figura III.2.5: Distribuzione percentuale di **utenti già assistiti** per tipo di trattamento e secondo la sostanza primaria di abuso – Anno 2009



Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2009 su dati Ser.T.

Anche nell'ambito della programmazione e somministrazione della terapia farmacologica, si riscontra un approccio differenziato tra nuova utenza ed utenza già in carico. Dalla Figura III.2.6 emerge la tendenza a privilegiare terapie a breve e medio termine per la nuova utenza contrariamente all'utenza già nota ai servizi in trattamento prevalentemente con terapie e lungo termine, oltre sei mesi.

Figura III.2.6: Distribuzione percentuale dell'utenza in trattamento farmacologico con metadone secondo la durata del trattamento ed il tipo di utenza – Anno 2009



Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2009 su dati Ser.T.

III.2.2. Trattamenti erogati nelle strutture penitenziarie

Con riferimento ai detenuti assistiti dai servizi per le tossicodipendenze, e secondo i dati pervenuti al Ministero della Salute, entrambi gli approcci terapeutici, psicosociale riabilitativo e farmacologico, si differenziano rispetto all'utenza in trattamento nelle sedi dei servizi pubblici o del privato sociale (Tabella III.2.2, Figura III.2.10).

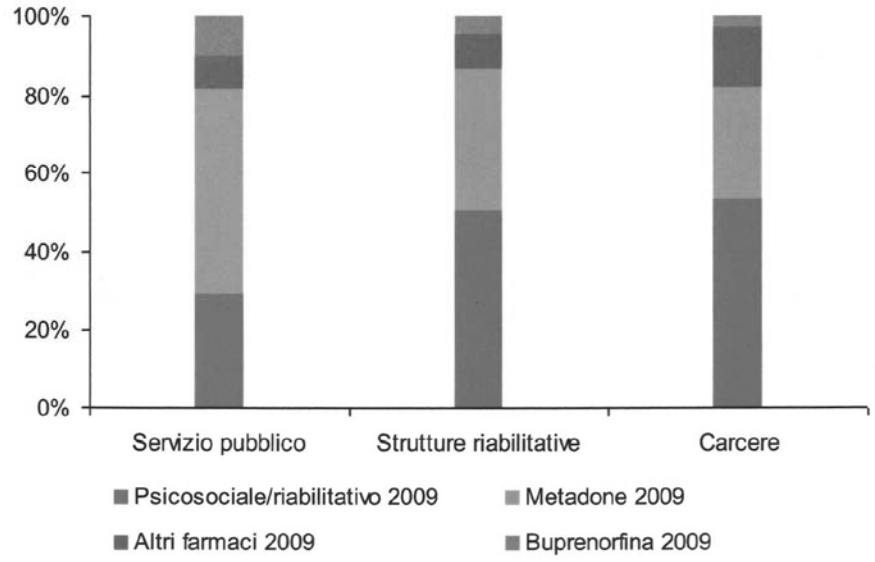
Negli istituti penitenziari, contrariamente ai servizi pubblici prevalgono i trattamenti psicosociali riabilitativi (53,3%), ed in particolare gli interventi di servizio sociale, a fronte di percentuali minime dedicate a trattamenti di psicoterapia (2,5% del totale trattamenti psicosociali).

Tabella III.2.2: Utenti in trattamento per sede di trattamento:- Anni 2008 e 2009

	2008			2009			Δ %		
	Ser.T.	CT	Carcere	Ser.T.	CT	Carcere	Ser.T.	CT	Carcere
Psico sociali riabilitativi	0,28	0,52	0,53	0,29	0,50	0,53	5,01	-3,4	0,32
Metadone	0,51	0,32	0,32	0,52	0,36	0,29	2,42	13,7	-10,0
Buprenorfina	0,12	0,05	0,02	0,12	0,05	0,10	-16,53	-12,0	6,12
Altri farmaci	0,09	0,11	0,12	0,09	0,08	0,09	-6,82	-18,4	23,36

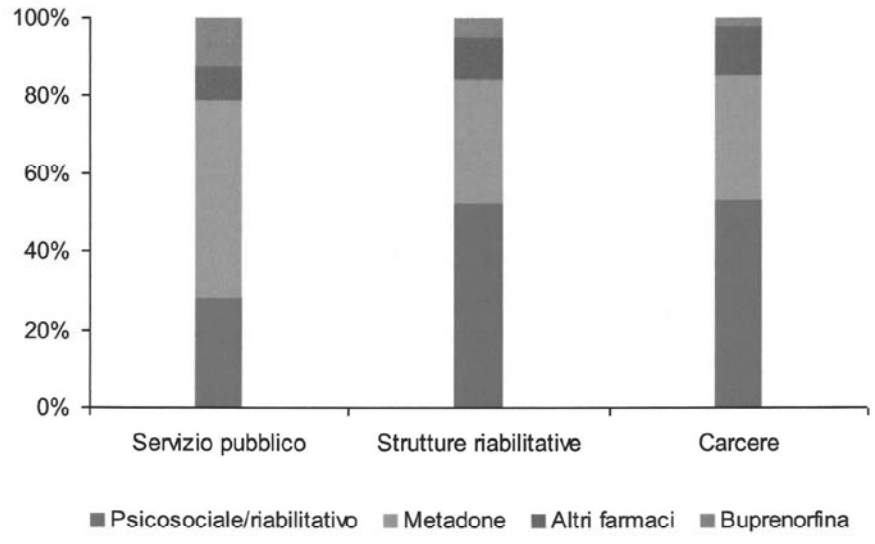
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Figura III.2.7: Distribuzione percentuale dell'utenza per tipo di trattamento e sede del trattamento - Anno 2009



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Figura III.2.8: Distribuzione percentuale dell'utenza per tipo di trattamento e sede del trattamento - Anno 2008

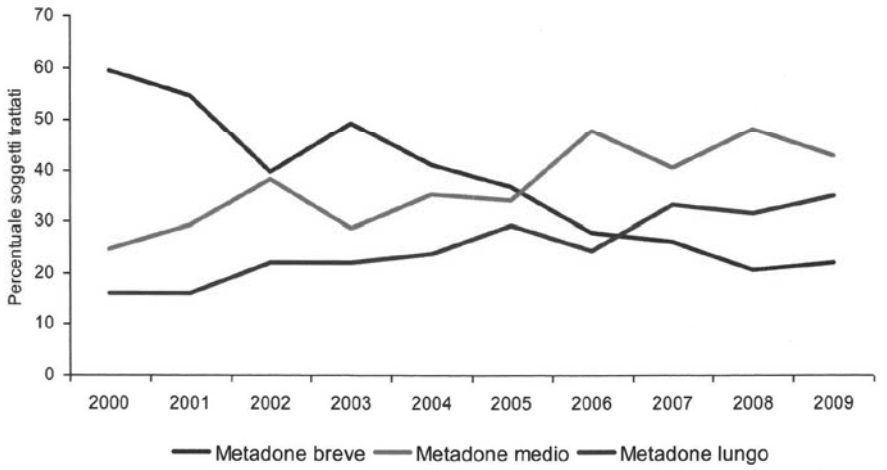


Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Nell'erogazione di terapie farmacologiche prevalgono i trattamenti a breve e medio termine a scapito delle terapie a lungo termine, le quali tendono a ridursi progressivamente sebbene con una certa variabilità (Figura III.2.9). Questo dato potrebbe trovare giustificazione nella variabilità della durata detentiva dei soggetti ristretti in carcere.

Figura III.2.9: Distribuzione percentuale dell'utenza assistita in carcere per durata del trattamento farmacologico con metadone – Anni 2000 - 2009

Trend dell'uso di metadone: riduzione delle terapie a breve termine, aumento del medio termine



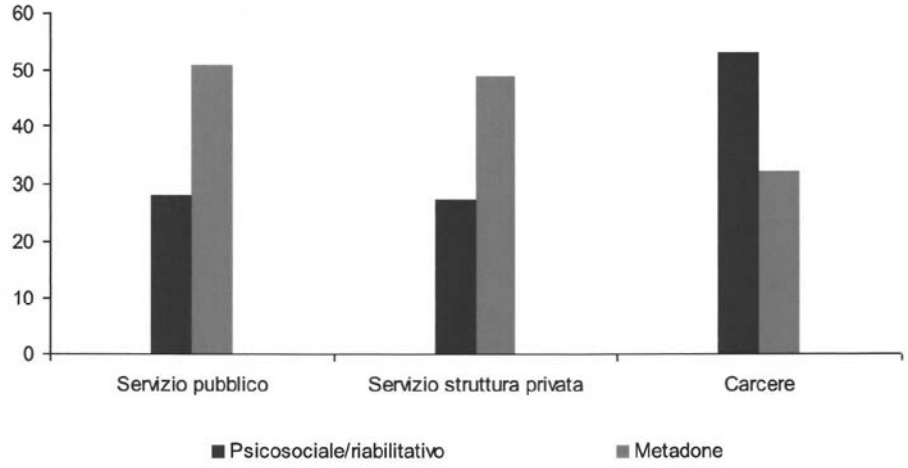
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Tabella III.2.2: Caratteristiche dei trattamenti erogati dai servizi per le tossicodipendenze per sede di erogazione dei trattamenti - Anno 2009

	Servizio pubblico		Struttura privata		Ist. Penitenziario	
	Valori	%C	Valori	%C	Valori	%C
Soggetti per tipologia di trattamento						
Psicosociale/ riabilitativo	45.018	32,6	6.713	52,8	9.154	54,7
Metadone	80.193	58,1	4.833	38,0	4.942	29,5
Naltrexone	781	0,6	36	0,3	9	0,1
Clonidina	379	0,3	19	0,1	1	0,0
Altri farmaci non sostitutivi	11.714	8,5	1.101	8,7	2.622	15,7
Totale	138.085	82,4	12.702	7,6	16.728	10,0
Soggetti trattati con terapia farmacologica - Metadone						
Breve termine	8.084	10,1	916	19,0	1.091	22,1
Medio termine	14.324	17,9	2.135	44,2	2.117	42,8
Lungo termine	57.785	72,1	1.782	36,9	1.734	35,1
Totale Metadone	80.193	89,1	4.833	5,4	4.942	5,5
Soggetti trattati con terapia farmacologica - Buprenorfina						
Breve termine	1.411	9,0	178	29,9	100	22,9
Medio termine	2.744	17,5	204	34,2	121	27,7
Lungo termine	11.520	73,5	214	35,9	216	49,4
Tot. Buprenorfina	15.675	93,8	596	3,6	437	2,6
Soggetti per tipologia di trattamento psicosociale riabilitativo						
Sostegno psicologico	24.754	31,7	1.830	20,8	5.008	37,0
Psicoterapia	9.125	11,7	583	6,6	341	2,5
Interventi di servizi sociali	44.113	56,6	6.378	72,6	8.170	60,4
Tot. psicosociale	77.992	77,8	8.791	8,8	13.519	13,5

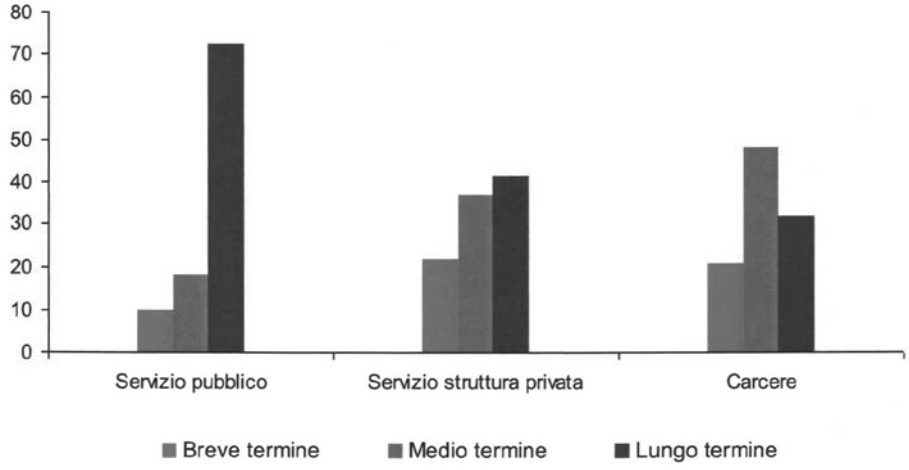
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Figura III.2.10: Distribuzione percentuale di soggetti secondo la tipologia del trattamento e sede del trattamento - Anno 2009



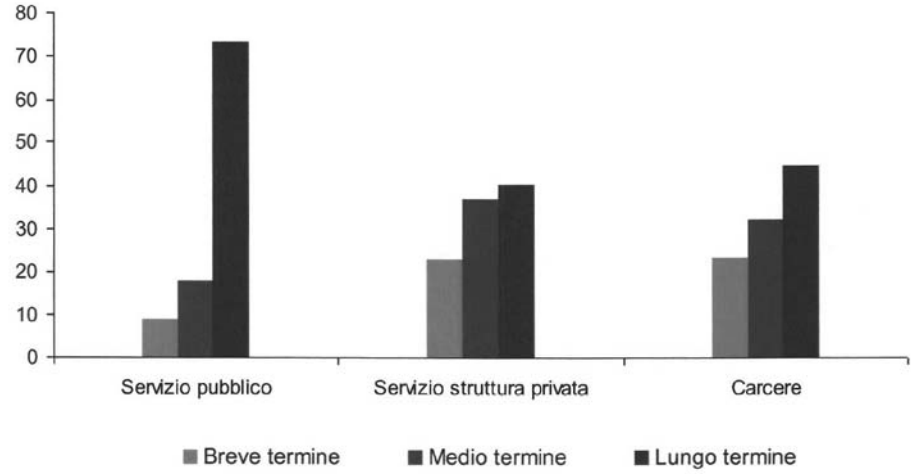
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Figura III.2.11: Distribuzione percentuale di soggetti secondo la durata della terapia farmacologica con **Metadone** e sede del trattamento - Anno 2009



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Figura III.2.12: Distribuzione percentuale di soggetti secondo la durata della terapia farmacologica con **Buprenorfina** e sede del trattamento – Anno 2009



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

III.2.3. Prevenzione delle emergenze droga-correlate e riduzione dei decessi droga correlati

I questionari strutturati dell'EMCDDA prevedono una sezione dedicata alle politiche volte a ridurre la mortalità per intossicazione acuta da sostanze psicoattive; in base alle risposte fornite dalle Regioni, solo in una su tre esiste una strategia regionale e/o locale, specifica e definita per la riduzione del numero di decessi per intossicazione acuta da uso di sostanze.
I principali obiettivi che sono stati riportati sono:

- per la regione **Piemonte** l'erogazione di un finanziamento di € 1.000.000,00 per interventi di riduzione del danno che abbiano superato la prova dell'evidenza di efficacia come attività ordinarie, in tutte le ASL ;
- per la regione **Marche** la riduzione del danno attraverso interventi di strada da parte di operatori specializzati;
- per la regione **Emilia-Romagna** incrementare l'attività d'informazione tra i tossicodipendenti su come ridurre il rischio di overdose, sviluppare specifiche attività informative per gruppi a rischio, incentivare i comportamenti a minor rischio come l'uso di eroina per inalazione, dotare il tossicodipendente di una fiala di naloxone, fornire informazioni tempestive sui quantitativi di principi attivi rintracciabili nelle sostanze sequestrate.

Per la regione **Umbria** quanto segue:

- attività di monitoraggio e ricerca; redazione di un dettagliato report epidemiologico a cadenza annuale; realizzazione di studi specifici di approfondimento;
- Tavolo di confronto interistituzionale, presso la Direzione regionale Sanità e Servizi sociali; potenziamento delle attività di collaborazione interistituzionale già avviate, in particolare con le Prefetture, le Forze dell'Ordine (incluso il Laboratorio centralizzato dei Carabinieri di Perugia – LASS, per ciò che riguarda le informazioni relative alle sostanze illegali sequestrate), l'Amministrazione Penitenziaria, gli Istituti di Medicina legale dell'Università di Perugia;

- attività di coordinamento tra tutti i servizi sociosanitari operanti nel campo, coinvolgendo in particolare il sistema dei servizi per le dipendenze ed il sistema dell'emergenza-urgenza;
- Gruppo di coordinamento tecnico regionale delle Unità di Strada e Centri a bassa soglia, al fine di potenziare gli interventi di prossimità, rivolti in particolare alla popolazione a rischio e condotti in maniera omogenea su tutto il territorio regionale;
- definizione di protocolli operativi volti a sostenere la continuità terapeutica, in particolare nelle situazioni a più alto rischio;
- campagna informativa, supportata da opportuni materiali informativi, con particolare attenzione alla responsabilizzazione ed attivazione della popolazione a rischio, in associazione alla distribuzione di Narcan fiale agli utilizzatori di sostanze stupefacenti e ai loro familiari;
- nell'ottica di una effettiva integrazione tra sociale e sanitario, azioni di supporto sociale, in particolare nei confronti delle persone in condizioni di maggiore vulnerabilità e fragilità sociale; interventi di contrasto allo stigma e all'emarginazione sociale; strategie e misure finalizzate all'inclusione sociale e, laddove necessario, lavorativa delle persone a rischio; azioni "di sistema" finalizzate a ricondurre le problematiche in argomento, e le possibili soluzioni, nel contesto di una strategia di coinvolgimento e responsabilizzazione delle comunità locali.

Per la Regione Lazio, la strategia è stata valutata e già completata, per le Regioni Umbria, Piemonte e Toscana la valutazione è ancora in corso, per la regione Lombardia è stata programmata mentre nelle Marche non c'è stata alcuna valutazione.

Oltre 6 milioni di euro per la prevenzione dei decessi droga correlati

Tabella III.2.13: Importo complessivo finanziato per i progetti di RDD sanitario con specifiche previsioni di intervento di prevenzione della mortalità acuta di overdose nelle regioni e Province Autonome nel corso del 2009

Regioni	Importo	%
PA Bolzano	599.000,00	9,5
Calabria	110.000,00	1,7
Emilia Romagna	non disponibile	
Lazio	1.852.000,00	29,4
Lombardia	1.006.151,58	16,0
Marche	217.000,00	3,5
Piemonte	971.300,00	15,4
Toscana	1.461.608,00	23,2
Umbria	80.000,00	1,3
Totale	**6.297.059,58**	**100,0**

Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

2 milioni di euro in più del 2008

Rispetto al 2008 le somme stanziate per la prevenzione della mortalità acuta sono aumentate di quasi due milioni di euro (più 46,5%), ciò è dovuto principalmente alla regione Lombardia non presente in precedenza ed alla regione Lazio che ha raddoppiato gli specifici fondi.

A supporto delle politiche e delle strategie a favore della prevenzione delle patologie correlate e la riduzione del danno e delle limitazioni dei rischi, le Regioni hanno attivato specifici servizi strutturati.

Nel 2009 le Regioni e provincie autonome hanno potuto contare su 113 servizi strutturati di riduzione del danno con un numero di soggetti contattati prossimo ai duecentomila .

In particolare sono state 34 unità di strada per la riduzione del danno da droghe,

40 le unità di strada (LRD) alcool/rischi della notte sono che nel corso del 2008 hanno contattato circa 75.000 soggetti, 13 unità di strada per i problemi correlati alla prostituzione, 24 servizi di Drop in diurni, 1 servizio di accoglienza bassa soglia 24/24 , 2 dormitori specializzati per le dipendenze patologiche e 6 servizi di riduzione del danno sociale per i bisogni primari sono stati indicati dalla Regione Friuli Venezia Giulia.

40 Unità di strada LDR alcool/rischi della notte

Tabella III.2.14: Servizi strutturati di Riduzione del danno presenti nelle regioni e Province Autonome nel corso del 2009

Tipologia	Numero dei servizi	Soggetti contattati nell'anno
Unità di strada RDD droghe	34	58.829
Unità di strada LDR alcool/rischi della notte	40	74.523
Unità di strada prostituzione	13	17.577
Drop in diurni	24	46.304
Accoglienza bassa soglia 24/24	1	n.d.
Dormitori specializzati per dipendenze patologiche	3	n.d.
Altri servizi di RDD sociale (bisogni primari) specializzati	6	593

Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

CAPITOLO III.3.

INTERVENTI DI PREVENZIONE E CONTRASTO

III.3.1. Interventi delle Forze dell'Ordine

III.3.1.1. Segnalazioni per violazione del DPR 309/90

III.3.1.2. Detenzione per uso personale di sostanze illecite

III.3.1.3. Deferiti alle Autorità Giudiziarie per reati in violazione al DPR 309/90

III.3.1.4. Guida in stato di ebbrezza o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti

III.3.2. Interventi della Giustizia

III.3.2.1. Procedimenti penali pendenti e condanne

III.3.2.2. Ingressi negli istituti penitenziari per adulti

III.3.2.3. Ingressi negli istituti penitenziari per minori

III.3. INTERVENTI DI PREVENZIONE E CONTRASTO

Premesse

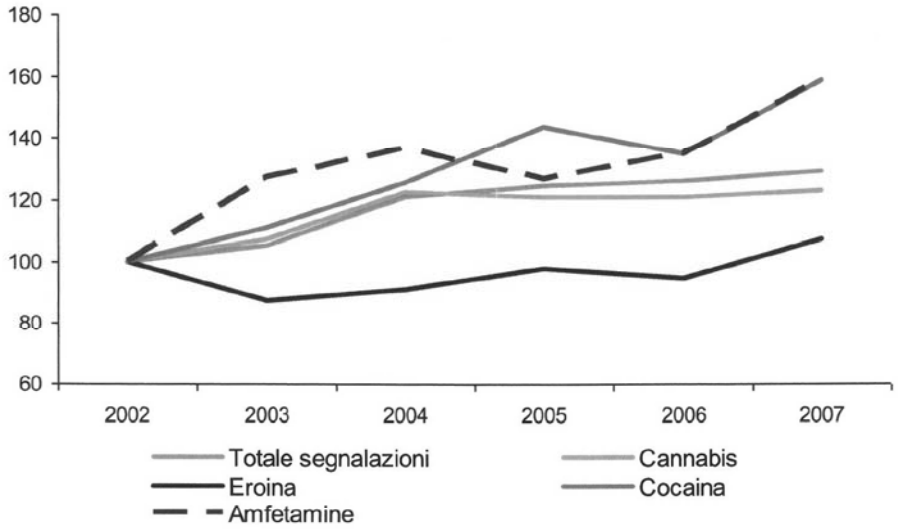
Gli interventi di prevenzione e contrasto alla diffusione delle sostanze illecite vengono pianificati e realizzati in prima istanza dalle Forze dell'Ordine e riguardano la lotta alla produzione, al traffico illecito ed al possesso di sostanze illecite, la prevenzione all'uso personale ed alla guida in stato di alterazione psico-fisica per uso di alcol o sostanze stupefacenti. In seconda istanza gli Organi della Giustizia intervengono in applicazione della disciplina penale specifica in materia di sostanze stupefacenti (DPR 309/90).

Fonti informative

Le segnalazioni relative agli interventi delle Forze dell'Ordine sono raccolte ed archiviate dalla Direzione Centrale della Polizia Criminale (DCPC) del Ministero dell'Interno relativamente alla violazione della normativa sugli stupefacenti (DPR 309/90). Informazioni più specifiche in riferimento alle violazioni per possesso ed uso di sostanze illecite sono raccolte dalla Direzione Centrale della Documentazione Statistica (DCDS) del Ministero dell'Interno, mentre per quanto riguarda i dati sulle azioni di contrasto alla produzione ed al traffico illecito di sostanze stupefacenti la struttura di competenza è la Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA) del Ministero dell'Interno.

Con riferimento ai dati sulla criminalità in violazione della normativa sugli stupefacenti, gli archivi del Dipartimento per gli Affari di Giustizia, Ufficio I Affari Legislativi, Internazionali e Grazie, e Ufficio III Casellario, forniscono informazioni sui provvedimenti pendenti ed esitati in condanna con sentenza definitiva; il flusso di soggetti transitati presso gli istituti penitenziari viene rilevato rispettivamente dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP) per gli adulti, e dal Dipartimento per la Giustizia Minorile, per i soggetti minori.

Figura III.3.1: Andamento indicizzato(*) delle segnalazioni di illeciti reati in violazione della legge sugli stupefacenti (penali e non) negli Stati membri dell'UE. Anni 2002 - 2007



(*) Valori indicizzati: variazione percentuale rispetto al valore dell'anno base = 2002

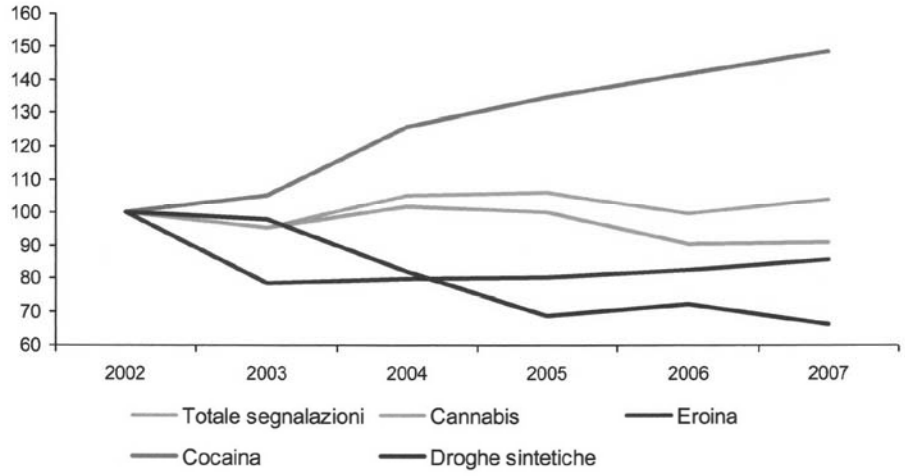
Fonte: Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze – Relazione Annuale 2008

L'andamento complessivo delle segnalazioni per condotte illecite in violazione della legge sugli stupefacenti (penale e non) a livello europeo nel periodo 2002 – 2007 indica un progressivo aumento delle attività di contrasto alla diffusione delle sostanze stupefacenti. L'esito di tali attività evidenzia un aumento degli illeciti correlati all'eroina, alla cannabis, ma soprattutto alla cocaina e alle amfetamine, che hanno registrato nel 2007 un incremento significativo rispetto al valore osservato nel 2002.

Segnalazioni di illeciti: trend in diminuzione per droghe sintetiche

Il confronto con la situazione Italiana evidenzia andamenti simili, ad eccezione degli illeciti per droga connessi al consumo di droghe sintetiche che mentre in Europa continuano ad aumentare, in Italia sono in calo. Si osservano trend crescenti per la cocaina e una sostanziale stabilità per le segnalazioni relative all'uso o al traffico di cannabis e si registra da più fonti la ripresa dell'assunzione di eroina, anche in virtù di nuove modalità di assunzione, oltre quella per via endovenosa (Figura III.3.2).

Figura III.3.2: Andamento indicizzato(*) delle segnalazioni di condotte illecite in violazione della legge sugli stupefacenti (art.73, art. 74, art.75 e art. 121) in Italia. Anni 2002 - 2007



Trend in aumento per cocaina, eroina e cannabis

(*) Valori indicizzati: variazione percentuale rispetto al valore dell'anno base = 2002

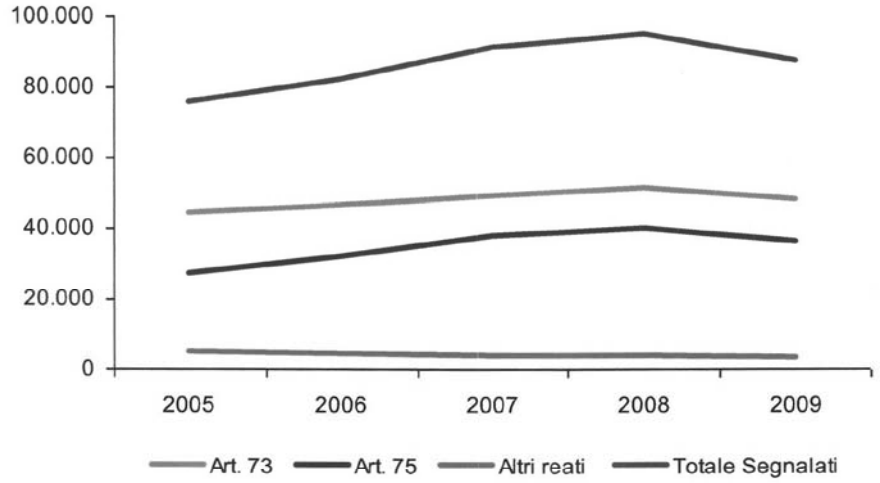
Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per la documentazione e la Statistica e Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

III.3.1. Interventi delle Forze dell'Ordine

III.3.1.1. Segnalazioni per violazione del DPR 309/90

Il Servizio Analisi Criminale della Direzione Centrale della Polizia Criminale, a composizione Interforze, costituisce il polo istituzionale per il coordinamento informatico anticrimine e per l'analisi strategica interforze sui fenomeni criminali e si pone quale indispensabile supporto per l'Autorità Nazionale di Pubblica Sicurezza e quale utile riferimento per il Dipartimento della Pubblica Sicurezza e per le forze di Polizia. Il Servizio, suddiviso in tre Divisioni, articolate in Sezioni funzionali, opera in costante rapporto con le competenti strutture del Dipartimento della Polizia Stradale, del Comando Generale dell'Arma dei Carabinieri e del Comando Generale della Guardia di Finanza.

Figura III.3.3: Soggetti segnalati alle Prefetture dalle Forze dell'Ordine, per articolo di segnalazione. Anni 2005 - 2009



Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno - Direzione Centrale della Polizia Criminale

Lieve diminuzione delle segnalazioni nel 2009 riconducibile ad un ritardo di notifica

Nell'anno 2009, i soggetti segnalati in base all'art. 73 sono stati complessivamente 48.026, mentre i soggetti segnalati in base all'art. 75 sono stati 36.389. L'andamento complessivo delle segnalazioni per violazione della normativa sugli stupefacenti (DPR 309/90) nel periodo 2005 – 2009 indica un progressivo aumento delle attività di contrasto alla diffusione delle sostanze stupefacenti fino al 2008 e un leggero decremento nel 2009 riconducibile ad un ritardo di notifica. Un andamento del tutto simile si osserva anche in corrispondenza dei soggetti segnalati per art. 75; mentre è evidente una sostanziale stazionarietà per i segnalati ex. art. 73 e per tutti gli altri reati previsti dalla normativa. La percentuale di segnalati di genere maschile, per entrambe le violazioni del DPR 309/90 (art. 73 e art. 75), supera il 90% con valori massimi per possesso e uso personale di sostanze stupefacenti (art. 75). L'età media dei segnalati risulta superiore tra i soggetti intercettati per produzione, traffico e vendita di stupefacenti (31 anni) senza differenze tra maschi e femmine.

Tabella III.3.1: Caratteristiche dei soggetti segnalati ex art. 73 ed ex. art. 75 alle Prefetture dalle Forze dell'Ordine – Anno 2009

	Articolo 73		Articolo 75	
Segnalati	**N**	**%**	**N**	**%**
Maschi	43.696	91,0	34.030	93,5
Femmine	4.330	9,0	2.359	6,5
Totale	48.026	100,0	36.389	100,0
Età media				
Maschi	30,9		27,2	
Femmine	30,8		27,4	
Complessiva	32,5		27,2	

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno - Direzione Centrale della Polizia Criminale

0,4% di soggetti segnalati ex. artt.73 e 75

Analizzando i soggetti per tipo di violazione del DPR 309/90 emerge inoltre che una percentuale quasi trascurabile di soggetti (0,4% pari a 376 persone) è stata segnalata nel 2009 sia per detenzione per uso personale che per spaccio di sostanze stupefacenti.

Tabella III.3.2: Caratteristiche delle segnalazioni dei reati previsti dal DPR 309/90 secondo il tipo di informativa dell'ultimo provvedimento – Anno 2009

	Articolo 73		Articolo 75		Altri reati	
Tipo Informativa	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Violazione Amm.	7	0,0	36.339	94,9	8	0,2
Notizia di reato all'A.G.	43.888	82,2	1.827	4,8	2.802	74,7
Condannato/a	7.588	14,2	14	0,0	240	6,4
Altro	1.938	3,6	131	0,3	703	18,7
Totale Segnalazioni	**53.421**	**100,0**	**38.311**	**100,0**	**3.753**	**100,0**

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno - Direzione Centrale della Polizia Criminale

La distribuzione delle segnalazioni secondo la tipologia di informativa relativa all'ultimo provvedimento in essere alla data di estrazione della banca dati (30 Aprile 2010) evidenzia da un lato la caratteristica della violazione della normativa sugli stupefacenti (amministrativa o penale) e dall'altro fornisce informazioni sull'evoluzione del provvedimento. La violazione amministrativa è stata comunicata al 95% delle segnalazioni del 2009 per possesso ed uso personale di sostanze stupefacenti e al rimanente 5% è stata inviata notifica di reato all'Autorità Giudiziaria. Analoga notifica è stata inviata all'AG per l'82% delle segnalazioni effettuate nel 2009 per i reati di produzione traffico e vendita di sostanze stupefacenti, mentre per il 14,2% delle segnalazioni il provvedimento è stato convertito in condanna.

III.3.1.2. Persone segnalate ai sensi degli artt. 75 e 121 del D.P.R. 309/90

Segnalati ex artt.121 e 75 del D.P.R 309/90 e successive modifiche

La Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica, sin dall'entrata in vigore del D.P.R. n. 309/1990, cura le rilevazioni dei dati statistici concernenti, i soggetti segnalati ai Prefetti, ai sensi degli artt. 75 e 121 dello stesso D.P.R.
Tale attività, che viene svolta nell'ambito delle attribuzioni demandate all'Osservatorio nazionale sulle tossicodipendenze, permette la raccolta di utili elementi conoscitivi su taluni aspetti del complesso fenomeno delle tossicodipendenze.

Segnalazioni ex art. 121

Notevole diminuzione delle segnalazioni dalle Prefetture per art. 121 da verificare nel tempo per ritardo di notifica

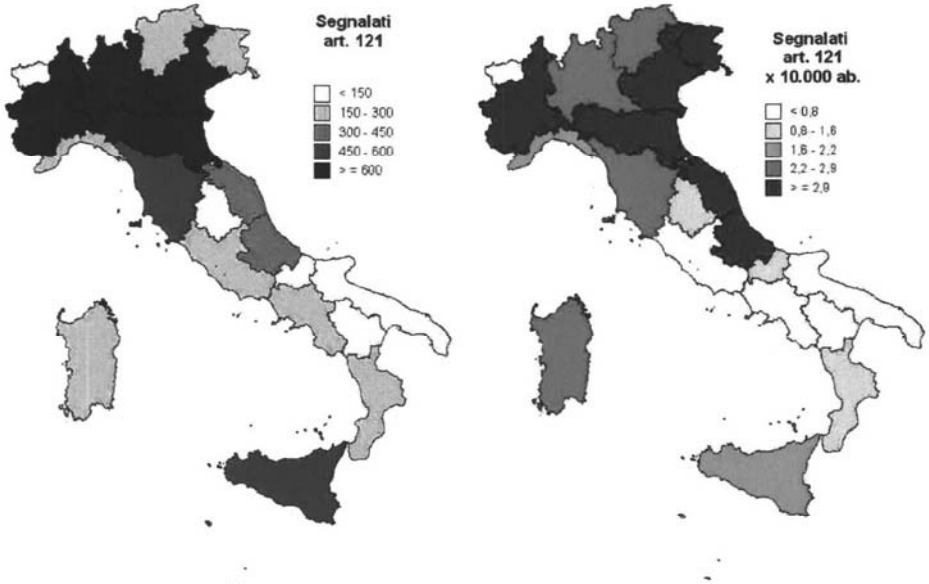
Dall'analisi delle informazioni contenute nella banca dati del Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione civile e per le risorse finanziarie e strumentali del Ministero dell'Interno, si evidenzia che, nell'anno 2009, i soggetti segnalati dai Prefetti, in base all'art 121[1], ai Ser.T competenti territorialmente, sono stati complessivamente 8.055, di cui il 97,7% è stato denunciato una sola volta e il restante 2,3% due o più volte (9 soggetti sono stati denunciati 3 volte).
Il dato complessivo, rilevato alla data del 30 Aprile 2010, risulta pertanto in netta diminuzione rispetto a quello del 2008, pari a 13.612 persone, anche se va evidenziato che i dati relativi all'anno 2009 sono da considerarsi provvisori, in relazione al ritardo di notifica delle Prefetture.

Età media: 28 anni

Sul totale dei soggetti in questione, 7.657 persone risultano essere maggiorenni di cui 6.956 maschi (pari al 91% circa) e 701 femmine (pari al 9% circa), 398 minorenni, pari al 4,9 % circa del totale dei segnalati ex art.121 (343 maschi e 55 femmine). L'età media dei segnalati è 28 anni circa.

[1] *L'art. 121 si applica ogni qualvolta le Forze dell'Ordine procedono ad una segnalazione per uso di sostanza stupefacente senza sequestro (overdose, guida in stato di alterazione psicofisica per assunzione di sostanze,...) In questi casi la Prefettura segnala il soggetto interessato al Ser.T competente per territorio, che a sua volta ha l'obbligo di convocarlo. Il soggetto può rispondere all'invito in modo discrezionale e, qualora si presentasse al Servizio pubblico per le Tossicodipendenze decidendo di intraprendere un percorso terapeutico, il trattamento sarebbe comunque volontario e non sottoposto al controllo della Prefettura.*

Figura III.3.4: Segnalazioni ex art. 121 per regione - Valori assoluti e tasso per 10.000 residenti. Anno 2009



Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno - Direzione Centrale per la documentazione e la Statistica

Per quanto riguarda la distribuzione geografica, le Regioni in cui risulta un maggior numero di segnalati sono la Lombardia (1.652), l'Emilia Romagna (972), il Veneto (947) e il Piemonte (884); mentre le Regioni che hanno il minor numero di soggetti segnalati sono la Valle d'Aosta (1), la Basilicata (27), il Molise (30), l'Umbria (71) e la Puglia (142).

Degli 8.055 soggetti segnalati per art. 121, 1813 (22,5%) sono stati segnalati nel 2009 anche per art. 75, principalmente maschi (92,2%) e segnalati per detenzione per uso personale di cannabinoidi (Tabella III.3.3).

Tabella III.3.3: Segnalazioni ex artt. 121e 75 per sostanza primaria – Anno 2009

Segnalazioni per sostanza	N	% c
Oppiacei (eroina, metadone, morfina)	177	9,6
Cocaina	229	12,5
Cannabinoidi	1.416	77,0
Stimolanti	10	0,5
Altre sostanze	2	0,1
Non noto	4	0,2
Totale	**1.838 (*)**	**100,0**

(*) una persona può essere segnalata per più sostanze

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per la documentazione e la Statistica

Segnalazioni ex art. 75

Nel 2009 le persone segnalate ex art 75[2] sono state in totale 28.494, di cui 26.570 maschi (pari al 93,2 %) e 1.924 femmine (pari al 6,8 %).

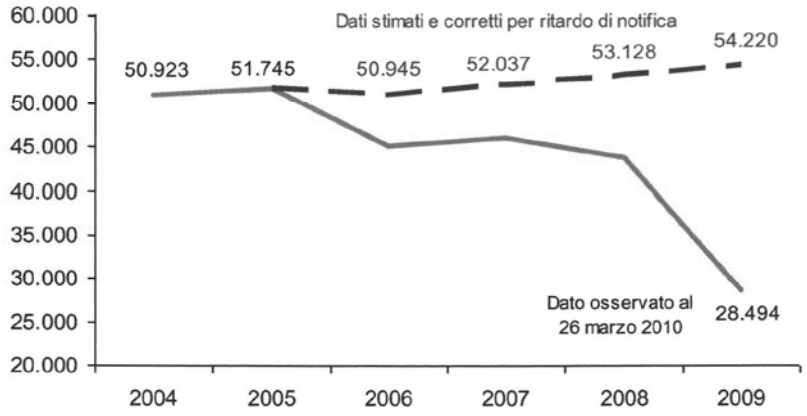
Segnalati ex art.75 del D.P.R 309/90 e successive

I soggetti segnalati ai sensi dell'art. 75 del DPR 309/90 e successive modifiche risultano in diminuzione rispetto ai dati relativi all'anno 2008, consolidati alla data del 26 Marzo 2010 pari a 43.759, sebbene i dati dell'ultimo triennio ed in

[2] *L'art.75 si applica ogni qualvolta le Forze dell'Ordine procedono ad un sequestro di sostanza stupefacente detenuta per uso personale. Alla segnalazione segue la convocazione dell'interessato da parte della Prefettura competente per il colloquio e l'applicazione del relativo provvedimento. In base alla nuova normativa la competenza per il procedimento amministrativo è del Prefetto del luogo di residenza del soggetto segnalato e non quello del luogo di accertata violazione come stabilito prima dell'entrata in vigore della legge 49/2006.*

particolare quelli relativi al 2009, siano da considerarsi tuttora provvisori[3]. modifiche

Figura III.3.5: Soggetti segnalati ex art. 75. Anni 2004 - 2009



Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per la documentazione e la Statistica

Il ritardo negli accertamenti tossicologici dovuto alla carenza di laboratori tossicologici a livello provinciale, ha allungato i tempi di convocazione in quanto i NOT possono procedere nell'iter amministrativo nei confronti dei soggetti segnalati solo in presenza degli esiti delle analisi delle sostanze e ciò può avere determinato a sua volta una diminuzione del numero dei segnalati.

Tabella III.3.4: Caratteristiche dei soggetti segnalati ex art. 75 alle Prefetture dalle Forze dell'Ordine – Anno 2009

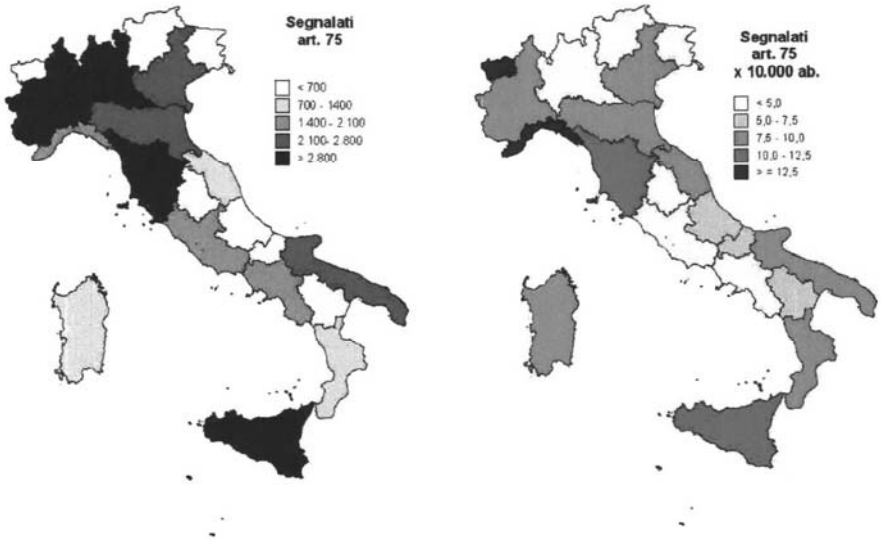
Caratteristiche	N	%c
Segnalati		
Nuove segnalazioni	20.866	73,2
Già segnalati in anni precedenti	7.628	26,8
Totale	28.494	100,0
Frequenza		
Una sola volta nell'anno	27.424	96,2
Due o più volte nell'anno	1.070	3,8
Genere		
Maschi	26.570	93,2
Femmine	1.924	6,8
Età media		
Maschi	26,8	
Femmine	27,2	
Segnalazioni per sostanza		
Oppiacei (eroina, metadone, morfina)	3.916	13,7
Cocaina/Crack	3.760	13,2
Cannabinoidi	20.541	72,1
Altri Stimolanti	106	0,4
Altre droghe	171	0,6
Totale	28.494	100,0

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per la documentazione e la Statistica

[3] *In base ai dati, rilevati alla data del 30 Aprile 2009 relativi all'anno 2008, il numero di persone segnalate ex art.75 risultava pari a 35.632. I dati sono costantemente aggiornati dal personale dei NOT delle Prefetture-UTG e risultano consolidati dopo circa due anni ed oltre .*

Riguardo alla distribuzione geografica le regioni in cui risulta un maggior numero di segnalati sono nell'ordine: Sicilia (3.548), Lombardia (2.911), Piemonte (2.843), Toscana (2.807)[4]. Le regioni presso le quali sono stati segnalati il minor numero di soggetti sono nell'ordine: Molise (139), Valle d'Aosta (143), Trentino Alto Adige (171), Basilicata (238) e Umbria (252).

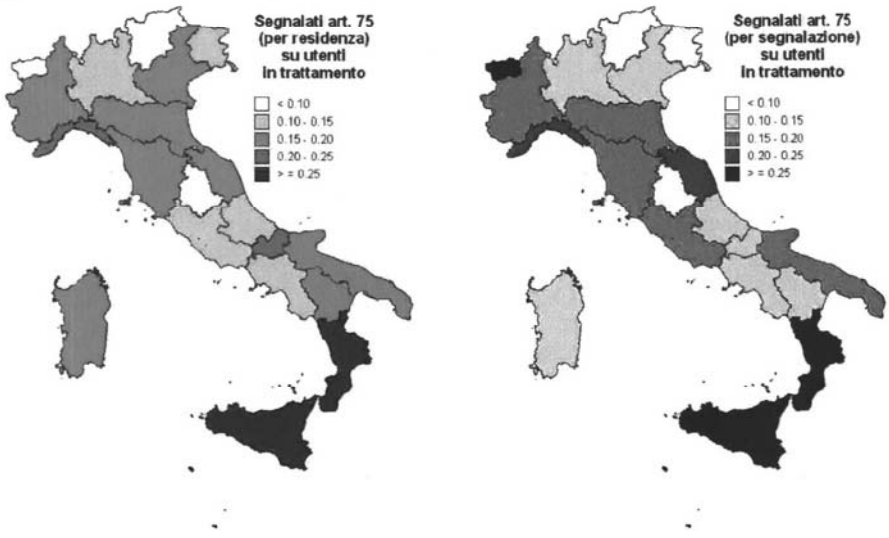
Figura III.3.6: Segnalazioni ex art. 75 per regione - Valori assoluti e tasso per 10.000 residenti. Anno 2009



Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno - Direzione Centrale per la documentazione e la Statistica

Confrontando la distribuzione geografica per regione di residenza e regione di segnalazione si osserva che le regioni in cui risulta, in entrambi i casi, un maggior numero di segnalati sono la Sicilia e la Calabria. Si evidenzia, inoltre, una discreta mobilità di soggetti residenti in Molise denunciati per reati art. 75, mentre nella Valle d'Aosta si registra la situazione opposta (elevata percentuale di segnalati non residenti).

Figura III.3.7: Segnalazioni ex art. 75 sul numero degli utenti in trattamento, secondo la regione di residenza e di segnalazione



Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno - Direzione Centrale per la documentazione e la Statistica – Ministero della Salute

[4] *I dati, disaggregati a livello regionale e provinciale, anche relativamente ai provvedimenti adottati, sono stati rilevati alla data del 26 Marzo 2010 e sono da considerarsi provvisori.*

Sul totale dei segnalati nel 2009, risultano minori di 18 anni 2.316 soggetti (pari al 9%) di cui 2.176 maschi e 140 femmine. L'età media dei segnalati è 27 anni circa, le classi di età con maggiore prevalenza sono quelle tra i 18 ed i 24 anni (45%) e quella oltre i 30 anni (29%).

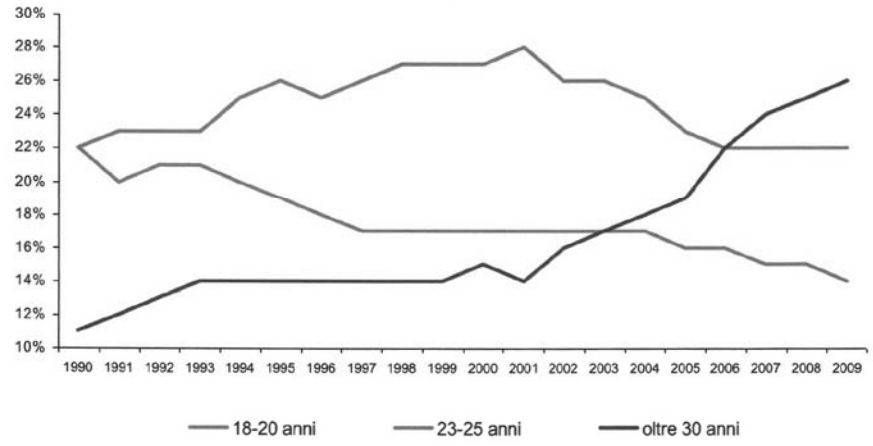
Aumento del trend delle persone con età maggiore di 30 anni

Il trend delle diverse fasce di età dal 1990 al 2009 evidenzia che, nel corso degli anni, i segnalati ai sensi dell'art. 75 sono in maggioranza persone che hanno un'età compresa tra i 18 ed i 25 anni e la percentuale di segnalati oltre i 30 anni di età è in aumento in modo più consistente a partire dall'anno 2002 (Figura III.3.7).

Dai NOT delle prefetture: diminuzione dell'età di primo consumo, aumento dei policonsumatori e del consumo di alcol

Le fasce più giovani (fino a 14 anni e 15 – 17 anni) non mostrano percentuali d'aumento consistenti; tuttavia sulla base delle informazioni acquisite durante i colloqui presso le Prefetture, gli operatori dei NOT confermano che si è abbassata l'età del primo consumo di sostanze stupefacenti e/o psicotrope e che anche tra le persone segnalate si registra, negli ultimi anni, una maggiore incidenza di poliassuntori che spesso assumono stupefacenti in associazione con alcolici.

Figura III.3.8: Distribuzione percentuale delle persone segnalate ex art. 75 secondo le principali fasce di età. Anni 1990 - 2009



Fonte: Dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per la documentazione e la Statistica

Sostanze di segnalazione: 72% delle segnalazioni per cannabis

Per quanto riguarda le sostanze d'abuso, nell'anno 2009 la maggioranza dei soggetti segnalati, cioè il 72% del totale dei nuovi soggetti e dei recidivi, è stata trovata in possesso di cannabinoidi, seguita dai detentori di cocaina (13%) e dai possessori di eroina la cui percentuale, sul totale dei segnalati nell'anno di riferimento, raggiunge l'11% del totale. Sommando alle persone segnalate per consumo di eroina quelle segnalate per metadone, morfina ed altri oppiacei si ottiene una percentuale pari a circa il 14%.

Bassa percentuale dei segnalati per sostanze a base di anfetamina

I segnalati per sostanze come ecstasy e analoghi, amfetamine, LSD raggiungono appena lo 0,4% del totale, mentre i possessori di altre sostanze, rappresentano lo 0,6% circa del totale dei segnalati. Si deve tener conto, tuttavia, del fatto che uno stesso soggetto può essere segnalato per detenzione di una o più sostanze.

Aumento dl trend dell'uso di eroina

Rispetto al passato, negli ultimi quattro anni si è registrato un incremento dei detentori per uso personale di eroina (passata dal 8% del 2006 – 2007, al 9% del 2008 ed al 11% del 2009), anche se sono mutate le modalità del consumo in quanto tale sostanza viene "fumata" (Figura III.3.9).

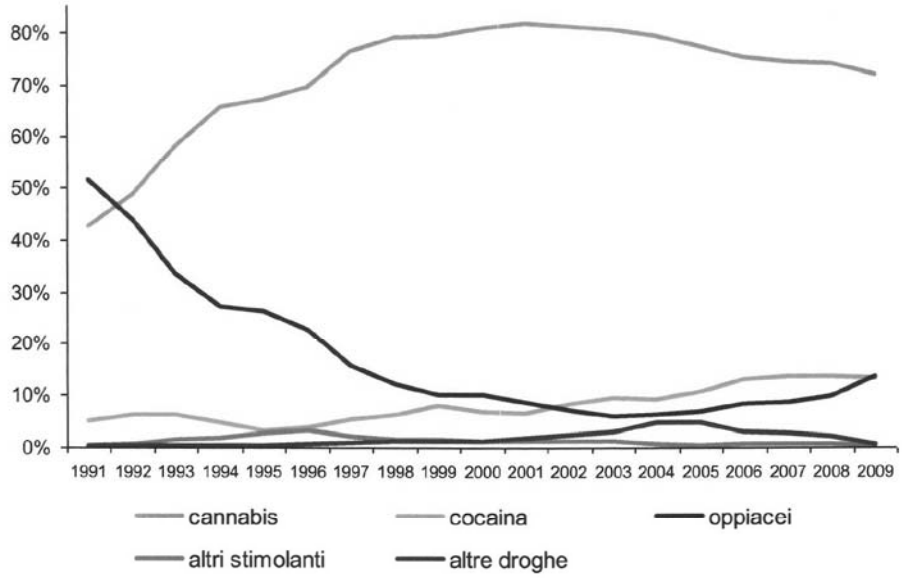
Il numero dei consumatori di cannabinoidi risulta in lieve ma costante diminuzione rispetto agli anni precedenti, (79% nel 2004, 75% nel 2006). La percentuale di consumatori di hashish e marijuana resta tuttavia quella più elevata tra i soggetti segnalati per consumo personale ai sensi della predetta normativa.

Aumento del trend consumatori di cocaina segnalati

I detentori per uso personale di cocaina (passati dall'11% del 2005 al 13% nel 2006 ed al 14 % del 2007 e del 2008) mostrano un leggero calo nel 2009 (13%) ma la cocaina resta la seconda sostanza di segnalazione più rilevata e ciò desta particolare preoccupazione in quanto buona parte dei soggetti segnalati sono giovani in età compresa tra i 18 ed i 25 anni.

L'andamento del consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione dei segnalati ai Prefetti, in linea con i dati e le stime rilevate a livello internazionale ed europeo, necessita una particolare attenzione in quanto la maggioranza di loro possono considerarsi "consumatori occasionali", rappresentando una fonte di informazioni importante per le stime del consumo nella popolazione generale.

Figura III.3.9: Distribuzione percentuale delle persone segnalate ex art. 75 secondo il tipo di sostanza. Anni 1991 - 2009



Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per la documentazione e la Statistica

Provvedimenti

Nel 2009 il numero dei colloqui svolti dai NOT delle PrefetturePrefetto è stato pari a 29.837[5].

A seguito dei colloqui, 17.044 soggetti sono stati invitati a non fare più uso di sostanze stupefacenti (formale invito).

Le sanzioni amministrative, adottate dai Prefetti nell'anno 2009, ai sensi del comma 1 del precitato art. 75, sono state 15.923, di cui 9.939 (62,4%) a seguito di colloquio presso il Nucleo Operativo per le Tossicodipendenze delle Prefetture-U.T.G. e 5.984 (pari al 37,6 %) per mancata presentazione al colloquio stesso.

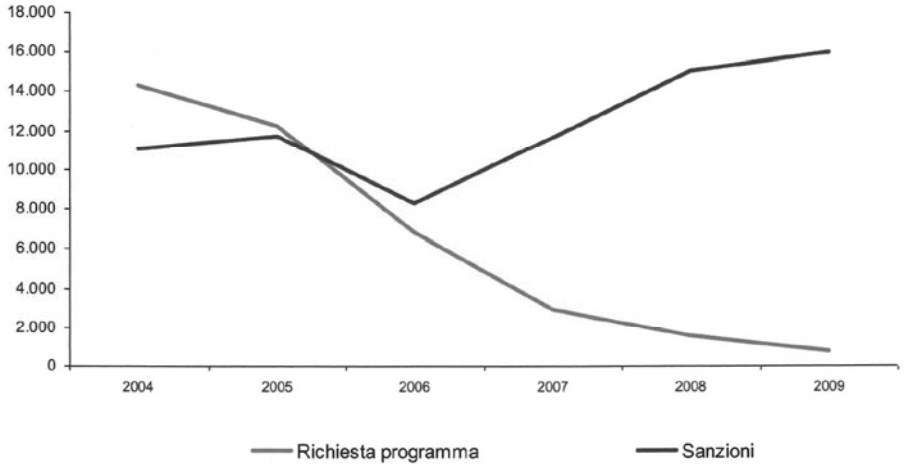
Rispetto all'anno precedente in cui erano state irrogate 14.993 sanzioni, il dato relativo all'anno 2009 risulta pertanto in aumento anche in considerazione della maggiore provvisorietà del dato.

Nell'anno di riferimento 711 persone segnalate sottoposte al colloquio (il 2,5% circa del totale delle persone segnalate) sono state invitate a recarsi al Servizio per le Tossicodipendenze o in comunità socio-riabilitativa e per 2.513 persone, nello stesso periodo, è stato archiviato il procedimento amministrativo per conclusione del programma terapeutico. Il dato relativo all'invio al programma terapeutico risulta in netta diminuzione, sia rispetto all'anno precedente, in cui la richiesta di programma terapeutico era stata effettuata per 1.489 persone segnalate, sia rispetto al dato rilevato nel 2007 (2.888) e negli anni precedenti (Figura III.3.10).

---

[5] *Va segnalato che il totale dei colloqui svolti nel 2009 riguarda anche persone segnalate negli ultimi mesi dell'anno precedente e che uno stesso soggetto può essere sottoposto a più di un colloquio.*

Figura III.3.10: Sanzioni amministrative e richieste di invio a programma terapeutico in seguito a segnalazione ex art. 75. Anni 2004 - 2009



Dal 2006 forte riduzione del numero di soggetti inviati al programma terapeutico e aumento delle sanzione

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per la documentazione e la Statistica

Fenomeno sostenuto dalla mancata sospensione delle sanzioni in caso di accettazione del programma (Legge 49/2006)

In base alla legge 49/2006, attualmente in vigore, il provvedimento sanzionatorio non viene sospeso, come previsto in precedenza, ma viene comunque sempre applicato e, solo successivamente la persona segnalata è invitata ad intraprendere un percorso terapeutico. Per questo le persone segnalate non sarebbero più motivate ad accettare il programma di recupero. Ciò spiega la drastica diminuzione nel 2007, 2008 e 2009 del numero di persone inserite in programmi che, invitate a curarsi, non hanno accettato di intraprendere il trattamento perché comunque non sarebbe stata sospesa la sanzione.

Sempre in base alle informazioni contenute nella banca dati che costituisce la fonte di riferimento della Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica del Ministero dell'Interno per l'elaborazione del presente contributo alla Relazione annuale al Parlamento, nel periodo compreso tra l'11 luglio 1990 ed il 31 Dicembre 2009 le persone segnalate ai Prefetti per detenzione per uso personale di sostanze stupefacenti ai sensi del citato art. 75 sono state complessivamente 737.642, di cui 690.889 maschi (pari al 93,7%) e femmine 46.753 (6,3%). I minorenni rappresentano il 7,7% del totale ed oltre il 57,1% delle persone segnalate ha un'età compresa tra i 18 ed i 25 anni.

Fondamentale rivalutare e ripristinare il ruolo svolto dai NOT

Fin dall'entrata in vigore del T.U 309/90, i Nuclei Operativi per le Tossicodipendenze delle Prefetture hanno svolto una efficace opera di dissuasione nei confronti dei consumatori di stupefacenti, soprattutto giovani, che senza tale attività di prevenzione, realizzata attraverso il colloquio con i funzionari e gli assistenti sociali, sarebbero rimasto privi di una rete di sostegno che tali organismi hanno contribuito a costruire con gli altri Enti del territorio (Ser.T e Comunità Terapeutiche).

III.3.1.3. Deferiti alle Autorità Giudiziarie per reati in violazione al DPR 309/90

Oltre 23.000 operazioni: forte attività di prevenzione e contrasto. Oltre 36.000 denunce

Con riferimento alle azioni di contrasto in violazione della normativa sugli stupefacenti, le Forze dell'Ordine, nell'ambito di 23.187 operazioni antidroga effettuate sul territorio nazionale nel 2009, hanno emesso 36.277 denunce per reati inerenti la produzione, il traffico e la vendita di sostanze illegali, l'associazione finalizzata al traffico illecito ed altri reati del DPR 309/90.

Caratteristiche segnalazioni: 66% italiani 34% stranieri Bassa presenza del genere femminile (9%)

Il 65,8% delle segnalazioni deferite all'Autorità Giudiziaria nel 2009 erano a carico di italiani ed un 9% riguardava la popolazione di genere femminile. L'età media dei soggetti segnalati è di circa trentuno anni, con alcune differenze per nazionalità (32 anni per gli italiani e 29 anni per gli stranieri), mentre risultano più marcate in relazione al tipo di reato commesso (31 anni per reati art. 73 e 36 anni per reati art. 74).

Tabella III.3.5: Caratteristiche delle denunce all'Autorità Giudiziaria dalle Forze dell'Ordine per violazione del DPR 309/90 - Anno 2009

Caratteristiche	N	% c
Genere		
Maschi	33.155	91,4
Femmine	3.122	8,6
Totale	36.277	100,0
Nazionalità		
Italiani	23.856	65,8
Stranieri	12.421	34,2
Reati		
Art. 73 – italiani	23.843	65,7
Art. 73 - stranieri	12.421	34,3
di cui Art. 74 – italiani	2.217	72,6
di cui Art. 74 – stranieri	837	27,4
Età media		
italiani con reati Art. 73	31,6	
Stranieri con reati Art. 73	29,2	
di cui italiani con reati Art. 74	37,0	
di cui stranieri con reati Art. 74	33,0	
Tipo di provvedimento		
Arresto	29.529	81,4
In libertà	6.374	17,6
Irreperibilità	374	1,0

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

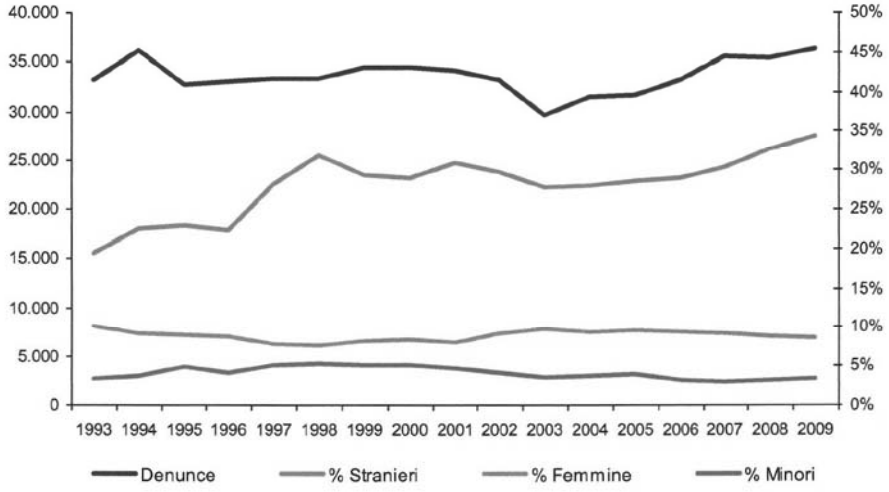
Trend deferiti alle A.G.

Negli ultimi sedici anni l'andamento dei soggetti denunciati è stato caratterizzato da due picchi, uno massimo nel 1994, con oltre 36.000 denunce, ed uno minimo nel 2003, con circa 29.500 soggetti denunciati (Figura III.3.11).

Aumento % degli stranieri, delle donne e dei minori denunciati

Nell'intervallo tra questi due periodi l'attività di contrasto al traffico di stupefacenti è rimasta sostanzialmente invariata, mentre ha segnato un incremento di denunce nel periodo successivo fino a raggiungere nel 2009 valori osservati nel 1994, associato ad un andamento similare nella percentuale di stranieri intercettati e deferiti all'Autorità Giudiziaria, che ha raggiunto valori massimi nel 2009, pari al 34,2% sul totale persone denunciate in operazioni antidroga. Le donne segnalate all'A.G. nel 2009 sono state 3.122, con un incremento, rispetto all'anno precedente, dello 0,9%. Negli ultimi 10 anni, le denunce a carico delle donne hanno registrato il picco più alto nel 2007 e quello più basso nel 2001. Per quanto riguarda le denunce a carico dei minori, nel 2009 hanno rappresentato il 3,2% del totale delle persone segnalate a livello nazionale, con un incremento del 3,1% rispetto al 2008.

Figura III.3.11: Denunce di persone in operazioni antidroga delle FFOO, percentuale di denunce di stranieri, di donne e minori. Anni 1993 - 2009

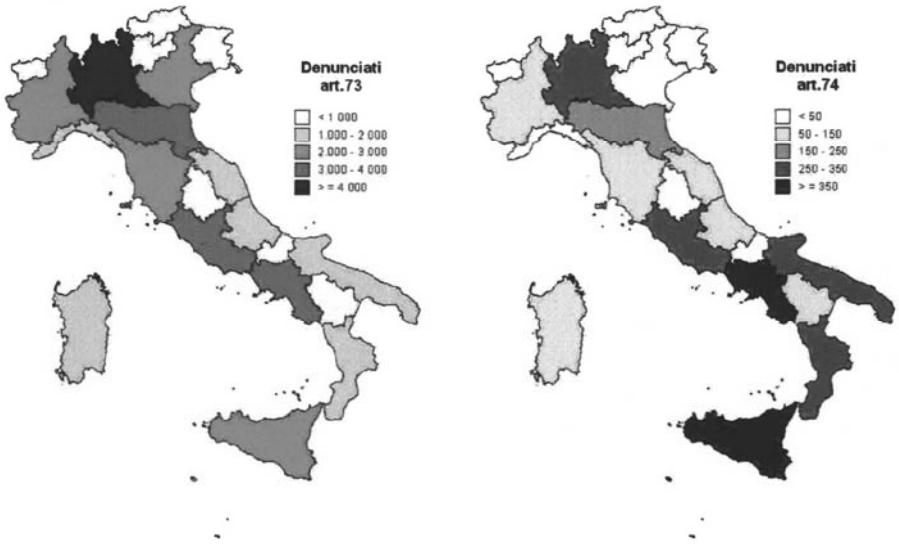


Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno - Direzione Centrale per i Servizi Antidroga - Stato e andamento nazionale del narcotraffico e attività di contrasto delle Forze di Polizia

Segnalazioni per tipo di reato: Lombardia regione con più denunce Al sud i reati più gravi: Sicilia, Campania

Le azioni di contrasto al traffico di stupefacenti attivate nel 2009 dalle FFOO hanno evidenziato differenti caratteristiche rispetto al tipo di reato contestato; le denunce per reati legati alla produzione, traffico e vendita di sostanze illecite si concentrano soprattutto in Lombardia (16% delle denunce complessive), seguita dal Lazio (11%), dalla Campania (10%) e dall'Emilia Romagna (9%) a differenza del profilo delle denunce per i reati più gravi, che ad eccezione della Lombardia (10% delle denunce complessive), si concentrano maggiormente nella penisola meridionale ed insulare (21% Sicilia, 18% Campania).

Figura III.3.12: Denunce per reati artt. 73 e 74 DPR 309/90 per regione di effettuazione delle operazioni. Anno 2009



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

Segnalazioni per tipo di sostanza: 37% cocaina 33% cannabis 19% eroina

Il 37% delle segnalazioni all'Autorità Giudiziaria per violazioni della normativa sugli stupefacenti riguardava il traffico di cocaina, seguite dalla cannabis (33%) ed in percentuale minore da eroina (19%). Tra i denunciati di nazionalità italiana, circa il 90% era di genere maschile ad eccezione delle denunce per traffico di eroina, per le quali la percentuale scende all'84%; percentuali più elevate si osservano per la popolazione maschile straniera (oltre 93% per tutte le sostanze).

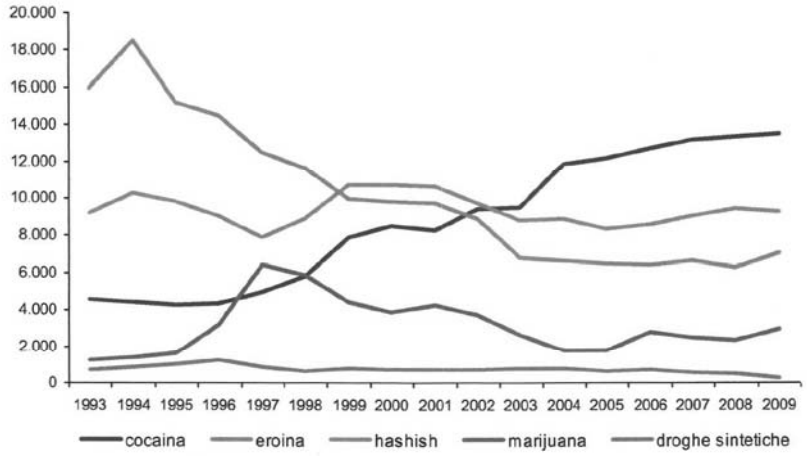
I denunciati per traffico di droghe sintetiche risultano mediamente più giovani (26 anni) rispetto i deferiti per altre sostanze ed in genere l'età media delle donne risulta più elevata rispetto i maschi (rispettivamente 33 e 31 anni nella popolazione italiana e 31 e 29 anni nella popolazione straniera).

Più giovani i denunciati per traffico di droghe sintetiche

Negli ultimi sedici anni il profilo del traffico di sostanze illecite si è notevolmente evoluto: la percentuale di denunce per il commercio di eroina è passata dal 48% nel 1993 al 17,6% nel 2008 per risalire leggermente nel 2009 con il 19,3% di segnalati, a fronte di un forte incremento di spaccio di cocaina (14% delle denunce per traffico di sostanze illecite nel 1993 contro il 37% nel 2009) (Figura III.3.13).

Più trend denunce per tipo di sostanza: aumento denunce per cocaina ed eroina

Figura III.3.13: Denunce di persone in operazioni antidroga delle FFOO, per tipologia di sostanza illecita sequestrata. Anni 1993 - 2009



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

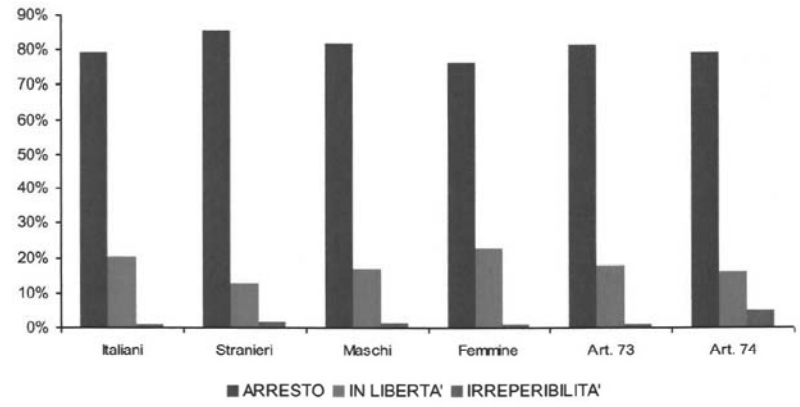
La percentuale di soggetti in stato di arresto è superiore all'81% dei segnalati, sebbene con una certa variabilità rispetto alla nazionalità, genere e tipo di reato (Figura III.3.14).

L'81% dei segnalati è stato arrestato

Le denunce per le quali i segnalati sono ancora in libertà o irreperibili sono in percentuale superiore per gli italiani (21% vs 14% stranieri), il genere femminile (24% vs 18% maschi) e per i reati più gravi (21% vs 19% art. 73). Particolarmente elevata risulta la percentuale di stranieri denunciati per i reati più gravi ancora in stato di libertà o irreperibilità (33% per le femmine e 31% per i maschi).

Oltre il 30% degli stranieri denunciati per reati gravi sono liberi o irreperibili

Figura III.3.14: Soggetti deferiti all'Autorità Giudiziaria per stato del provvedimento, nazionalità, genere e tipo di reato. Anno 2009



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

III.3.1.4. Guida in stato di ebbrezza o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti

Droga, alcol e guida

Il fenomeno della guida sotto l'influenza di droghe, considerata la continua e crescente diffusione dell'uso di sostanze psicotrope, assume particolare rilevanza non solo in Italia ma anche a livello internazionale (indicato con l'acronimo DUI - Driving Under the Influence); infatti nell'ultimo ventennio sono stati prodotti numerosi studi scientifici sul tema che hanno fornito nuove conoscenze sull'andamento del rischio di incidenti stradali sotto l'effetto di sostanze psicotrope.

In considerazione dell'aumento negli ultimi anni degli eventi fatali in seguito al fenomeno delle "stragi del sabato sera", è stata attivata un'azione preventiva sia dal punto di vista normativo, con la riduzione dei limiti ammessi di concentrazione di sostanze psicotrope nel corpo e con l'inasprimento delle sanzioni a carico dei trasgressori, sia per quanto riguarda l'intensificazione delle azioni di controllo e monitoraggio dello stato psico-fisico dei conducenti.

Tipo di controlli delle FFOO: per fondato sospetto e casuali

In questo senso, i controlli svolti dalle Forze dell'Ordine (FFOO) si possono dividere in controlli per "fondato sospetto" e "casuali". I primi hanno lo scopo di identificare - e mettere in condizioni di non nuocere - conducenti che manifestano comportamenti non compatibili con una guida sicura; si tratta quindi di azioni di prevenzione mirata su specifici conducenti. I risultati di questi controlli (in numero e tipologia) dipendono, peraltro, strettamente dalle attività messe in atto dalle FFOO, che possono variare in funzione del tempo e del territorio.

I controlli casuali, invece, sono indispensabili per aumentare la conoscenza dell'andamento del fenomeno e riguardano quindi l'intera popolazione dei conducenti. Mentre i controlli per fondato sospetto servono per identificare singoli conducenti che guidano in stato DUI (un pericolo contingente per la sicurezza stradale), i controlli casuali mirano a farci conoscere la percentuale dei conducenti DUI (e quindi hanno come target l'intera popolazione dei conducenti).

Forte aumento dei controlli per fondato sospetto (14,9%)

Il numero di controlli per fondato sospetto di DUI svolti dalle FFOO nel 2009, è ulteriormente cresciuto (+14,9%) rispetto all'anno precedente. Tale aumento può ricondursi essenzialmente nei controlli per l'alcol, essendo stata consistentemente potenziata la strumentazione (alcolimetri) in dotazione alle FFOO.

Creazione di effetto deterrente che porta a un forte calo della % di positività:
2006 = 15,0%
2007 = 6,0%
2008 = 3,4%
2009 = 2,9%

L'esito dei controlli effettuati sembrano confermare un effetto deterrente per la DUI sia per quanto riguarda l'assunzione di alcolici, sia per il consumo di sostanze psicoattive illegali. Nel 2009 i conducenti trovati al di sopra del limite legale di alcolemia (0,5 g/l) erano il 2,9% del totale dei soggetti controllati (47.175 casi), a fronte del 3,4% registrato nel 2008, del 6,0% del 2007 e del 15% nel 2006, con una diminuzione rispetto al 2006 di più di 12 punti percentuali.

Tabella III.3.6: Controlli svolti dalla Polizia Stradale e dall'Arma dei Carabinieri per la guida in stato di ebbrezza e sotto l'influenza di sostanze psicoattive illegali - Anni 2006 - 2009

	2006	2007	2008	2009
Numero controlli	241.935	790.319	1.393.467	1.601.080
Differenza rispetto anno precedente	-	200%	76%	14,9%
Guida in stato di ebbrezza				
Accertamenti positivi	36.317	47.206	47.465	47.175
% positivi su controlli	15,0%	6,0%	3,4%	2,9%
Guida sotto influenza di droga				
Accertamenti positivi	3.416	4.515	4.564	4.388
% positivi su controlli	1,4%	0,6%	0,3%	0,3%

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per la Polizia Stradale

Diminuisce anche la positività per droga:
2006 = 1,41%
2007 = 0,57%
2008 = 0,33%
2009 = 0,27%

Risultati incoraggianti si osservano anche per i controlli della guida sotto

l'influenza di sostanze illecite; la riduzione della percentuale di accertamenti positivi stabilizzati nell'ultimo biennio sullo 0,3% del totale dei soggetti controllati suggerisce un aumento della consapevolezza dell'intensificazione delle azioni di controllo da parte delle Forze dell'Ordine anche in relazione all'inasprimento delle sanzioni derivanti dall'applicazione della nuova norma del codice della strada a partire dal mese di maggio 2008.

Risultati del Progetto "Drug on Street": 46% di positività all'alcol e/o alle droghe

Nella ambito del Progetto "Drugs on Street" realizzato nel 2009 nel comune e nella provincia di Verona, sono stati sottoposti ad accertamenti clinici e tossicologici 259 conducenti, per la maggior parte maschi (87,3%), con un'età media di 30 anni.

Rispetto all'intero campione di conducenti che hanno eseguito i controlli, è emersa una positività all'alcol, alle droghe o all'associazione di alcol e droghe pari al 45,9%. La prevalenza d'uso riscontrata con maggiore frequenza tra i conducenti esaminati è quella relativa all'alcol (30,1%), seguita dalle droghe (5,4%) e dall'associazione di alcol e droghe (10,4%). In particolare, tra coloro che sono risultati negativi ai controlli con alcolimetro (154), il 9% è risultato invece positivo agli accertamenti tossicologici. Se queste persone fossero state sottoposte solo al controllo con etilometro, sarebbero tornate alla guida in condizioni psicofisiche alterate e non idonee alla guida.

La misurazione del tasso alcolemico cui i soggetti sono stati sottoposti dalle Forze dell'Ordine ha evidenziato che il 40,5% degli esaminati manifestava valori superiori al limite massimo consentito per guidare (0,5 g/l), con un tasso alcolemico medio di 1,13 g/l, circa il doppio del valore permesso. Tra i conducenti risultati positivi alle droghe (16,1%), la cannabis è la sostanza riscontrata con maggiore frequenza (55,1% dei casi), seguita dalla cocaina (34,7%), dalle amfetamine (4,1%) e dagli oppiacei (6,1%). Analizzando le positività alle sostanze riscontrate tra i conducenti distinti secondo il genere, l'alcol è la sostanza più utilizzata dalle femmine (91,7%), mentre i maschi associano con più frequenza alcol e droghe (25,2%).

Legge n. 125 / 2008 e sequestro del mezzo se alcolemia >1,5gr/

Il Decreto-Legge n. 92 del 23 maggio 2008, convertito in Legge n. 125 del 24 luglio 2008, tra i vari provvedimenti, ha disposto anche il sequestro preventivo del veicolo a fini di confisca qualora i livelli alcolemici riscontrati nel conducente siano superiori a 1,5 gr/l.

Nel 2009, il provvedimento del sequestro del mezzo di trasporto è stato applicato a 5.625 (+46% rispetto al 2008) conducenti positivi al controllo del livello di alcolemia (pari al 12% sul totale positivi), e a 623 conducenti positivi al controllo della concentrazione di sostanze illecite (1,3% sul totale positivi).

III.3.2. Interventi della Giustizia

In seguito alle denunce comunicate dalle Forze dell'Ordine all'Autorità Giudiziaria per i reati commessi in violazione della normativa sugli stupefacenti (DPR 309/90), vengono avviati i relativi procedimenti penali, i quali si concludono con provvedimenti definitivi di condanna o assoluzione. I provvedimenti di condanna e quelli di proscioglimento che prevedono una misura di sicurezza, passati in giudicato, sono inseriti nel Sistema Informativo del Casellario Giudiziale gestito dal Dipartimento per gli Affari di Giustizia, Ufficio III Casellario. La prima parte del paragrafo viene dedicata all'analisi dettagliata delle caratteristiche dei suddetti procedimenti e delle persone il cui provvedimento è stato esitato con condanna, riservando la parte successiva alla presentazione dei flussi in ingresso negli istituti penitenziari nel 2009, di soggetti adulti e minori distintamente.

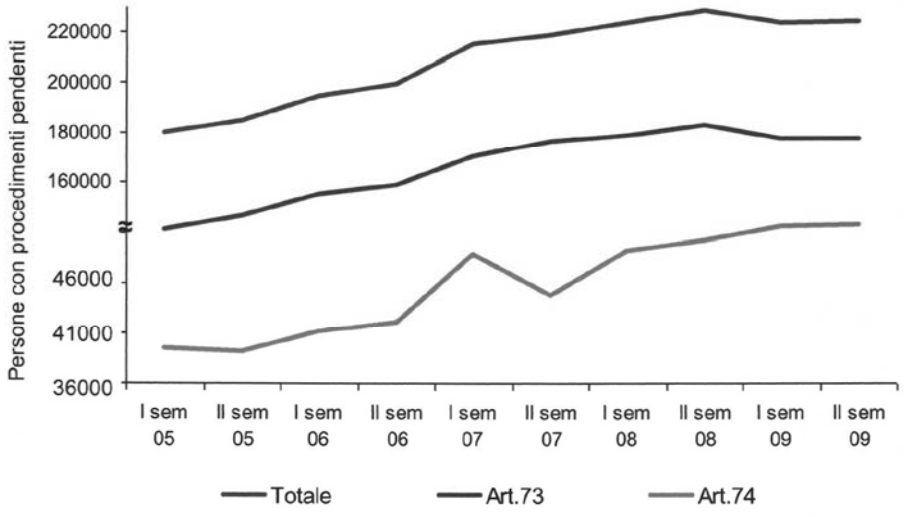
III.3.2.1.Procedimenti penali pendenti e condanne

Procedimenti penali pendenti per reati previsti dal DPR 309/90 in calo rispetto al 2008

Il numero globale delle persone alle quali sono stati contestati dall'Autorità Giudiziaria illeciti per violazione della normativa sugli stupefacenti ex artt. 73 e 74 congiuntamente considerati e per le quali è stato quindi conseguentemente avviato un procedimento penale a loro carico che non risulta ancora definito con un qualche provvedimento (ossia che risulta pendente alla fine di ogni anno del periodo esaminato 2005-2009), ha registrato, al 31/12/09, un arresto nella crescita rispetto al trend crescente caratterizzante i periodi precedenti. I dati forniti dalla Direzione Generale della Giustizia Penale del Dipartimento per gli Affari di Giustizia dell'omonimo Ministero, relativi al periodo 2005-2008, evidenziano infatti un andamento crescente del numero globale delle persone coinvolte nei procedimenti penali pendenti per i reati previsti dal DPR 309/90 ex artt. 73 e 74 congiuntamente considerati, al contrario dei dati rilevati nel 2009 che risultano in leggero calo rispetto all'anno precedente (228.685 II semestre 2008 vs 224.647 II semestre 2009).

In particolare, tale diminuzione sembra riguardare in realtà solo le persone coinvolte nei procedimenti pendenti ex art. 73 (dal 31/12/08 al 31/12/09 si osserva infatti una flessione del 3%), mentre l'analogo numero delle persone coinvolte nei procedimenti pendenti ex art. 74 è risultato pressoché costante nel suddetto periodo esaminato.

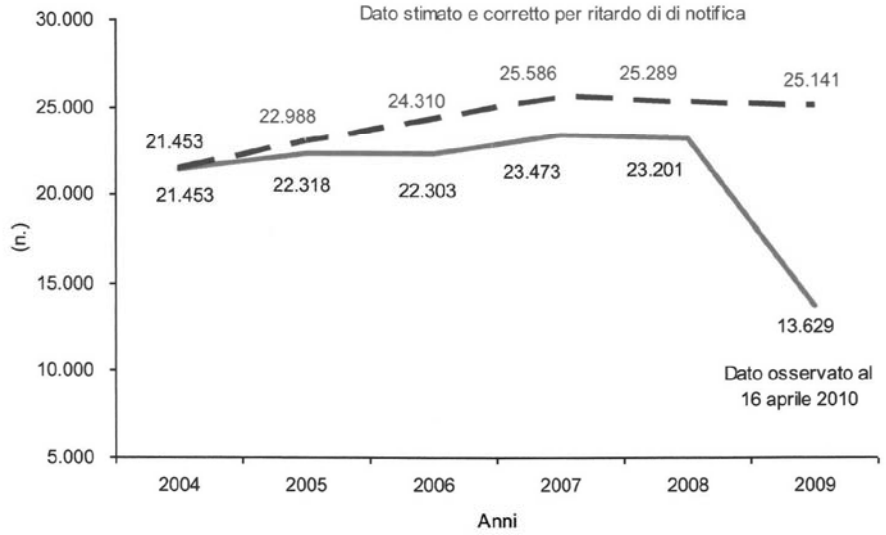
Figura III.3.15: Andamento dei soggetti con procedimenti penali pendenti per violazione degli artt. 73 e 74 del DPR 309/90. Anni 2005 – 2009



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento per gli Affari di Giustizia – Ufficio I Affari Legislativi Internazionali e Grazie

Le persone condannate dall'Autorità Giudiziaria in seguito alla violazione del DPR 309/90 per reati legati al traffico di sostanze stupefacenti ammontano provvisoriamente nel 2009 a circa 13.629. La natura provvisoria del dato si riferisce alla fase di aggiornamento degli archivi del Casellario ancora in atto al momento della rilevazione, che giustifica anche l'andamento decrescente nell'ultimo quinquennio (Figura III.3.16).

Figura III.3.16: Soggetti condannati dall'Autorità Giudiziaria per violazione degli artt. 73 e 74 del DPR 309/90. Anni 2005 - 2009



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento per gli Affari di Giustizia - Ufficio III Casellario, stima corretta per ritardo di notifica a cura del DPA

Il 95% dei soggetti nel periodo 2005-2009 è stato condannato una sola volta, mentre la restante percentuale di soggetti due o più volte.

Caratteristiche dei condannati

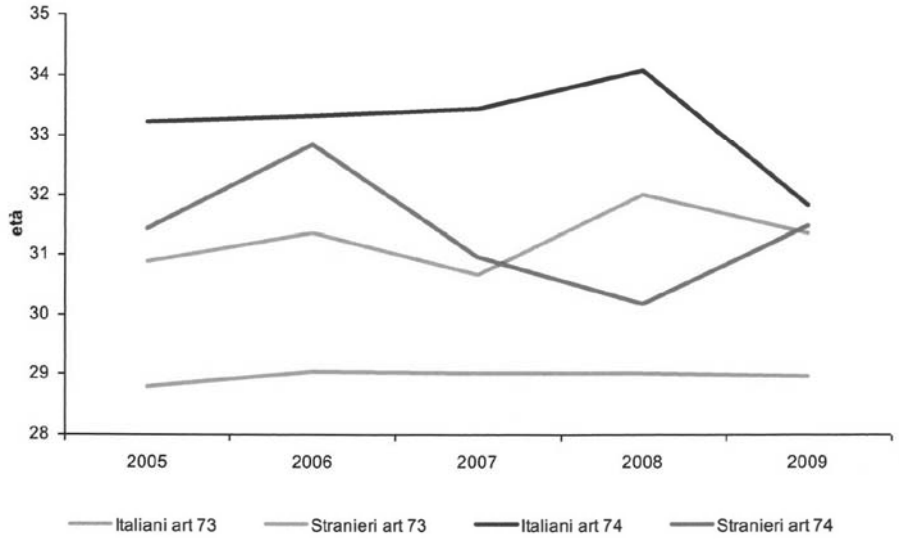
Senza variazioni di rilievo nel quinquennio, circa il 92% dei condannati era di genere maschile, mentre la quota parte di italiani condannati ha evidenziato un andamento crescente fino al 2007 con una percentuale del 61% di condannati (59% nel 2005-2006), scendendo nel 2008 al 64%, e risalendo, se di poco, al 59% nel 2009 considerando, sempre, la natura provvisoria del dato.

Nel 98,5% dei casi i provvedimenti di condanna hanno riguardato reati di produzione, traffico e vendita di stupefacenti (art. 73 DPR 309/90), con valori quasi identici tra gli italiani e gli stranieri (rispettivamente 98,2% e 98,9%); lo 0,3% dei provvedimenti erano riferiti specificamente a reati più gravi di associazione finalizzata al traffico (art. 74 DPR 309/90), con valori superiori per i soggetti italiani, ed il rimanente 1,2% riguardava provvedimenti per entrambi i reati.

Più giovani gli stranieri condannati: cala l'età media per art. 74

L'età media dei soggetti condannati è più elevata in caso di reati per associazione finalizzata al traffico (art. 74 DPR 309/90) e per i condannati di nazionalità italiana. Più giovani risultano gli stranieri condannati per i reati di produzione, traffico e vendita di stupefacenti (art. 73 DPR 309/90) (Figura III.3.17).

Figura III.3.17: Età media dei soggetti condannati dall'Autorità Giudiziaria per violazione degli artt. 73 e 74 del DPR 309/90, per nazionalità. Anni 2005 - 2009



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento per gli Affari di Giustizia - Ufficio III Casellario

23% dei condannati ha un comportamento recidivo

Circa il 23% dei condannati è recidivo, proporzione che varia in base al tipo di reato ed alla nazionalità, risultando sensibilmente superiore tra i condannati per i reati previsti dall'art. 73 rispetto ai crimini più gravi (23% contro il 11%), e per i reati più gravi, tra gli italiani rispetto agli stranieri, (11% contro il 10%) se pur di poco.

Aumento della tendenza alla recidiva dal 2005

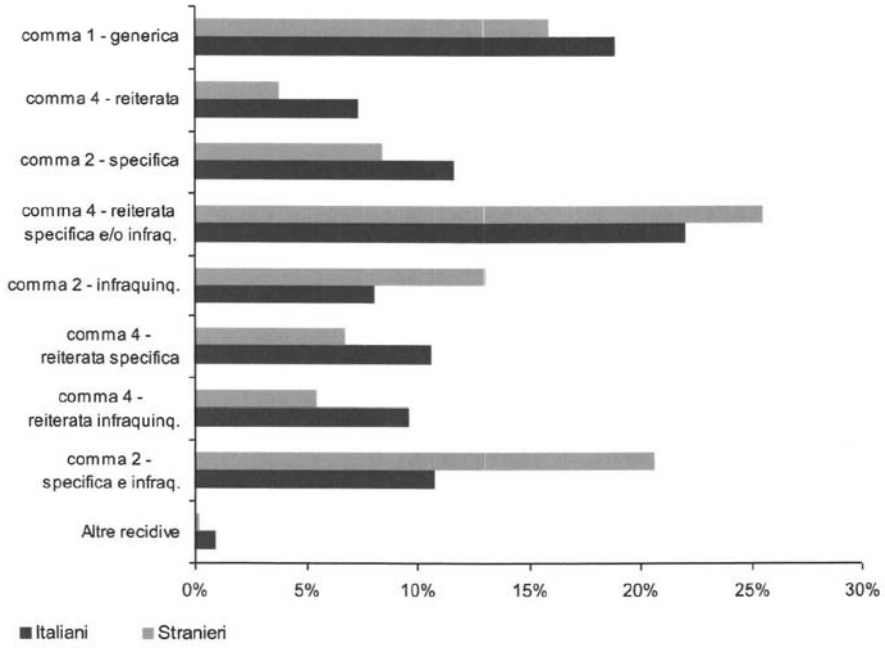
Negli ultimi cinque anni la percentuale di recidivi ha evidenziato un andamento crescente, passando dal 19% circa nel 2005 al 23% nel 2007, attestandosi al 22% nel 2009. Tale andamento è stato favorito principalmente da un incremento più pronunciato dei recidivi stranieri rispetto ai condannati italiani (13% nel 2005 vs 19% nel 2009).

Stranieri più recidivanti e con maggiore gravità

Dalla distribuzione dei condannati recidivi per tipologia di recidiva (art 99 del codice penale[6]) si osservano profili nettamente differenti tra i condannati italiani e stranieri: i primi tendono a commettere maggiormente reati recidivi reiterati specifici e/o infraquinquennali (comma 4 N. 2) 22%, e reati generici (comma 1) 19%; gli stranieri oltre ai reati recidivi reiterati commessi 26% dei recidivi, tendono a commettere reati recidivi aggravati (comma 2 N. 2 e comma 2 N. 1 e 2) (Figura III.3.18).

[6] *Art. 99 c.p. Recidiva: Comma 1 (recidiva semplice o generica)- Chi dopo essere stato condannato per un reato ne commette un altro, ... Comma 2 (recidiva aggravata) - La pena può essere aumentata fino ad un terzo se: 1) il nuovo reato è della stessa indole (specifica); 2) se il nuovo reato è stato commesso nei cinque anni dalla condanna precedente (infraquinquennale); 3) se il nuovo reato è stato commesso durante o dopo l'esecuzione della pena ovvero durante il tempo in cui il condannato si sottrae volontariamente alla esecuzione della pena. Comma 3 - Qualora concorrano più circostanze fra quelle indicate nei numeri precedenti, l'aumento di pena può essere fino alla metà (Comma 2 N. 1 e 2; Comma 2 N. 1 e 3; Comma 2 N. 2 e 3; Comma 2 N. 1, 2 e 3). Comma 4 (recidiva reiterata) –ipotesi 1: se il recidivo commette un altro reato ... ; ipotesi 2: recidiva reiterata specifica, infraquinquennale, specifica e infraquinquennale; ipotesi 3: recidiva reiterata durante o dopo l'esecuzione della pena ovvero durante il tempo in cui il condannato si sottrae volontariamente alla esecuzione della pena.*

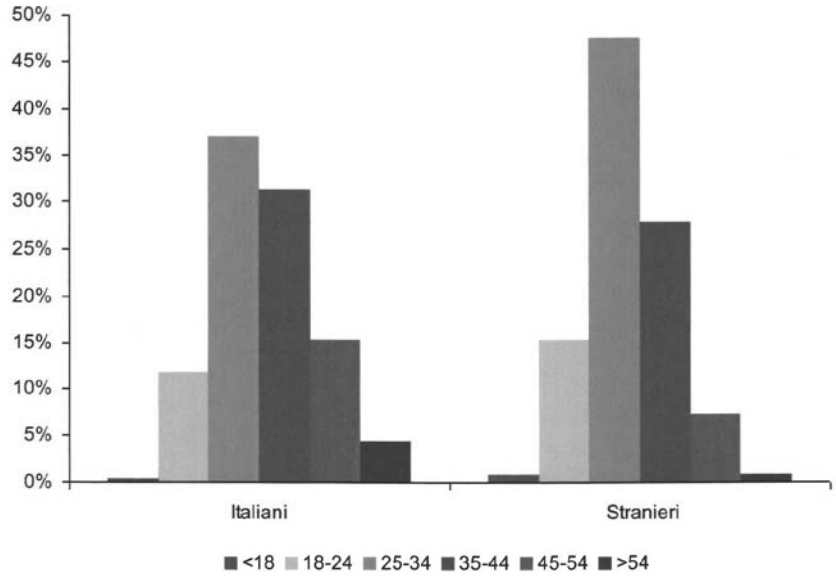
Figura III.3.18: Percentuale di soggetti recidivi secondo la nazionalità e il tipo di recidiva art. 99 codice penale



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento per gli Affari di Giustizia – Ufficio III Casellario

Analizzando inoltre, le classi di età dei recidivi si evidenzia che la classe di età con la percentuale più alta, è 25-34 anni.
Per tale classe di età si osservava: un andamento decrescente per gli italiani (41% nel 2005, 38% nel 2007-2008 e 37% nel 2009), mentre per gli stranieri si nota un andamento crescente per gli anni 2005 (46%) e 2006 (47%); nel 2007, si registra un calo al 43%. Negli anni negli anni 2008 e 2009 il dato di attesa al 47%, pur considerando la natura provvisoria (Figura III.3.19).

Figura III.3.19: Percentuale di soggetti recidivi secondo la nazionalità e classe di età



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento per gli Affari di Giustizia – Ufficio III Casellari

III.3.2.2. Ingressi negli istituti penitenziari per adulti

Carcerazioni: 27.980 soggetti in carcere per violazione 309/90

Gli ingressi di soggetti adulti in istituti penitenziari nel 2009, per reati commessi in violazione al DPR 309/90 legati al traffico di sostanze stupefacenti, ammontano complessivamente a 28.780, riferiti a 27.980 persone, parte delle quali hanno avuto più ingressi nell'arco dell'anno di riferimento (732 sono entrate 2 volte dalla libertà, 31 persone hanno avuto 3 ingressi e 2 soggetti sono stati istituzionalizzati 4 volte nel 2009).
Rispetto al 2008 si è quindi verificata una diminuzione degli ingressi negli istituti penitenziari per reati in violazione del DPR 309/90 pari al 2,8% in linea con il decremento registrato anche nel numero totale di ingressi. Tuttavia, la diminuzione contemporanea dei due valori in questione fa registrare, seppur lievemente, un aumento degli ingressi di soggetti adulti ristretti in istituti penitenziari.

Tabella III.3.7: Caratteristiche dei soggetti adulti entrati dalla libertà per violazione del DPR 309/90 - Anno 2009

Caratteristiche	**N**	**% c**
Persone entrate in carcere		
Una sola volta nell'anno	27217	97,3
Due volte nell'anno	732	2,6
Tre o più volte nell'anno	31	0,1
Totale	27.980	100,0
Genere		
Maschi	25.900	92,6
Femmine	2.080	7,4
Nazionalità		
Italiani	16.198	57,9
Stranieri	11.782	42,1
Caratteristiche	**N**	**% c**
Reati		
Art. 73 – italiani	15.898	57,5
Art. 73 - stranieri	11.752	42,5
Art. 74 – italiani	1.593	80,6
Art. 74 - stranieri	384	19,4
Art. 80 – italiani	1.341	60,9
Art. 80 - stranieri	860	39,1
Età media		
Italiani	34,3	
Stranieri	29,7	
Maschi	32,2	
Femmine	33,9	
Posizione giuridica		
In attesa di primo giudizio	15.906	56,8
Appellante	4.915	17,6
Definitivo	4.192	15,0
Altra posizione giuridica	2.967	10,6

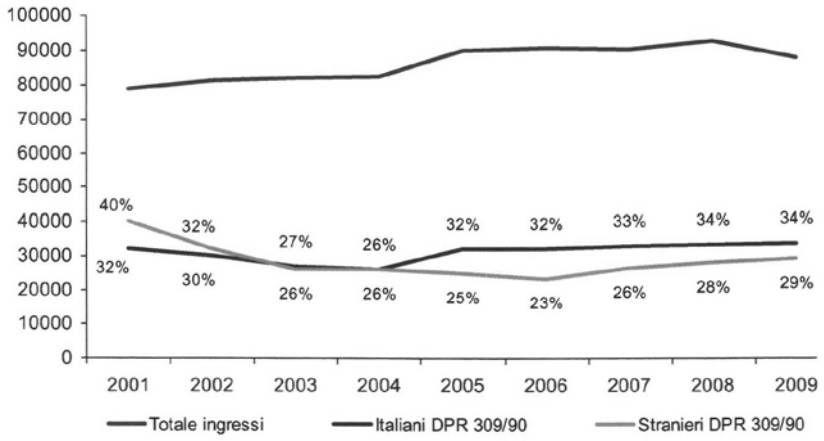
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

Differenze emergono analizzando distintamente gli andamenti delle persone ristrette in carcere per tali reati, secondo la nazionalità (Figura III.3.19).

Trend ingressi adulti in carcere per reati DPR 309/90

In particolare dopo un trend decrescente della percentuale di soggetti stranieri fino al 2006, segue un incremento nel biennio successivo, con valori comunque inferiori alla quota di detenuti di nazionalità italiana. Ad inizio del periodo considerato, si osserva una maggior presenza, in percentuale, di detenuti stranieri rispetto alla popolazione carceraria italiana detenuta per reati legati al DPR 309/90, tendenza invertita nel periodo successivo al 2004.

Figura III.3.20: Ingressi complessivi negli istituti penitenziari e per reati in violazione del DPR 309/90, secondo la nazionalità - Anni 2001 - 2008



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

Rispetto alle caratteristiche anagrafiche, le persone entrate in regime detentivo nel 2009 presentano elevate similarità con il profilo emerso nel 2008. Oltre il 90% dei soggetti entrati dalla libertà sono di genere maschile e quasi il 58% di nazionalità italiana. I detenuti stranieri sono mediamente più giovani rispetto agli italiani (29,7 vs 34,3) e analoga propensione si osserva tra i detenuti di genere maschile nei confronti dei nuovi ingressi di genere femminile (32,2 vs 33,9).

L'analisi della distribuzione per classi di età, evidenzia come i soggetti coinvolti nei crimini più gravi (art. 80 e art. 74) abbiano mediamente un'età superiore a quella dei detenuti per reati previsti dall'art. 73.

Caratteristiche adulti in carcere per reati DPR 309/90: 86,5% soggetti reclusi per violazione dell'art.73

Le caratteristiche dei detenuti secondo la tipologia di reato commesso in violazione al DPR 309/90, evidenziano una componente prevalente di soggetti reclusi per reati inerenti l'art. 73 (86,5%), ed in quantità nettamente inferiore per gli art. 80 e 74 (6,9% e 6,2%). Differenze per nazionalità emergono per i crimini più gravi di associazione finalizzata alla produzione, traffico e vendita di sostanze illecite, in cui gli italiani rappresentano il 7,1% dei detenuti di stessa nazionalità ristretti per reati previsti dal DPR 3009/90, contro il 3 % degli stranieri.

Tipo di carcerazione: 62% ingresso per la prima volta

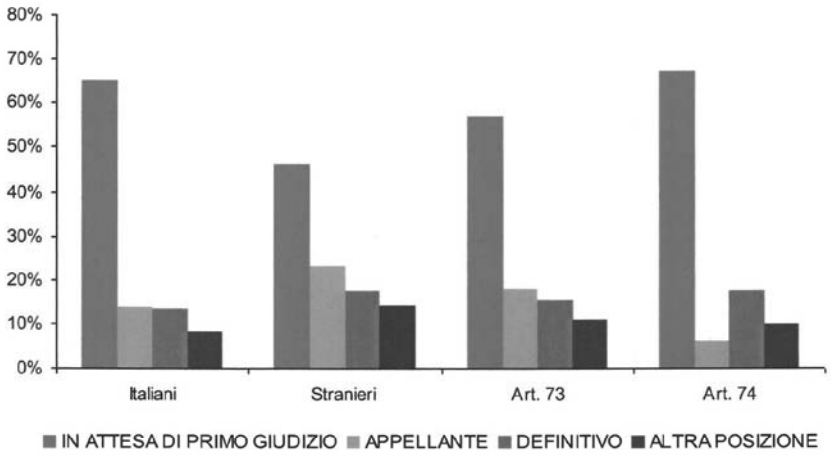
Analogamente agli anni precedenti i soggetti al loro primo ingresso in istituto penitenziario, rappresentano circa il 62% dei detenuti per reati in violazione della normativa sugli stupefacenti, con una discreta variabilità tra italiani (54%) e stranieri (72%). Tra coloro che hanno avuto precedenti carcerazioni si riscontra una prevalenza di recidiva per gli stessi reati associati ad altri reati del codice penale (rispettivamente 48% per i detenuti italiani e 40% per quelli stranieri).

Posizione giuridica: 65% degli italiani in attesa di primo giudizio contro il 46% degli stranieri

Differenze rispetto alla nazionalità dei soggetti ristretti in carcere per crimini legati al DPR 309/90 si riscontrano anche con riferimento alla posizione giuridica del detenuto. Nella fattispecie il 65% degli italiani sono in attesa di primo giudizio, a fronte del 46% degli stranieri, per i quali si osserva una percentuale più elevata di appellanti (23% vs 14%) ed in misura meno evidente di procedimenti giudiziari definitivi (17% vs 13%). Differenze si evidenziano anche rispetto a quanto emerso dall'analisi effettuata l'anno scorso: la percentuale di italiani e di stranieri in attesa di prima giudizio è diminuita, per entrambi, di 5 punti percentuali a fronte di un aumento sia di soggetti appellanti che con procedimenti

giudiziari definitivi.

Figura III.3.21: Distribuzione dei soggetti entrati dalla libertà per violazione del DPR 309/90 per posizione giuridica, nazionalità e tipo di reato - Anno 2009



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

Rispetto al tipo di reato commesso, l'attesa di primo giudizio risulta la posizione giuridica prevalente sia per reati art. 73 che art.74, con valori superiori per i reati più gravi; per contro la percentuale di soggetti con procedimento giuridico definitivo risulta maggiore ancora per i reati art. 74 rispetto ai reati meno gravi (Figura III.3.20).

Il 45,1% dei soggetti entrati negli istituti penitenziari nel 2009 per reati in violazione alla normativa per gli stupefacenti sono usciti in libertà nel corso dell'anno, con lievi differenze tra detenuti italiani e stranieri (46% vs 43,8%), mentre il 19,1% sono stati trasferiti in altro istituto con differenza marcata tra la popolazione detenuta italiana e straniera (15,3% vs 24,3%). Rispetto al 2008, l'aumento del numero di adulti in libertà e la conseguente diminuzione di detenuti trasferiti è principalmente riscontrabile nei detenuti di nazionalità straniera.

Scarcerazioni: il 45,1% dei soggetti entrati nel 2009 è uscito in libertà

III.3.2.3. Ingressi negli istituti penali per minorenni

Nel 2009 i minori entrati negli Istituti penali per i minorenni per reati commessi in violazione alla normativa sugli stupefacenti, ammontano a 182, con un considerevole decremento (circa il 31%) rispetto all'anno precedente.

Dal 2009 decremento del 31% degli ingressi di minori in carcere per reati DPR 309/90

Con riferimento alle caratteristiche dei soggetti minori entrati negli istituti penali per reati in violazione del DPR 309/09, è possibile definire un profilo dal punto di vista demografico e giuridico.

Tabella III.3.8: Caratteristiche dei soggetti minori entrati dalla libertà per violazione del DPR 309/90 - Anno 2009

Caratteristiche	N	% c
Minori entrati in carcere		
Una sola volta nell'anno	181	99,5
Due volte nell'anno	1	0,5
Totale	182	100,0
Genere		
Maschi	172	95,5
Femmine	9	0,5
Nazionalità		
Italiani	120	66,3
Stranieri	61	33,7
Reati		
Art. 73 – italiani	118	66,3
Art. 73 - stranieri	60	33,7
Art. 74 – italiani	13	76,5
Art. 74 - stranieri	4	23,5
Art. 80 – italiani	17	100,0
Art. 80 - stranieri	0	0,0
Età media		
Italiani	17,3	
Stranieri	17,0	
Posizione giuridica		
In attesa di primo giudizio	108	59,7
Appellante	29	16,0
Definitivo	26	14,4
Altra posizione giuridica	18	9,9

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia Minorile

Minori in % maggiore maschi di 17 anni

Forte presenza di minori stranieri (33,7%)

La reclusione di minori in violazione alla normativa sugli stupefacenti ha riguardato quasi esclusivamente il genere maschile (95,5%), con prevalenza di soggetti italiani (66,3%), mediamente 17enni, senza apprezzabili differenze tra i minori di diversa nazionalità. Profili distinti si osservano invece tra italiani e stranieri rispetto al tipo di reato oggetto della detenzione: sebbene i minori reclusi per i reati più gravi siano in numero nettamente inferiore (17 sia per art. 74 che per art. 80), questi sono quasi esclusivamente italiani (14 per art. 74 e la totalità per art. 80), con valori percentuali più elevati anche per quanto riguarda i reati meno gravi (66,3% italiani e 33,7% stranieri).

Caratteristiche minori in restrizione: 6,6% con precedenti carcerazioni

Dodici minori entrati dalla libertà nel 2009 avevano precedenti carcerazioni, la metà dei quali per reati in violazione alla normativa sugli stupefacenti e per altri reati del codice penale; questo comportamento recidivo sembra interessare in ugual misura sia i minori italiani che stranieri (6,7% italiani vs 6,6% stranieri), in controtendenza rispetto a quanto si era riscontrato nel 2008 (9,2% vs 4,2%).

60% dei minori in attesa di primo giudizio

Quasi il 60% dei minori ristretti in carcere era in attesa di primo giudizio, con differenze per nazionalità (61% italiani vs 57% stranieri), il 16% era appellante (14% italiani vs 20% stranieri) e circa un 14% aveva una posizione giuridica definitiva (13% italiani vs 16% stranieri).

CAPITOLO III.4.

REINSERIMENTO SOCIALE

III.4.1. Progetti di reinserimento sociale

III.4.1.1 Strategie e programmazione di interventi di reinserimento sociale

III.4.2. Misure alternative alla detenzione

III.4.2.1 Affido in prova ai servizi sociali

III.4. REINSERIMENTO SOCIALE

Premesse

Nell'ambito delle attività svolte dai servizi territoriali per le tossicodipendenze, dalle amministrazioni regionali, dalle Province Autonome e dagli organi del Ministero della Giustizia, particolare attenzione viene dedicata al reinserimento dei soggetti con problemi legati all'uso di sostanze, che al termine del percorso terapeutico-riabilitativo vengono inseriti in progetti specifici per il reinserimento nella società, ovvero in caso di procedimenti giudiziari pendenti, possono essere affidati ai servizi sociali, in alternativa alla detenzione.

Fonti informative

Un profilo conoscitivo relativo ai progetti avviati, già attivi o conclusi nel 2009 da parte delle amministrazioni regionali o dei servizi territoriali, viene descritto nel paragrafo "III.4.1. Progetti di reinserimento sociale", sulla base delle informazioni acquisite dalle amministrazioni stesse mediante la somministrazione di specifici questionari predisposti dall'Osservatorio Europeo di Lisbona.

Mediante l'analisi dell'archivio della Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Ministero della Giustizia, è stato possibile estrapolare un quadro generale sulle caratteristiche dei soggetti assuntori di sostanze illecite, che in alternativa alla detenzione per reati commessi in violazione alla normativa sugli stupefacenti o in violazione del codice penale, sono stati affidati ai servizi sociali.

Tale analisi è stata inserita nel paragrafo III.4.2. "Misure alternative alla detenzione".

III.4.1. Progetti di reinserimento sociale

III.4.1.1 Strategie e programmazione di interventi di reinserimento sociale

Secondo le indicazioni riportate nei questionari predisposti dall'Osservatorio Europeo, nel 2009 circa l'83% delle Regioni e Province Autonome (PPAA) ha previsto una strategia specifica e definita per il reinserimento sociale di consumatori ed ex consumatori problematici di droga; in particolare, la grande maggioranza (80,0%) come parte di una strategia regionale per le droghe.

Uno degli obiettivi maggiormente indicati è stato il reinserimento a livello sociale e lavorativo; ampio spazio, inoltre, è stato dato all'istruzione e ad interventi riguardanti l'abitazione e la riduzione del rischio di ricaduta.

In Tabella III.4.1 sono riportate tutte le Regioni e PPAA che hanno indicato nel questionario dell'EMCDDA i progetti di reinserimento sociale finanziati a valere sul Fondo Sociale Regionale e/o su altri canali di finanziamento pubblico specifico relativi al 2009.

Forte presenza dichiarata di programmi di reinserimento sociale a livello regionale

Tutte le Regioni e PPAA rispondenti hanno attivato programmi di reinserimento sociale per i consumatori e gli ex consumatori di droga: il 72% ha giudicato di buon livello la disponibilità dei servizi e l'accessibilità.

Più del 70% (dato in sensibile aumento rispetto al 53,4% dell'anno 2008) dei referenti regionali ha dichiarato, che il reinserimento sociale avviene tramite strutture con altri soggetti giuridici come enti locali, comunità terapeutiche, cooperative e aziende private, medesime indicazioni sono state fornite per i servizi esclusivamente a loro dedicati.

Quasi 12 milioni di euro per programmi di reinserimento sociale

Tabella III.4.1: Importo complessivo finanziato per i progetti di reinserimento sociale dalle regioni e Province Autonome nel corso del 2009

Regioni	**Importo**	**%**
Abruzzo	84.000,00	0,7
Bolzano	632.750,70	5,4
Calabria	1.281. 823,28	10,9
Emilia Romagna	600.000,00	5,1
Friuli Venezia Giulia	628.000,00	5,3
Lazio	3.022.000,00	25,5
Lombardia	2.026.402,03	17,2
Piemonte	1.680.000,00	14,2
Puglia	455.429,13	3,9
Toscana	710.264,00	6,0
Trento	29.523,00	0,2
Umbria	Non dichiarato	-
Veneto	660.000,00	5,6
Totale	**11.810.191,44**	**100,0**

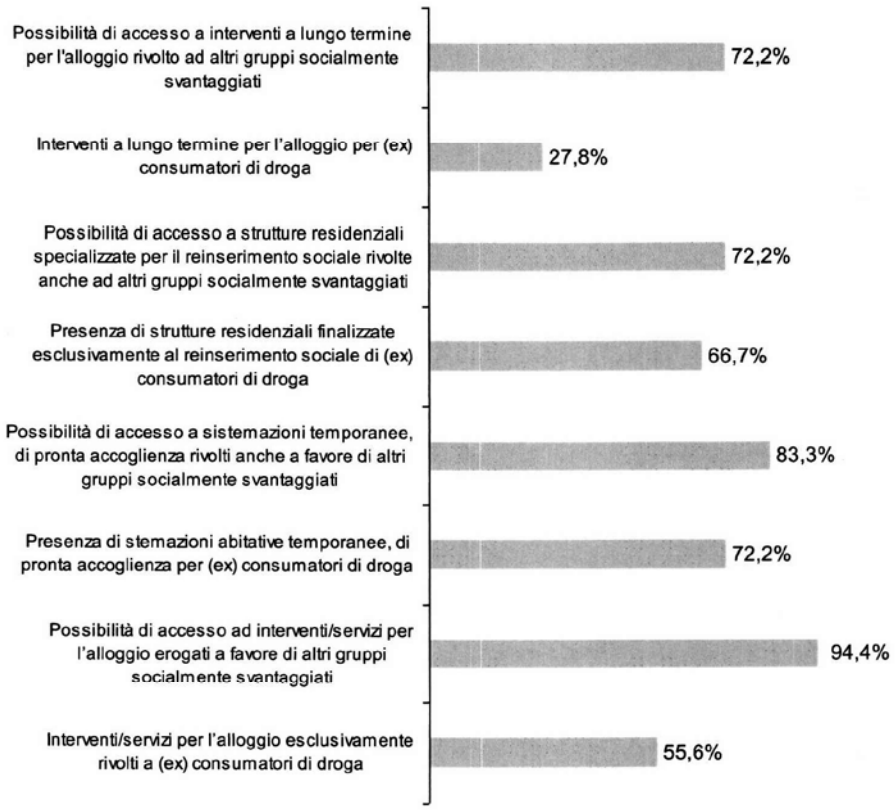
Fonte: Elaborazione su dati rilevati mediante indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

III.4.1.2 Casa

Nel 2009, mediamente quasi il 60% di Regioni e PPAA ha realizzato interventi in tema di abitazione rivolti specificatamente a consumatori ed ex consumatori di droga.

Circa il 60% delle regioni ha dichiarato di avere attivato interventi per l'abitazione dei TD

Figura III.4.1: Percentuale di Regioni e PPAA che hanno realizzato interventi rivolti specificatamente a consumatori ed ex consumatori di droga riguardanti l'alloggio. Anno 2009



Fonte: Elaborazione su dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Nella maggior parte dei casi per questi soggetti è possibile usufruire, di servizi per l'alloggio e sistemazioni temporanee di pronta accoglienza realizzati a favore di altri gruppi socialmente svantaggiati. Al fine di un reinserimento sociale più efficace, in più della metà delle regioni e PPAA, i consumatori ed ex consumatori di droga possono beneficiare di strutture residenziali finalizzate esclusivamente al loro reinserimento o accedere a strutture residenziali specializzate rivolte anche ad altri gruppi socialmente svantaggiati.

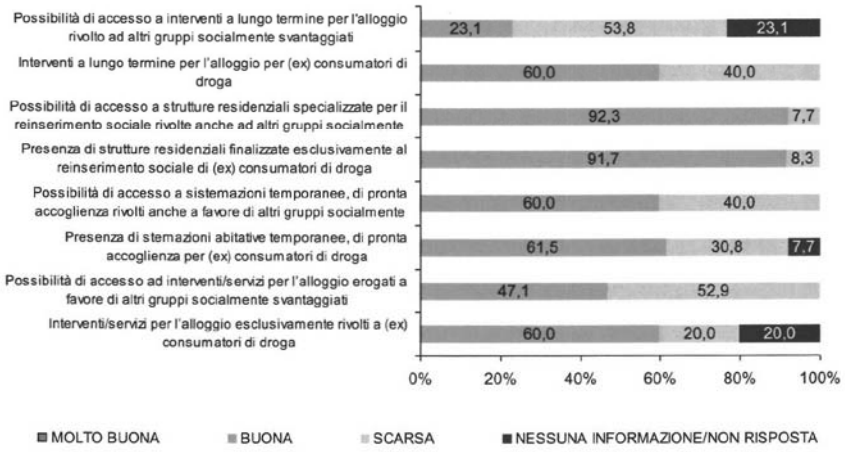
Meno del 30% delle regioni ha attivato, nel 2009, interventi a lungo termine per l'alloggio, confermando la maggiore criticità di questo intervento (Figura III.4.1).

Dichiarata una buona disponibilità dei servizi per l'abitazione

La disponibilità dei diversi servizi è stata giudicata di buon livello mediamente dal 62% (rispetto al 72% dell'anno 2008) dei referenti regionali, raggiungendo anche livelli piuttosto bassi riguardo agli interventi a lungo termine per l'alloggio ma con incrementi di circa il 20% per quel che riguarda le strutture residenziali.

Il dato in valore assoluto basso degli interventi a lungo termine si rifletta anche nei successivi giudizi di disponibilità ed accessibilità che presentano scostamenti rilevanti rispetto l'anno 2008.

Figura III.4.2: Giudizio sulla disponibilità dei servizi rivolti in maniera specifica ai consumatori ed ex consumatori di droga riguardanti l'alloggio - Anno 2009

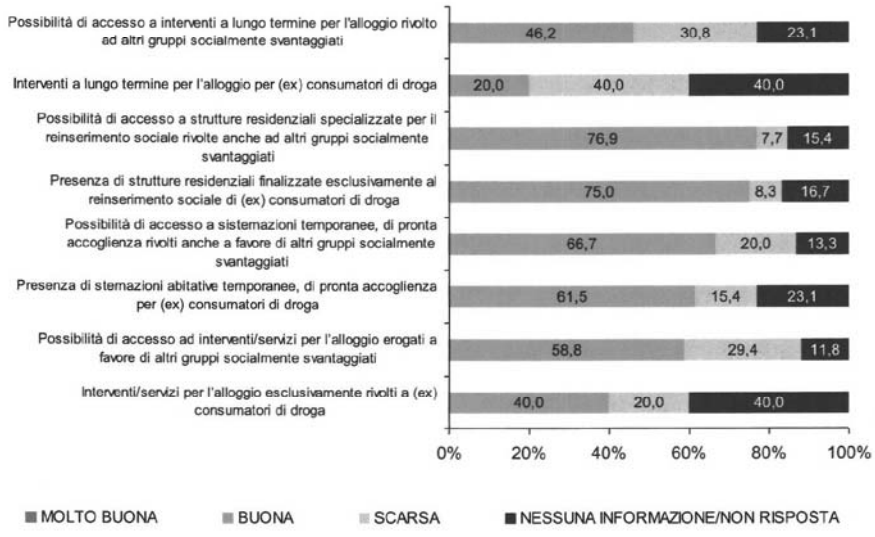


Fonte: Elaborazione su dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Dichiarata una buona accessibilità dei servizi per l'abitazione

Per quanto riguarda l'accessibilità, è stata valutata nel complesso positivamente da Regioni e PPAA, la possibilità di accedere a servizi per l'alloggio rivolti esclusivamente a consumatori ed ex consumatori di droga. Gli interventi a lungo termine, oltre ad essere poco disponibili sono ancor meno accessibili ai consumatori di stupefacenti.

Figura III.4.3: Giudizio sull'accessibilità dei servizi rivolti in maniera specifica ai consumatori ed ex consumatori di droga riguardanti l'alloggio - Anno 2009



Fonte: Elaborazione su dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Occupazione

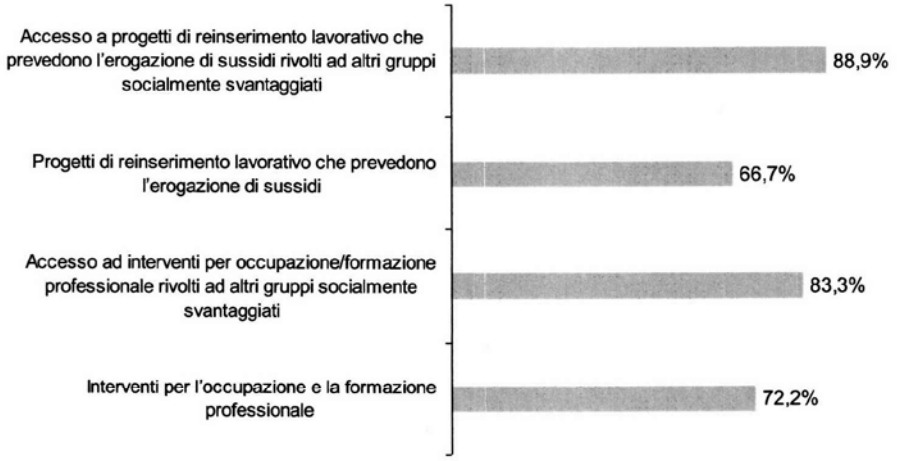
Prioritario il reinserimento lavorativo: 65% delle regioni ha attivato programmi specifici

Nel 2009, il reinserimento lavorativo è stato uno degli obiettivi indicato dalle Regioni e le PPAA come prioritario.

Sono stati realizzati interventi per l'occupazione e la formazione professionale rivolti esclusivamente ai consumatori ed ex consumatori di droga in più del 65% delle Regioni e PPAA; inoltre il 66,7% dei referenti regionali ha indicato che sono

stati attivati, per questi soggetti, programmi per il reinserimento lavorativo che prevedono l'erogazione di sussidi.

Figura III.4.4: Percentuale di Regioni e PPAA che hanno realizzato interventi rivolti in maniera specifica ai consumatori ed ex consumatori di droga riguardanti l'occupazione - Anno 2009



Fonte: Elaborazione su dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Per i consumatori (ed ex) di stupefacenti è possibile, inoltre, accedere a servizi per l'occupazione ed a progetti di reinserimento lavorativo rivolti ad altri gruppi socialmente svantaggiati in più dell'80% delle Regioni e PPAA (rispetto al 71,4% dell'anno precedente).

Dichiarata una positiva disponibilità dei servizi per l'occupazione

La disponibilità dei servizi per l'occupazione rivolti esclusivamente ai consumatori e agli ex consumatori di droga è stata valutata in maniera positiva per quanto riguarda i progetti di reinserimento lavorativo che prevedono l'erogazione di sussidi, non altrettanto per gli interventi per l'occupazione e la formazione professionale che registrano una diminuzione di più del 20%.

Figura III.4.5: Giudizio sulla disponibilità dei servizi rivolti in maniera specifica ai consumatori ed ex consumatori di droga riguardanti l'occupazione - Anno 2009

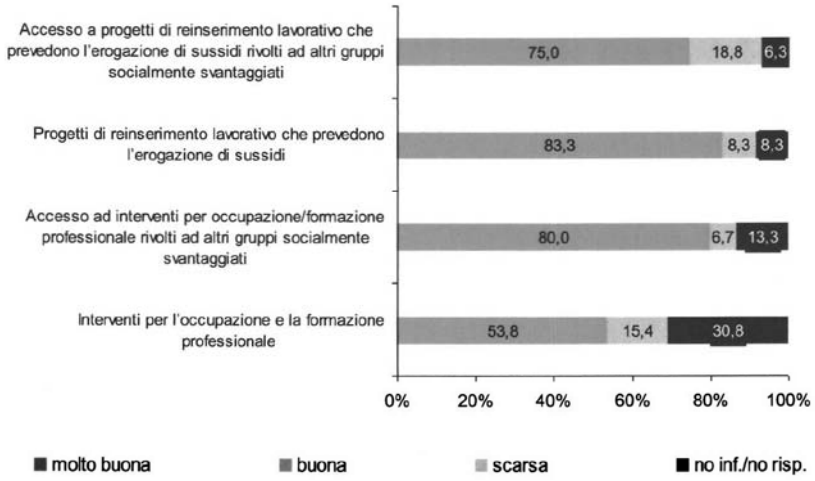
Fonte: Elaborazione su dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Dichiarata una alta accessibilità dei servizi per l'occupazione

Sono stati attribuiti giudizi positivi anche all'accessibilità dei servizi per l'occupazione: mediamente più del 70% dei referenti regionali ha dichiarato di buon livello i servizi e i progetti attivati nel 2009, giudizio in ulteriore miglioramento rispetto l'anno 2008 ; inoltre, come per la disponibilità, gli interventi per l'occupazione e la formazione professionale, rivolti esclusivamente

ai consumatori di droga, seppur valutata in maniera positiva dalle Regioni e PPAA presenta la percentuale più bassa.

Figura III.4.6: Giudizio sull'accessibilità dei servizi rivolti in maniera specifica ai consumatori ed ex consumatori di droga riguardanti l'occupazione - Anno 2009



Fonte: Elaborazione su dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Completamento dell'istruzione scolastica

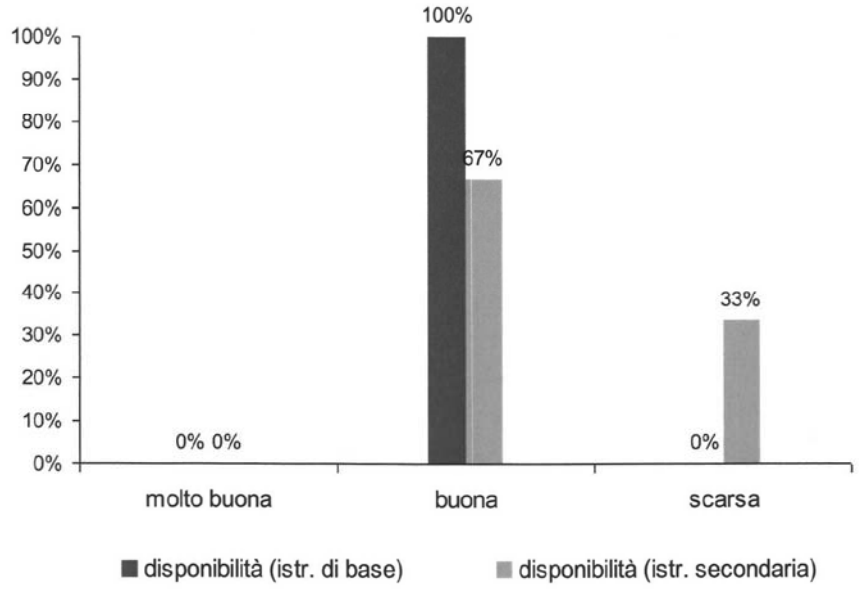
39% delle regioni ha attivato interventi

Nel 2009, circa il 38,9% delle Regioni e PPAA ha realizzato interventi finalizzati al completamento dell'istruzione di base rivolta esclusivamente ai consumatori ed ex consumatori di droga, di numero inferiore (16,7%) gli interventi a favore del completamento dell'istruzione secondaria.

La disponibilità dei servizi per l'istruzione di base è stata giudicata sempre positivamente per l'istruzione primaria mentre per l'istruzione di secondaria è stata, invece, ritenuta di buon livello dal 67% degli intervistati (Figura III.4.7).

Figura III.4.7: Giudizio sulla disponibilità dei servizi rivolti in maniera specifica ai consumatori ed ex consumatori di droga riguardanti l'istruzione - Anno 2009

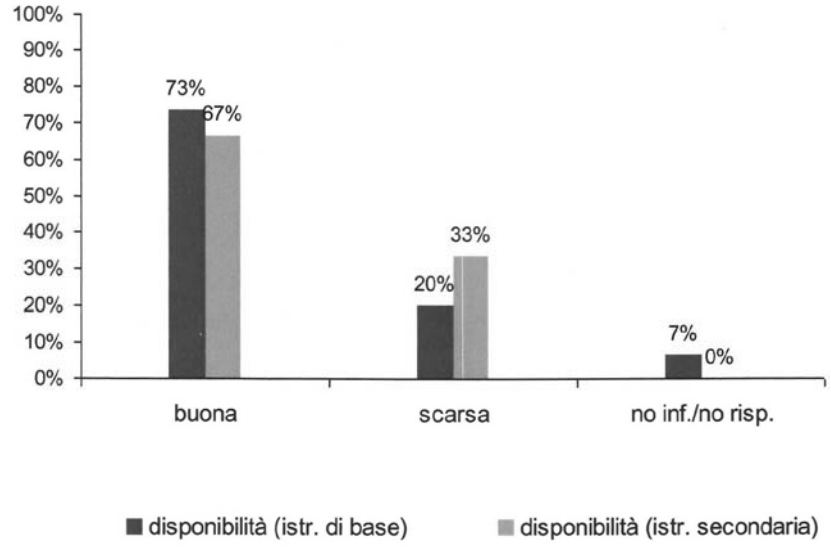
Dichiarata una buona disponibilità all'attivazione di programmi specifici



Fonte: Elaborazione su dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

La possibilità di accesso per i consumatori ed ex consumatori di droga ad interventi finalizzati al completamento dell'istruzione scolastica rivolti ad altri gruppi socialmente svantaggiati è pari al 73% per l'istruzione di base ed al 67% per l'istruzione secondaria. Nella figura sono riportati i giudizi in merito alla disponibilità e all'affidabilità di questi servizi.

Figura III.4.8: Giudizio sulla disponibilità dei servizi finalizzati al completamento dell'istruzione scolastica rivolti ad altri gruppi socialmente svantaggiati.



Fonte: Elaborazione su dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

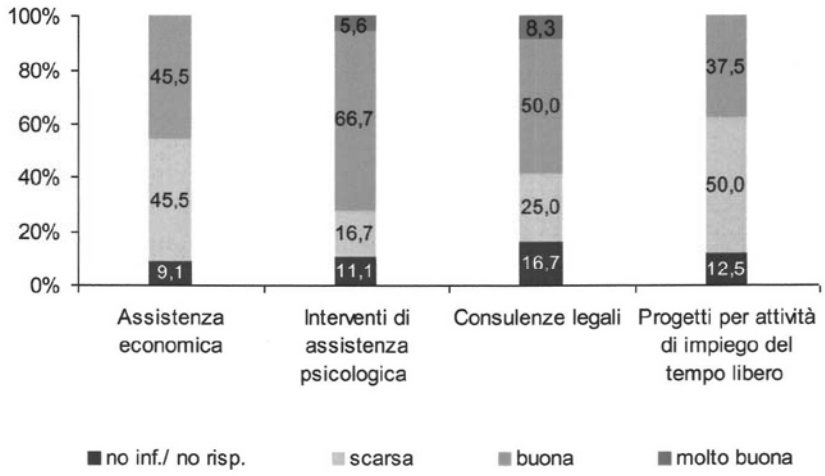
Altri interventi di reinserimento sociale

Forte presenza anche di altri interventi a supporto del reinserimento

Tra le attività previste per il reinserimento sociale dei consumatori ed ex consumatori di droga, sono segnalate: l'assistenza economica (61,1%), interventi di assistenza psicologica per le relazioni sociali e familiari (100,0%), consulenze legali (66,7%) e progetti per attività di impiego del tempo libero (44,4%).

La disponibilità degli interventi di assistenza psicologica e di consulenze legali è stata giudicata di buon livello da più del 50% delle Regioni e PPAA interessate, mentre per le altre attività previste meno del 50% dei referenti regionali ha valutato positivamente la disponibilità dei servizi offerti, in particolare i progetti per attività di impiego del tempo libero hanno un giudizio scarso per il 50% delle Regioni e PP.AA. rispetto al 27,3% dell'anno 2008.

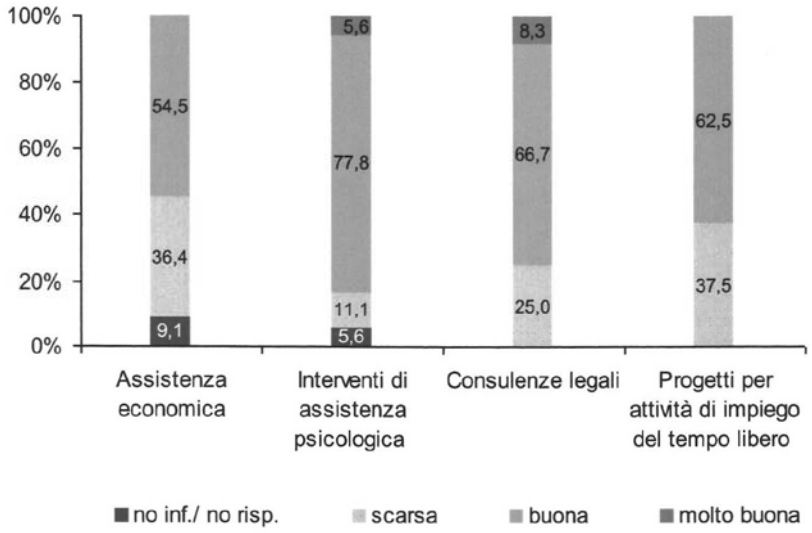
Figura III.4.9: Giudizio sulla disponibilità di ulteriori servizi previsti per il reinserimento sociale dei consumatorie ed ex consumatori di droga - Anno 2009



Fonte: Elaborazione su dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Gli interventi di assistenza psicologica, le consulenze e i progetti per le attività di impiego del tempo libero finalizzate al reinserimento sociale sono risultati disponibili e in misura maggiormente accessibili (più del 60%). I servizi di assistenza economica sono stati giudicati positivamente in termini di accessibilità nel 54,5% dei casi.

Figura III.4.10: Giudizio sull'accessibilità di ulteriori servizi previsti per il reinserimento sociale dei consumatorie ed ex consumatori di droga - Anno 2009



Fonte: Elaborazione su dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

III.4.2. Misure alternative alla detenzione

III.4.2.1 Affido in prova ai servizi sociali

2.047 persone TD hanno beneficiato dell'affidamento in prova

L'affidamento in prova al servizio sociale in casi particolari è disciplinato dall'art. 94 del DPR 309/90 e riguarda, a norma di Legge, sia tossicodipendenti che alcol dipendenti, sebbene in realtà la maggior parte dei casi sia riconducibile a soggetti tossicodipendenti.

Tabella III.4.2: Soggetti tossicodipendenti affidati ai servizi sociali - Anno 2009

Aumento del 48% dei soggetti che hanno beneficiato dell'affidamento

Caratteristiche	2008		2009		Diff.%
	N	% c	N	% c	
Genere					
Maschi	1.308	94,6	1920	93,8	-0,8
Femmine	74	5,4	127	6,2	0,8
Totale	1.382		2.047		48,1
Nazionalità*					
Italiani	1.300	94,1	1.925	94,2	0,1
Stranieri	81	5,9	118	5,8	-0,1
Età media					
Maschi	36,6		36,9		
Femmine	35,1		36,9		
Totale	36,5		36,6		
Classi di età					
18-24	94	6,8	118	5,7	-1,1
25-34	512	37,0	716	35,0	-2
35-44	554	40,1	866	42,3	2,2
45-54	178	12,9	282	13,8	0,9
> 54	44	3,2	65	3,2	0

continua

continua

Caratteristiche	2008		2009		Diff. %
	N	% c	N	% c	
Tipi di reato					
Contro la famiglia, la moralità pubblica e il buon costume	10	0,7	22	1,1	0,4
Contro l'incolumità pubblica	5	0,4	1	0,1	-0,3
Contro il patrimonio	379	28,4	539	27,6	-0,8
Contro la persona	57	4,3	71	3,6	-0,7
Contro lo Stato, le altre istituzioni sociali e l'ordine pubblico	14	1,0	16	1	0
Disciplina sugli stupefacenti	480	35,9	764	39,1	3,2
Altri reati	391	29,3	537	27,5	-1,8
Motivo di archiviazione					
Revoca per andamento negativo	241	22,5	165	22,6	0,1
Revoca per nuova posizione giuridica	11	1,0	13	1,8	0,8
Revoca per commissione reati durante la misura	7	0,7	6	0,8	0,1
Revoca per irreperibilità	6	0,6	5	0,7	0,1
Revoca per altri motivi	5	0,5	2	0,3	-0,2
Archiviazione per chiusura procedimento	689	64,5	457	62,8	-1,7
Archiviazione per trasferimento	99	9,3	67	9,2	-0,1
Archiviazione per altri motivi	11	1,0	13	1,8	0,8

**4 missing nel 2009*

Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna

Il 22,6% è stato revocato per andamento negativo

Il 62,8% è giunto a buon fine

Nel 2009 sono state affidate ai servizi sociali 7.116 persone, con un incremento rispetto all'anno precedente pari al 34%, dopo un triennio 2005 - 2007 in cui l'entità del fenomeno ha subito una sensibile riduzione passando da oltre 16.000 affidi nel 2005 a poco più di 3.200 nel 2007 (Figura III.4.11), effetto dell'applicazione della Legge 241, del 31 luglio 2006, relativa alla concessione dell'indulto. L'applicazione della suddetta legge, oltre a comportare l'estinzione della misura per i casi già seguiti dagli anni precedenti, riguardando i procedimenti in atto relativi a reati commessi fino al 2 maggio 2006 con pena detentiva prevista non superiore ai tre anni, ha inciso fortemente anche sul numero di casi presi in carico nel corso dell'anno.

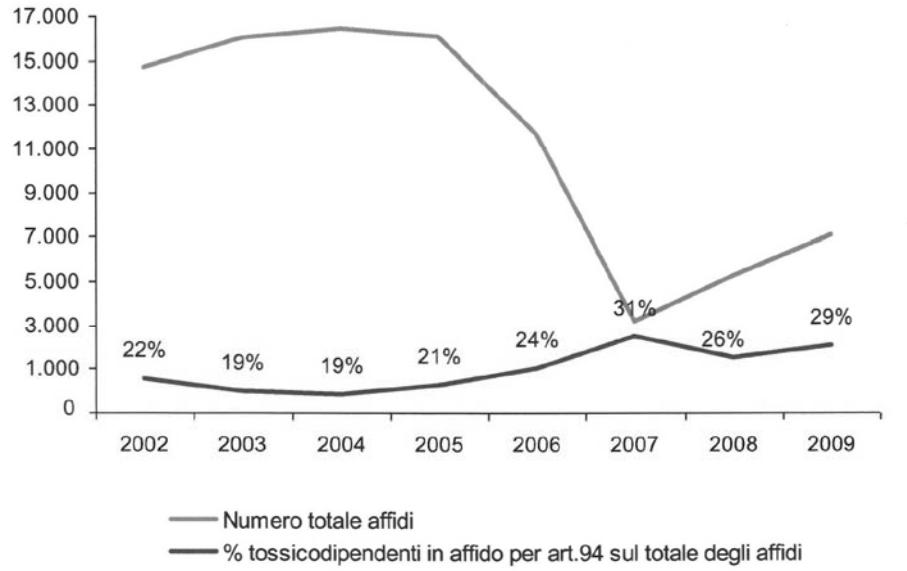
7.116 persone carcerate hanno usufruito dell'affidamento in prova (compresi i tossicodipendenti), di queste persone 2.047 erano tossicodipendenti ed hanno beneficiato dell'art.94

Il 29% circa (2.047 persone) degli affidi riguardava l'inizio o il proseguimento di un programma terapeutico volto al trattamento dello stato di tossicodipendenza in base a quanto previsto dall'art. 94 del DPR 309/90, il 71% 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 0,04% ha riguardato affidi di militari).

In controtendenza rispetto all'andamento degli affidi complessivi, il trend relativo agli affidi di soggetti tossicodipendenti, dopo una fase decrescente nel periodo 2001-2004, segna un progressivo incremento fino a registrare, nel 2009, un 29% in corrispondenza degli affidi di persone tossicodipendenti a fronte del 26% del 2008.

Aumento degli affidamenti in persone tossicodipendenti

Figura III.4.11: Totale soggetti in affido e percentuale tossicodipendenti in affido per art.94 sul totale. Anni 2002 - 2009



Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna

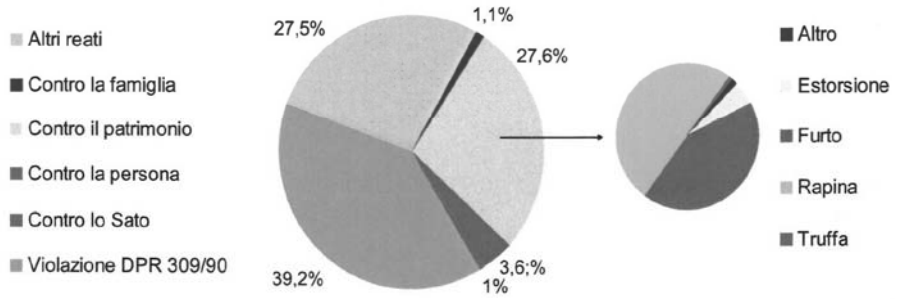
In analogia con quanto rilevato negli anni precedenti, circa il 94% degli affidati per art. 94 è di genere maschile, l'età media è di circa 37 anni e la classe di età più rappresentata è quella tra i 35 ed i 44 anni.

Gli stranieri, sempre poco presenti tra gli affidati agli Uffici di esecuzione penale esterna, nel 2009 costituivano quasi 6% dell'intero collettivo.

Prendendo in considerazione il tipo di reato commesso dai soggetti tossicodipendenti affidati ai servizi sociali, rispetto al 2008 si osservano lievi differenze: circa il 39% ha commesso reati in violazione della normativa sugli stupefacenti (DPR 309/90) contro il 36% rilevato nel 2008; in particolare, il 26% reati connessi alla produzione, vendita e traffico (art. 73) (24% nel 2007), circa il 7,4% crimini previsti dall'art. 74 (associazione finalizzata al traffico di sostanze) ed il rimanente 5,6% altri reati previsti dalla stessa normativa.

Al secondo posto della graduatoria dei reati più frequentemente commessi da tossicodipendenti affidati ai servizi sociali, dopo quelli in violazione della normativa sugli stupefacenti, figurano i reati contro il patrimonio (27,6%), rappresentati in prevalenza da rapine (13,8%) e da furto e ricettazione (11,7%). Un ulteriore 3,6% di soggetti hanno commesso reati contro la persona, riferiti a lesioni, minacce, ingiurie, diffamazione e nello 0,8% dei casi a violenza sessuale (Figura III.4.12).

Figura III.4.12: Totale soggetti in affido per art.94 secondo i reati commessi sul totale. Anni 2002 – 2009

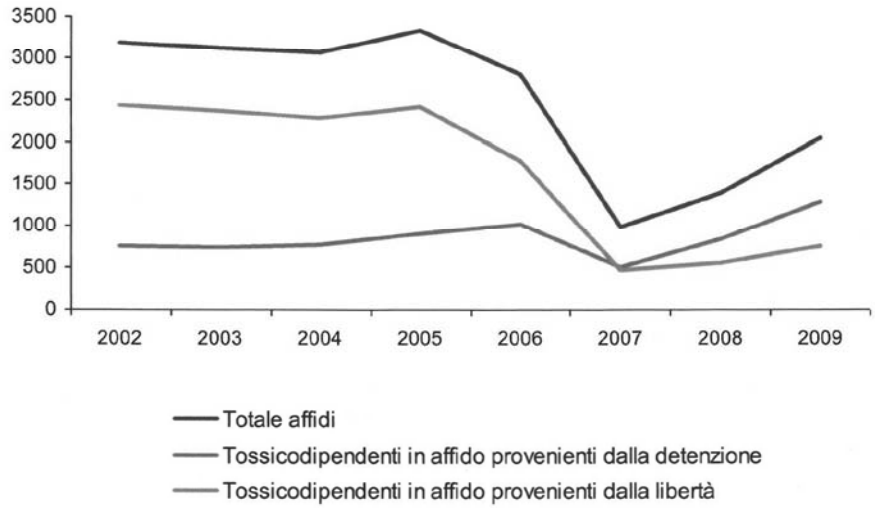


Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna

Forte aumento della quota degli affidatari agli uffici di EPE: dal 36% del 2006 al 63% del 2009

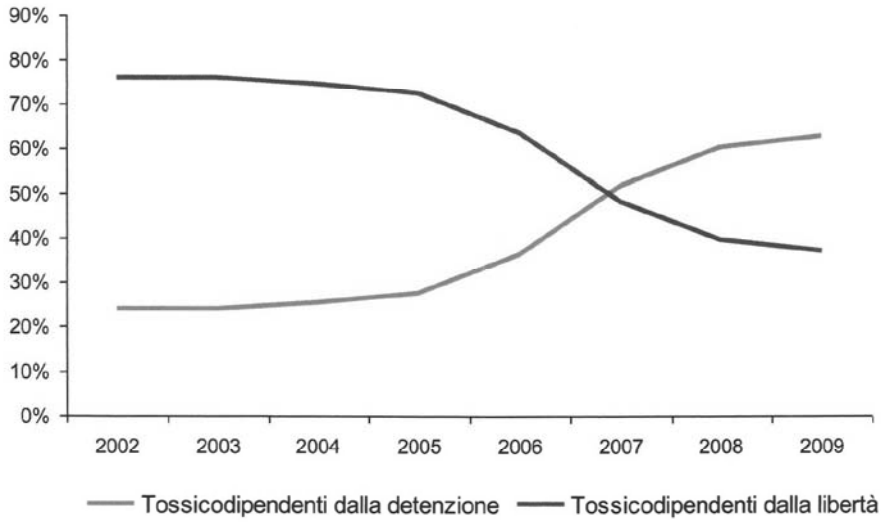
In crescita nell'ultimo biennio la quota di affidati agli Uffici di esecuzione penale esterna (UEPE) provenienti dalle strutture carcerarie (Figura III.4.12 e III.4.13): essa è passata dal 36% nel 2006 al 52% nel 2007, al 63% nel 2009. Anche tale dato può essere letto alla luce della riduzione della pena prevista dalla legge 241/06 che, ad eccezione di alcune tipologie di crimine, ha accelerato la possibilità di usufruire delle misure alternative per condannati a pene detentive superiori ai tre anni ed allo stesso tempo ha comportato una forte diminuzione dell'accesso di quei condannati fino a tre anni che avrebbero usufruito della misura direttamente dalla libertà.

Figura III.4.13: Numero di soggetti tossicodipendenti provenienti dalla detenzione e dalla libertà, affidati al servizio sociale. Anni 2002 – 2009



Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna

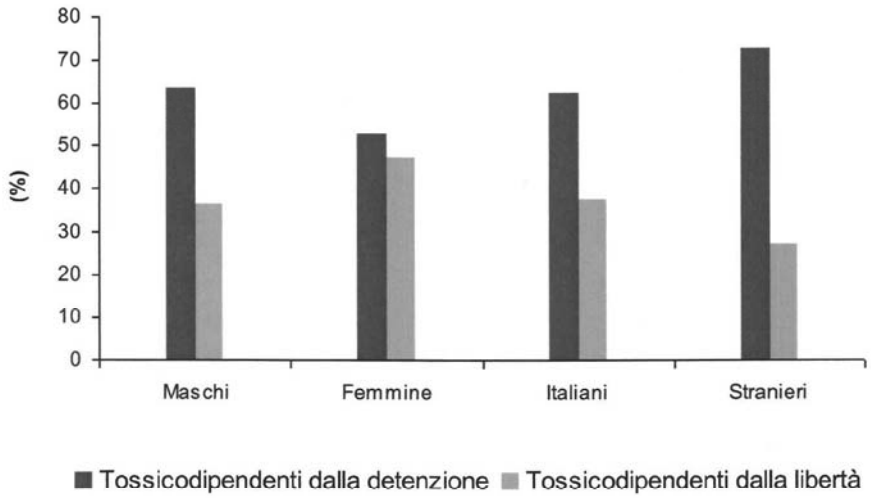
Figura III.4.14: Percentuale di soggetti tossicodipendenti provenienti dalla detenzione e percentuale di soggetti tossicodipendenti provenienti dalla libertà, affidati al servizio sociale. Anni 2002 – 2009



Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna

Pur con valori differenti, si confermano invece le differenze tra maschi e femmine e tra italiani e stranieri, relativamente alla provenienza da condizioni detentive piuttosto che dalla libertà. Analogamente al 2008, anche nel 2009 la quota di affidati ai servizi sociali provenienti dalla libertà risulta superiore tra le femmine e tra gli italiani (Figura III.4.15).

Figura III.4.15: Percentuale di soggetti tossicodipendenti affidati ai servizi sociali provenienti dalla detenzione o dalla libertà, secondo il genere e la nazionalità - Anno 2009

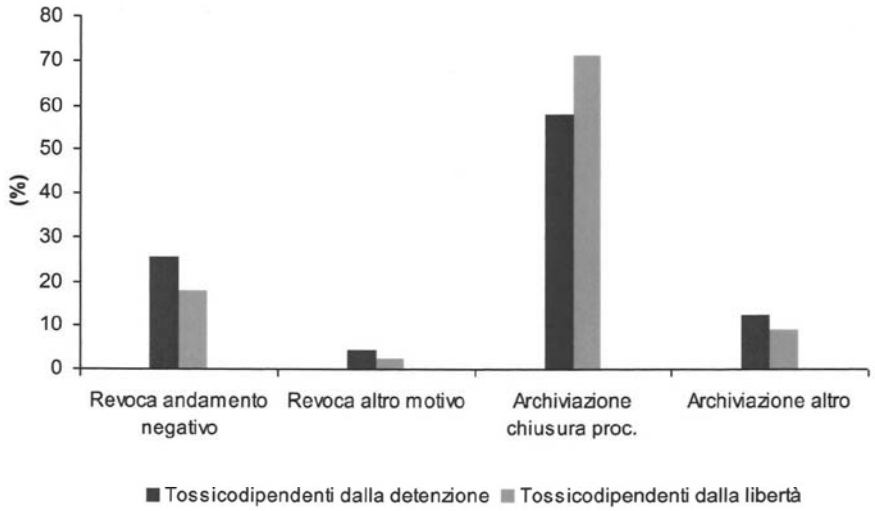


Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna

A circa il 9% dei condannati ammessi alle misure alternative nel 2009 in base a quanto previsto dall'art. 94 del DPR 309/90, è stata revocata la misura alternativa, nella quasi totalità dei casi per andamento negativo della stessa. Per un ulteriore 26,2% di condannati la misura alternativa è stata archiviata, nella maggior parte dei casi per chiusura del procedimento giudiziario. In generale le revoche hanno riguardato maggiormente gli affidati provenienti da condizioni detentive,

contrariamente alle archiviazioni che invece hanno riguardato in percentuale maggiore gli affidati provenienti da condizioni di libertà (Figura III.4.15). Nello specifico, rispetto al 2008, si è riscontrato un aumento percentuale di revoche per andamento negativo in coloro che provengono dalla libertà e di revoche per altro motivo in coloro che invece provengono dalla detenzione.

Figura III.4.15: Percentuale di tossicodipendenti affidati ai servizi sociali provenienti dalla detenzione o dalla libertà secondo l'esito del provvedimento - Anno 2009



Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna

PAGINA BIANCA

Parte Quarta

Approfondimenti

PAGINA BIANCA

CAPITOLO IV.1.

FARMACIE ONLINE: RISULTATI DI UN MONITORAGGIO

IV.1.1. Premesse

IV.1.2. Risultati del monitoraggio

IV.1.3. Alcune osservazioni

IV.1.4. Conclusioni

IV.1.5. Bibliografia

IV.1. FARMACIE ONLINE: RISULTATI DI UN MONITORAGGIO

IV.1.1. Premesse

Nell'ambito delle attività del Sistema Nazionale di Allerta Precoce del Dipartimento Politiche Antidroga (www.allertadroga.it), il monitoraggio della rete Internet costituisce uno degli importanti elementi per il recupero di informazioni tempestive che possano contribuire a definire il fenomeno della comparsa di nuove droghe e di nuove modalità di consumo, soprattutto tra la popolazione giovanile. L'attività del monitoraggio del web riguarda nello specifico tre aree: quella delle farmacie online, quella degli online drugstore e quella dei blog e dei social network (vd. Relazione Annuale al Parlamento, 2008).

Scopo del monitoraggio

E' stato realizzato un report relativo al monitoraggio condotto su una serie di farmacie online. Oltre alla raccolta di informazioni utili ai fini del Sistema di Allerta, lo scopo del monitoraggio era quello di individuare quali fossero le caratteristiche dei siti che vendono farmaci su web, quale fosse la tipologia di prodotto promozionato e commercializzato, nonché quali fossero le tecniche di vendita più frequentemente impiegate. Tutto ciò al fine di caratterizzare in maniera più dettagliata un fenomeno che, come indicato anche dagli organismi internazionali (EMCDDA 2010, INCB 2009), assume dimensioni sempre più vaste e presenta importanti sfide alle attività di controllo e repressione del traffico di sostanze illecite a causa della difficoltà di localizzare in maniera precisa sia i siti di vendita che i percorsi utilizzati per la consegna dei prodotti.

Metodologia

Il monitoraggio è stato condotto su 130 farmacie online per un periodo di 6 mesi, da luglio a dicembre 2009. L'individuazione dei siti è avvenuta attraverso il motore di ricerca Google: digitando nello spazio di ricerca parole quali "online pharmacies", "pharmacies list", "buy medications", ecc. si sono potute identificare direttamente numerose farmacie online, ma è stato anche possibile scoprire dei siti web che, a loro volta, pubblicizzavano un ulteriore numero di farmacie online. La ricerca su Google, quindi, ha permesso di individuare come risultato totale circa 35 milioni di farmacie. Di queste, ne sono state selezionate alcune. Innanzi tutto sono stati presi in considerazione solamente siti che utilizzavano la lingua inglese o la lingua italiana.

Inoltre, un ulteriore criterio di selezione è stata la tipologia di farmaci venduti: sono state incluse nella selezione, infatti, solamente le farmacie che offrivano medicinali per i quali, in generale, l'acquisto è subordinato alla presentazione di una prescrizione medica.

Oltre a questo, un altro criterio utilizzato è stato quello relativo alla numerosità delle informazioni presenti sul sito in termini di dati societari, catalogo prodotti, tecniche e condizioni di vendita, le forme di contatto del cliente, ecc. Tale scelta metodologica è stata giustificata con la necessità di lavorare su un campione quanto più ricco possibile di informazioni per arricchire in maniera significativa il quadro relativo al fenomeno della vendita di farmaci online.

Infine, la scelta del numero totale di farmacie online da monitorare per 6 mesi è dipesa principalmente da 2 fattori: la numerosità degli operatori coinvolti nella ricerca, nel monitoraggio, nel recupero delle informazioni e nella loro analisi, nonché la frequenza del monitoraggio. Si rendeva necessario, infatti, non solo consultare i siti e recuperare le informazioni in essi contenute, ma anche osservarli nel tempo per registrarne le modificazioni, la variazione dell'offerta dei prodotti o di altri elementi che hanno costituito oggetto dell'indagine. Pertanto, sono state inserite nel campione 130 farmacie online che, per 6 mesi, sono state monitorate con una frequenza settimanale. Tutte le informazioni recuperate attraverso questo studio sono state quindi raccolte e sistematizzate in un database.

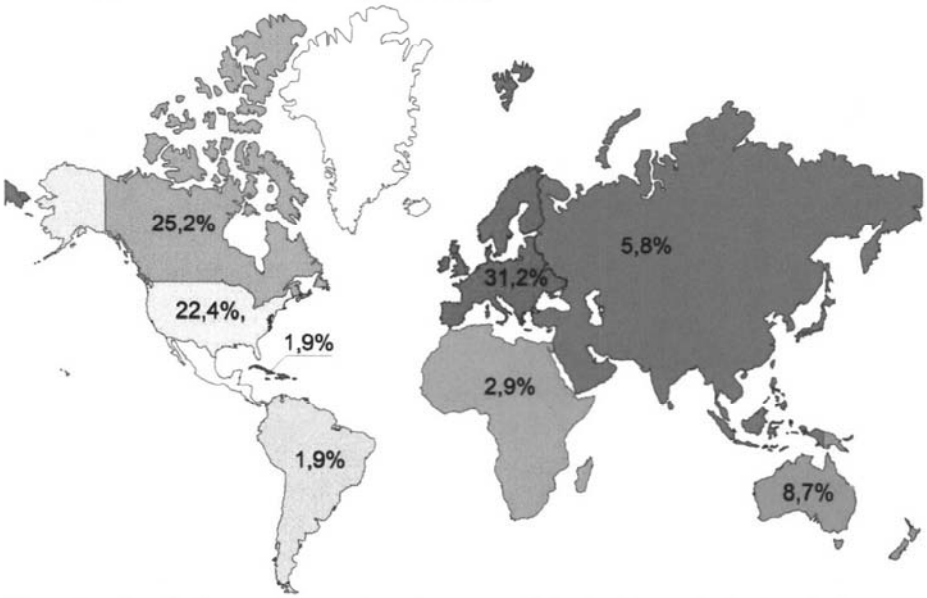
IV.1.2. Risultati del monitoraggio

Localizza-zione

L'indagine effettuata ha evidenziato che la maggiore parte delle farmacie online faceva riferimento ad attività localizzate in Europa (31,2%). Il Canada e gli Stati Uniti rappresentano rispettivamente la seconda (25,2%) e la terza (area geografica dove le farmacie online dichiarano di essere localizzate, cui seguono Oceania (8,7%), Asia (5,8 %) e Africa (2,9%). E' doveroso evidenziare, tuttavia, che presso numerose farmacie (20,8%), non erano disponibili informazioni sull'ubicazione delle attività.

In Europa è il Regno Unito l'area geografica dove è stato riscontrato il maggior numero di farmacie online (56,1% del totale delle farmacie europee), seguita da Cipro (25%). L'Europa dell'Est, la Svizzera e il Lussemburgo compongono il resto del quadro europeo (rispettivamente 6,3%).

Figura IV.1.1: Distribuzione geografica delle farmacie online individuate attraverso il monitoraggio delle farmacie online (percentuale)

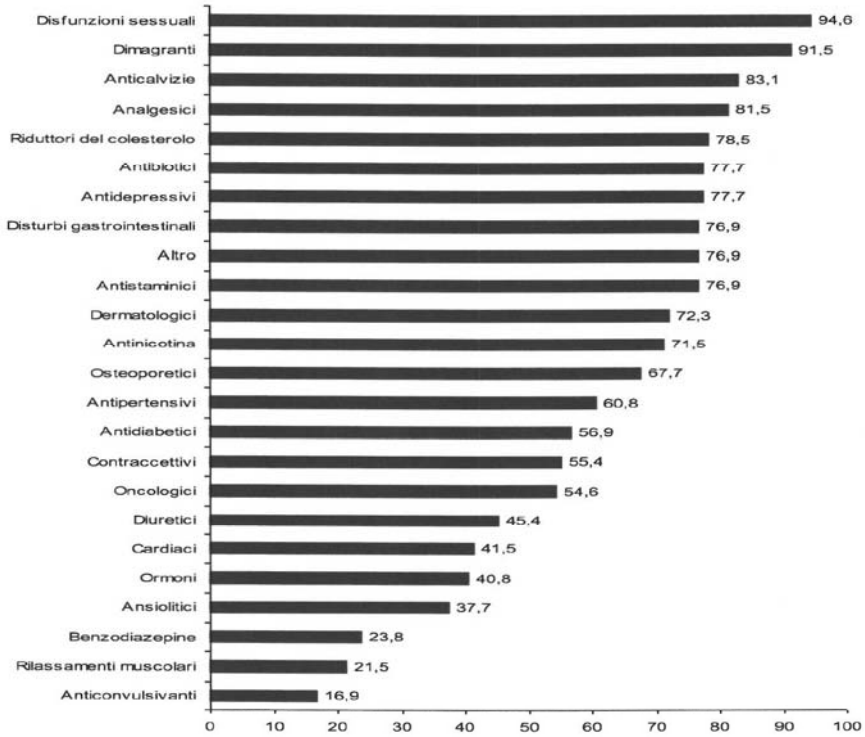


Tipologia di farmaci proposti

E' noto che il farmaco generico è un medicinale bioequivalente al farmaco originale (art. 130, comma 3 della L. 28.12.1995, n. 549), ma privo di protezione brevettuale. Questa caratteristica consente di vendere il farmaco generico a prezzi di mercato inferiori rispetto al farmaco originale. Tra le farmacie online osservate, i farmaci generici vengono proposti neIl'89,2% dei casi. Per contro, quelli originali vengono venduti dal 79,2% delle farmacie.

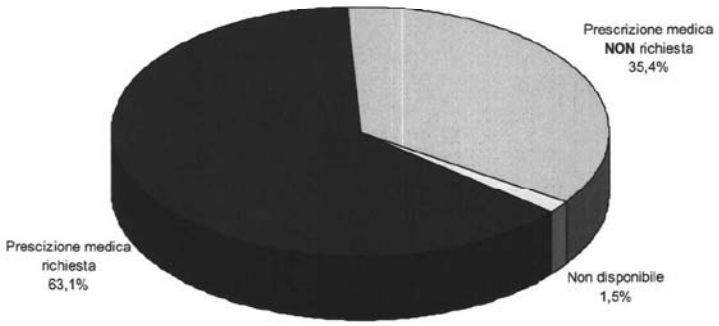
Il monitoraggio ha rilevato un'ampia disponibilità di medicinali per la cura delle più svariate sintomatologie. In presenza di numerose tipologie di farmaci venduti si è scelto di individuare 24 categorie mediche entro cui inserire i farmaci proposti dalle farmacie. Il grafico sottostante evidenzia come i farmaci per la cura delle disfunzioni sessuali siano la categoria più promozionata tra le farmacie online (94,6%). Interessante notare anche la presenza di analgesici (81,5%), antidepressivi (77,7%), ormoni (40,8%), ansiolitici (37,7%) e benzodiazepine (23,8%).

Figura IV.1.2: Frequenza dell'offerta dei farmaci online, secondo la tipologia (percentuale).



In relazione alla richiesta da parte della farmacia online della prescrizione medica per i prodotti per cui questa è richiesta, è emerso che ben il 35,4% delle farmacie oggetto di indagine non la richiede e vende, quindi, liberamente farmaci per i quali, invece, la ricetta del medico dovrebbe essere indispensabile.

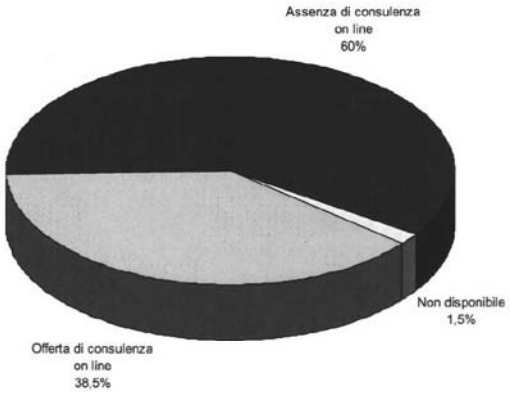
Grafico IV.1.3: Frequenza della richiesta di prescrizione medica tra le farmacie online per farmaci per i quali è prevista (percentuale)



Consulenza online

Le farmacie online richiedenti la prescrizione medica offrono talvolta un servizio di consulenza online per i clienti sprovvisti di tale documento. Viene somministrato all'interessato un breve questionario online in cui vengono poste domande sul tipo di disturbo percepito, i segni e i sintomi manifesti, le pregresse patologie, le eventuali allergie, ecc. La farmacia richiede che il questionario, una volta compilato, venga rispedito, sempre via Internet, al mittente. Inviata tale documentazione, la farmacia autorizza l'acquirente all'acquisto del farmaco. Tale servizio è offerto dal 38,5% delle farmacie osservate.

Figura IV.1.4: Frequenza dell'offerta di consulenza online tra le farmacie (percentuale)



Refill

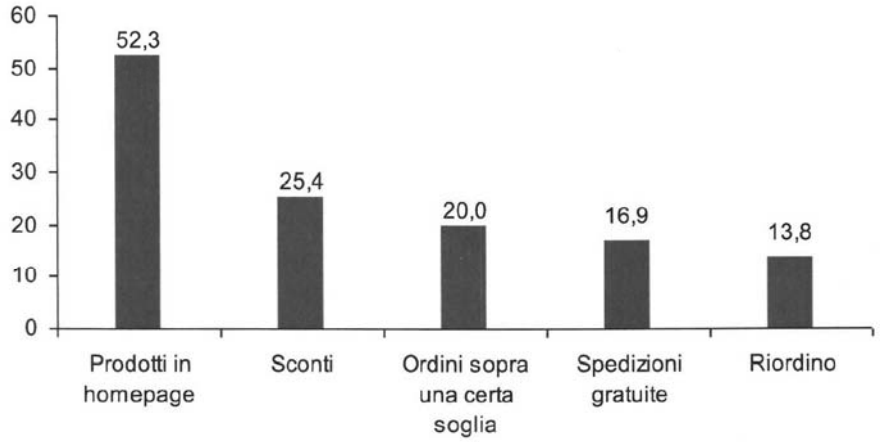
Un ulteriore servizio offerto dalle farmacie online è il cosiddetto "refill". Con questo termine si indica la possibilità di utilizzare la prescrizione medica più volte nel tempo per l'acquisto del medesimo farmaco. Il monitoraggio ha rilevato che il 28,5% delle farmacie online concede ai propri acquirenti tale opportunità. Il numero di volte in cui il cliente può utilizzare la prescrizione varia da farmacia a farmacia. In generale, si è visto che la stessa prescrizione può essere utilizzata fino a 5 volte nell'arco di 6 mesi.

Tecniche di vendita

Lo studio ha tenuto conto anche delle tecniche con cui le farmacie online incentivano la vendita dei loro prodotti. Il grafico sottostante mostra che la messa in evidenza dei prodotti sulla homepage del sito rappresenta la tecnica più utilizzata dalle farmacie (52,3%). In questo modo, vengono messi in luce i prodotti più nuovi o quelli più venduti. Spesso gli stessi farmaci sono accompagnati da commenti sulla loro efficacia garantita e sull'ottimo rapporto tra qualità e prezzo.

Altre tecniche di vendita impiegate dalle farmacie online sono le offerte e gli sconti (25,4%), attraverso cui viene ribassato il prezzo da listino e con cui, spesso, si incentiva il cliente all'acquisto offrendo di pagare, ad esempio, 3 pezzi al prezzo di uno. Alcune farmacie (20%), inoltre, prevedono la consegna di un gadget o della riduzione dell'importo da pagare a fronte di acquisti superiori ad un dato prezzo, oppure la spedizione gratuita di quanto acquistato (16,9%). Il 13,8% delle farmacie osservate prevede anche uno sconto al cliente che, in seguito ad un precedente acquisto, torna fare compere presso la medesima farmacia (tecnica del "riordino").

Figura IV.1.5: Frequenza di utilizzo delle diverse tecniche di vendita da parte delle farmacie online, secondo la tipologia di tecnica adottata. Si evidenzia che una farmacia può adottare più tecniche di vendita contemporaneamente



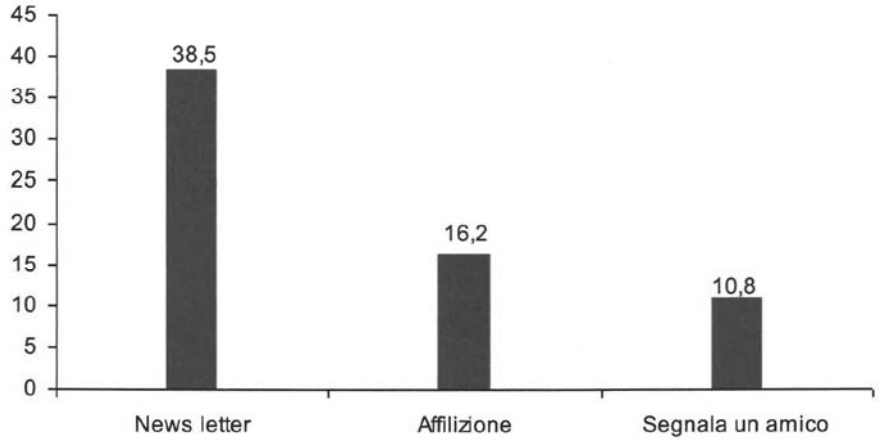
Tecniche di marketing

Al fine di promuovere la propria attività, le farmacie online adottano delle vere e proprie tecniche di marketing che permettono loro di tenere informati i propri clienti sui nuovi prodotti e le nuove offerte. La tecnica più frequentemente utilizzata per raggiungere questo obiettivo è l'invio periodico di una newsletter al cliente che si è registrato (38,5%). Si è visto che generalmente la frequenza con cui vengono inviati via mail gli aggiornamenti è settimanale.

Il 16,2% delle farmacie adotta anche la tecnica dell'affiliazione, cioè la proposta e, successivamente, l'implementazione di un accordo tra il titolare di un sito di e-commerce (affiliante), e uno o più web master che gestiscono altri siti web (affiliati). L'affiliato promuove l'affiliante sul proprio sito web, ottenendo una commissione per i risultati effettivamente raggiunti che solitamente si esplicita nella vendita di un prodotto.

Infine, un'altra tecnica individuata (10,8%) è quella della "segnalazione ad un amico", una strategia orientata ad incentivare il cliente, con sconti e agevolazioni, affinché fornisca nominativi ed indirizzi email di parenti ed amici che potrebbero essere interessati ad acquistare medicinali online. Il cliente segnalante riceve delle facilitazioni dalla farmacia solo se le persone segnalate concludono l'operazione di acquisto.

Figura IV.1.6: Frequenza di utilizzo delle diverse tecniche di marketing da parte delle farmacie online, secondo la tipologia di tecnica adottata. Si evidenzia che una farmacia può adottare più tecniche di marketing contemporaneamente

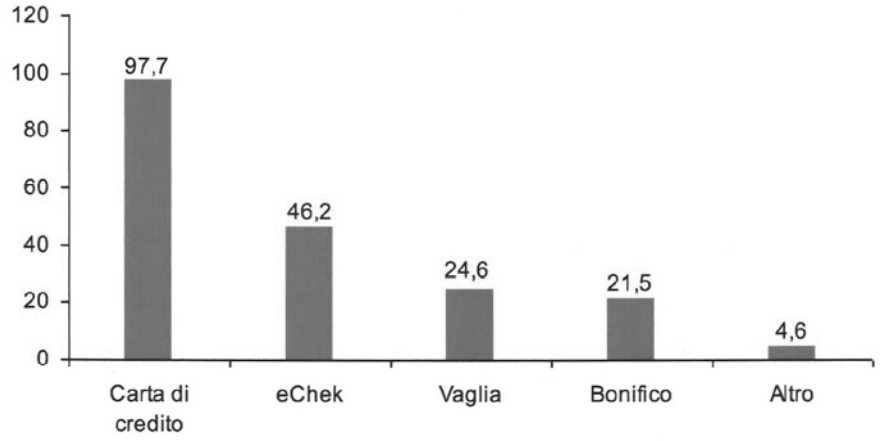


Modalità di pagamento

Osservando le modalità di pagamento previste dalle varie farmacie online, è emerso che la maggior parte (97,7%) accetta pagamenti con carta di credito. Le principali carte di credito accettate risultano essere sono Visa, Mastercad, American Express, JCB e Diners Club. Le carte di credito prepagate, invece, non sono accettate.

L'assegno elettronico viene accettato nel 46,2% dei casi, il vaglia nel 24,6% e il bonifico nel 21,5%.

Figura IV.1.8: Frequenza delle modalità di pagamento accettate dalle farmacie online (percentuale)



Spese di spedizione

Al momento dell'acquisto di un prodotto, vengono sempre evidenziate le spese di spedizione del medesimo. Nel 53,1% dei casi, le spese di spedizione sono considerate a carico dell'acquirente. Tuttavia, alcune farmacie online (13,3%) abbonano al cliente le spese di spedizione per acquisti di importi superiori ad una certa cifra. Il 23,1%, infine, sostiene interamente il costo della spedizione.

Termini e condizioni di vendita

I termini e le condizioni che regolano la vendita di articoli farmaceutici su Internet sono spesso riportate nella sezione riguardante la policy aziendale o le domande frequenti (FAQ). Nel caso un cliente non sia soddisfatto del prodotto, perché ricevuto incompleto o perché danneggiato durante il trasporto, nel 57,7% dei casi le farmacie online rimborsano il denaro speso. La sostituzione del farmaco è un'ulteriore condizione prevista dal 40,8% delle farmacie osservate, in

alternativa al rimborso.
Infine, la cancellazione dell'ordine di acquisto prima che la merce sia arrivata a destinazione è permessa dal 47,7% delle farmacie.

IV.1.3 Alcune osservazioni

Informazioni non precise e testimonianze

Un elemento che è emerso in maniera lampante presso moltissime farmacie online è la totale assenza della descrizione della composizione chimica dei farmaci promozionati. Tanto meno vengono messi in evidenza i dosaggi, le modalità di assunzione, gli effetti collaterali e l'eventuale interazione del prodotto con altri farmaci. L'unica informazione che viene data, spesso a caratteri cubitali, è la sua efficacia contro le diverse patologie o i vari disturbi. Tale efficacia viene talvolta evidenziata riportando le esperienze di fantomatici clienti che dichiarano, dopo aver assunto il farmaco, di essere giunti alla piena guarigione, risolvendo ogni loro più piccolo fastidio.

Privacy del cliente

Non è infrequente trovare farmacie online che promettono di mantenere la massima discrezione nei riguardi della privacy del cliente al momento della consegna del prodotto acquistato. Molte farmacie, infatti, dichiarano di spedire i propri prodotti in imballi anonimi, ove non compaiono riferimenti rispetto al contenuto trasportato né etichette che ne rivelino la provenienza.

Farmacie e social network

Nel corso dell'indagine è emerso che molte farmacie online sono presenti anche sui famosi social network Facebook e Twitter (http://www.medsmex.com/. http://www.doctorsolve.com/, http://expressdelivery.bizl), particolarmente in voga tra la popolazione giovanile, e sul sito www.youtube.com (http://www.youtube.com/watch?v=9tTqNrAVmkw). Ciò rende le politiche di promozione dell'attività delle farmacie online estremamente versatili e capillari, in grado di utilizzare moltissimi canali, anche quelli più noti al target giovanile, e di raggiungere, quindi, una parte molto ampia della popolazione.

Vita dei siti

Si tratta, tuttavia, di un fenomeno estremamente difficile da controllare. Oltre alla difficoltà di individuare chiaramente la localizzazione delle attività delle farmacie online, tali siti hanno spesso vita breve, cioè chiudono e riaprono molto rapidamente, riproponendosi con layout grafici diversi ma adottando le medesime modalità di vendita e riproponendo gli stessi precedenti contatti. Questa caratteristica è stata resa visibile proprio dal fatto che il monitoraggio è avvenuto con frequenza settimanale e ha permesso, quindi, di individuare le variazioni tra le farmacie.

Farmacie afferenti ad un'unica società

Un'ultima considerazione riguarda il fatto che sono state individuate varie farmacie, dai nomi e dai layout tra loro diversi, ma tutte afferenti alla medesima società. E' stato possibile recuperare tale informazione poiché i contatti e gli indirizzi riportati presso i vari siti erano gli stessi e non lasciavano dubbi sulla società di origine della farmacia.

IV.1.4. Conclusioni

L'indagine condotta mostra quanto la vendita di farmaci online rappresenti una realtà estremamente veloce e mutevole, difficile da cogliere e tantomeno da controllare. L'ottima organizzazione delle farmacie e la grande abilità nel promuoversi sul web costituiscono, inoltre, elementi vincenti per rafforzare il fenomeno e radicarlo sempre di più nella realtà della popolazione, soprattutto in quella più giovane.
Da qui, quindi, l'esigenza di mantenere attivi i monitoraggi su web, non solo quelli sulle farmacie online, ma anche su online drugstore e su social network e blog. In particolare, poiché non sono ancora stati eseguiti studi circa la qualità dei prodotti venduti da questi siti, sarà interessante, nel futuro, approfondire l'analisi della questione anche dal punto di vista della caratterizzazione analitica delle

sostanze.
Infine, considerato che attraverso la rete Internet, questi siti costituiscono i canali attraverso cui possono venire commercializzate sostanze stupefacenti o altre sostanze legali che mimano gli effetti di sostanze illegali, è opportuno che il monitoraggio del web sia fortemente connesso anche all'attività delle Forze di Polizia, ed in particolare della Polizia delle Comunicazioni, "specialità" della Polizia di Stato all'avanguardia nell'azione di prevenzione e contrasto della criminalità informatica. In questo modo sarà possibile associare all'azione di monitoraggio anche un'eventuale azione di contrasto del traffico e dello spaccio delle sostanze su web.

Testo a cura di:
Giovanni Serpelloni[1], Claudia Rimondo[2]

[1]Dipartimento Politiche Antidroga - Presidenza del Consiglio dei Ministri
[2]Sistema Nazionale di Allerta Precoce - Dipartimento Politiche Antidroga - Presidenza del Consiglio dei Ministri

IV.1.5. Bibliografia

1. EMCDDA, Methodology for monitoring the Internet, 10th annual meeting of the REITOX EWS network, 2010

2. EMCDDA, EMCDDA snapshots, 10th annual meeting of the REITOX EWS network, 2010

3. EMCDDA, Annual report of the EMCDDA on the state of the drug problem in the EU - EWS Information, 2009

4. INCB, Guidelines for Governments on Preventing the Illegal Sale of Internationally Controlled Substances through the Internet, New York 2009

5. Dipartimento Politiche Antidroga, Relazione Annuale al Parlamento sullo stato delle Tossicodipendenze in Italia 2009 (base dati 2008)

6. Serpelloni G. e Rimondo C., Sistema di Allerta Precoce e Risposta Rapida per le Droghe, La Grafica, 2008

PAGINA BIANCA

CAPITOLO IV.2.

STIMA DEI CONSUMI DI SOSTANZE STUPEFACENTI MEDIANTE ANALISI DELLE ACQUE REFLUE: CONFRONTO ANNI 2008 E 2009. IL "CASE-STUDY" DELLA CITTÀ DI COMO

IV.2.1 Riassunto

IV.2.2 Introduzione

IV.2.3. Metodi

IV.2.4. Risultati

IV.2.5 Conclusioni

IV.2.6 Bibliografia

IV.2. STIMA DEI CONSUMI DI SOSTANZE STUPEFACENTI MEDIANTE ANALISI DELLE ACQUE REFLUE: CONFRONTO ANNI 2008 E 2009. IL "CASE-STUDY" DELLA CITTÀ DI COMO

IV.2.1. Riassunto

L'analisi dei risultati evidenzia una decisa modifica dei trend di consumo di sostanze stupefacenti avvenuto nella città di Como tra il 2008 e il 2009. Questa modifica è consistita in una considerevole riduzione dei consumi di cocaina e di eroina. Rispetto al 2008, nel giugno 2009 si è infatti osservata una riduzione media del 40% dei consumi giornalieri di cocaina e del 17% dei consumi medi di eroina. Queste riduzioni si sono poi confermate anche nel novembre 2009 (-33% di cocaina e -23% di eroina rispetto ai dati 2008). Al contrario, i consumi di cannabis e di metamfetamina si sono mantenuti costanti tra il 2008 e il giugno 2009, per poi calare, anche se in maniera non significativa nel novembre del 2009.
Questa diminuzione potrebbe indicare che all'interno della popolazione generale si è avuta una riduzione del numero di utilizzatori, cosiddetti "occasionali", di cocaina e di eroina, oppure una riduzione della frequenza di utilizzo delle sostanze. Questa riduzione generalizzata, se effettivamente legata alla riduzione del numero dei consumatori, potrebbe essere spiegata anche dalla cosiddetta "crisi economica", che alla sua massima intensità, a cavallo del 2008 e del 2009 potrebbe aver impedito a molte persone l'acquisto di sostanze stupefacenti costose come cocaina ed eroina. Dati preliminari di consumo a Milano, ottenuti con lo stesso metodo, sembrerebbero confermare quest'ultima ipotesi, suggerendo che il trend descritto a Como è un fenomeno comune. Anche a Milano le analisi stanno infatti evidenziando una riduzione dei consumi di cocaina e eroina avvenuta tra il 2008 e il 2009, avvalorando quindi l'intervento di possibili fattori generalizzabili a livello dell'intera popolazione.

IV.2.2. Introduzione

L'abuso di sostanze stupefacenti è un fenomeno molto diffuso, ma è difficile stabilire con sicurezza le quantità consumate e seguirne le variazioni nel tempo. L'incertezza a questo livello è legata ai metodi che vengono utilizzati per la stima dei consumi. I questionari diretti alla popolazione, che rappresentano l'elemento principale dell'indagine, sono fortemente influenzati da fattori soggettivi, ossia dalla propensione dei soggetti consultati a rispondere onestamente a domande che configurano un illecito o un comportamento socialmente condannabile. L'integrazione con altri dati indiretti di consumo, quali i sequestri, i ricoveri ospedalieri per specifiche cause o le richieste di trattamento, non si riferiscono tanto alla popolazione generale quanto agli utilizzatori problematici. Recentemente il gruppo di lavoro dell'Istituto Mario Negri di Milano ha sviluppato e proposto alla comunità scientifica un metodo alternativo per la stima dei consumi di droghe nella popolazione, non più basato su fattori soggettivi ma fondato su riscontri oggettivi [1]. Il metodo utilizza una nota caratteristica di queste sostanze che, dopo essere state consumate, vengono in parte escrete come tali o come metaboliti con le urine dei consumatori. Le urine, assieme alle acque fognarie, raggiungono i depuratori urbani dove le acque possono venire campionate e i residui delle droghe venire misurati. Le concentrazioni ottenute, consentono di risalire al consumo cumulativo di sostanze stupefacenti da parte della popolazione servita dal depuratore. Il metodo consente quindi di fare un test collettivo delle urine agli abitanti di una città. Il metodo preserva l'anonimato non essendo in grado di identificare chi ha fatto uso di sostanze, ma solo di misurare quali e quante sostanze vengono collettivamente utilizzate dalla popolazione [1].

IV.2.3. Metodi

Le basi razionali del metodo

Quando un consumatore assume una sostanza stupefacente, una parte di questa viene eliminata con le urine nelle ore o nei giorni successivi, nella forma e nei quantitativi che dipendono dalla sostanza in oggetto. Ad esempio, dopo una dose di cocaina per via intranasale, il 7-10% della sostanza assunta viene escreta con le urine come cocaina pura, mentre la parte principale della dose viene metabolizzata dal fegato ed eliminata con le urine in forma di sostanze trasformate, ossia di metaboliti [2]. Il metabolita principale, benzoilecgonina (BE), rappresenta in media il 45% della dose assunta ed eliminata con le urine, e i quantitativi di BE misurati a livello di un depuratore delle acque fognarie consentono di risalire ai quantitativi di cocaina che vengono utilizzati dalla popolazione servita dal depuratore [3-4]. L'utilizzo del metabolita BE per risalire ai consumi di cocaina, ha il vantaggio di poter includere solo la cocaina realmente utilizzata dalla popolazione escludendo quella che accidentalmente o intenzionalmente potrebbe derivare dallo smaltimento improprio della sostanza. Inizialmente sviluppato per stimare i consumi di cocaina, questo metodo è stato successivamente esteso ad altre droghe di uso comune, come cannabis, eroina, sostanze amfetaminiche (amfetamina, metamfetamina, MDMA o ecstasy). Per ciascuna di questa sostanze è possibile identificare un residuo, stabile per il tempo necessario al campionamento e alle analisi [5], la cui concentrazione nelle acque fognarie consente di risalire al consumo della droga nella popolazione.

La procedura di campionamento

Per stimare i consumi di sostanze stupefacenti nella popolazione, le acque fognarie in arrivo al depuratore vengono campionate in maniera rappresentativa. Con un campionatore automatico vengono effettuati prelievi a brevi intervalli (ogni 20-30 minuti) e le aliquote prelevate confluiscono a costituire un pool delle 24 ore. L'analisi del campione fornisce le concentrazioni dei residui "target" che corrette per una serie di fattori (la percentuale di escrezione metabolica, il rapporto di massa residuo/sostanza parentale, il volume delle acque in arrivo giornalmente al depuratore) forniscono una misura delle sostanze complessivamente consumate nella giornata da tutta la popolazione afferente al depuratore. Oltre che per la cocaina, per il cui calcolo viene utilizzato il metabolita BE, il metodo si adatta a valutare i consumi di altre sostanze da parte della popolazione. Per ciascuna sostanza considerata viene identificato un residuo target specifico. Per la cannabis viene utilizzato il metabolita THC-COOH, per l'eroina i metaboliti morfina e 6-acetilmorfina, per le amfetamine le sostanze parentali amfetamina, metamfetamina, ed MDMA (ecstasy) [2]. Le concentrazioni delle molecole target nei campioni prelevati al depuratore, normalizzate per i rispettivi fattori di correzione (FC), permettono di calcolare i consumi di tutte queste sostanze nella popolazione servita dal depuratore. Nel caso dell'eroina, i cui calcoli sono basati sui livelli di morfina, che può venire eliminata con le urine anche in caso di assunzione di morfina terapeutica, per la stima occorre sottrarre i consumi di morfina terapeutica stessa.

La procedura analitica

I campioni di acque fognarie raccolti nelle 24 ore vengono analizzati per misurare le concentrazioni dei residui "target" delle varie sostanze stupefacenti. I campioni vengono filtrati e processati mediante estrazione in fase solida. Gli estratti vengono quindi analizzati mediante tecniche di cromatografia liquida applicata a sistemi di spettrometria di massa in tandem (LC-MS-MS). Si tratta di metodi di elevata specificità e sensibilità, che consentono l'analisi di sostanze a concentrazioni basse, come le droghe, in matrici complesse come le acque fognarie. La procedura analitica viene solo tratteggiata. Si faccia riferimento alla bibliografia specifica per approfondimenti [6].

Una volta ottenuti i quantitativi (grammi) delle droghe consumati collettivamente dalla popolazione, è possibile tentare di estrapolare a quante "dosi" corrispondano i quantitativi misurati. Mentre il calcolo che ha portato alla stima dei quantitativi totali utilizzati dalla popolazione si basa su riscontri oggettivi (concentrazioni nelle acque e portate del depuratore) e dati scientifici pubblicati (percentuale media di escrezione nelle urine dei residui target dopo assunzione di una dose di droga), il successivo calcolo si basa invece su stime presuntive, come la "dimensione e purezza di una dose" (da quanti mg di sostanza pura è composta una dose) e la "via di somministrazione" prevalente (che può essere varia). Utilizzando le dosi medie e le vie di somministrazione principali riportate in letteratura è comunque possibile stimare il numero di dosi delle varie droghe utilizzate dalla popolazione [4].

Disegno sperimentale

I prelievi sono stati effettuati a livello del Depuratore municipale della città di Como. Il depuratore tratta le acque reflue provenienti da parte della città di Como e dal circondario, con una portata media di 55.000 m3 di acqua al giorno. Gli abitanti civili trattati sono approssimativamente 101.000 (96.100 residenti e 4.900 fluttuanti, dati comunicati dai Comuni). Il numero di abitanti esatto viene calcolato mediante metodi standard ("biological oxygen demand" (BOD5) nelle acque).

Le concentrazioni dei residui misurate, sono state quindi moltiplicate per le portate giornaliere, successivamente corrette per i rispettivi FC come descritto nei metodi, e infine rapportate alla popolazione servita .

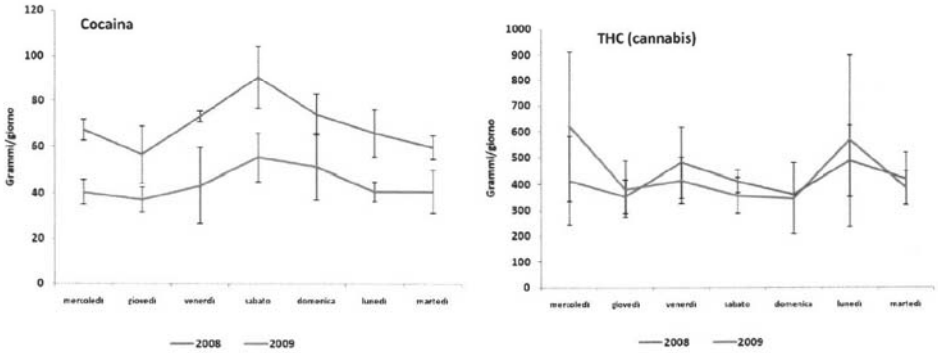
Una prima serie di campionamenti è stata effettuata nell'anno 2008 raccogliendo complessivamente 21 campioni giornalieri nei seguenti intervalli: 6-12/maggio, 20-26 maggio, 17-23 giugno 2008. Nell'anno 2009, i campionamenti sono stati ripetuti e sono stati raccolti altri 21 campioni nelle seguenti date: 15- 21 giugno, 4-10 novembre e 25 novembre-1 dicembre 2009.

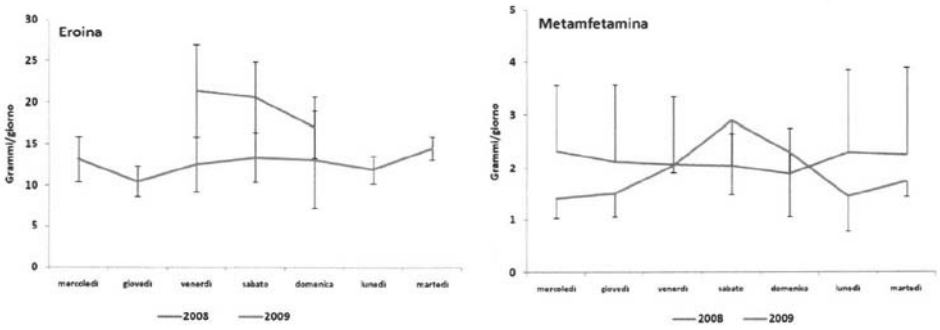
IV.2.4. Risultati

Di seguito verranno riportati e descritti in dettaglio i risultati ottenuti successivamente nel 2008 e nel 2009. I dati annuali, sia aggregati che disaggregati, verranno poi confrontati per avere informazioni sul trend temporale dei consumi di sostanze stupefacenti nella popolazione della città di Como.

La Figura IV.2.1 riporta la stima dei consumi giornalieri (media ± deviazione standard (SD), espressi in grammi/giorno) di cocaina , THC (principio attivo della cannabis), eroina e metamfetamina nella città di Como (popolazione afferente al depuratore, circa 101.000 abitanti) nelle 3 settimane considerate del 2008 e del 2009.

Figura IV.2.1: Stima dei consumi giornalieri medi (grammi/giorno) di cocaina, THC (principio attivo della cannabis), eroina e metamfetamina nella città di Como (Medie ± SD di 3 settimane nella popolazione afferente al depuratore, circa 101.000 abitanti). Anni 2008 e 2009



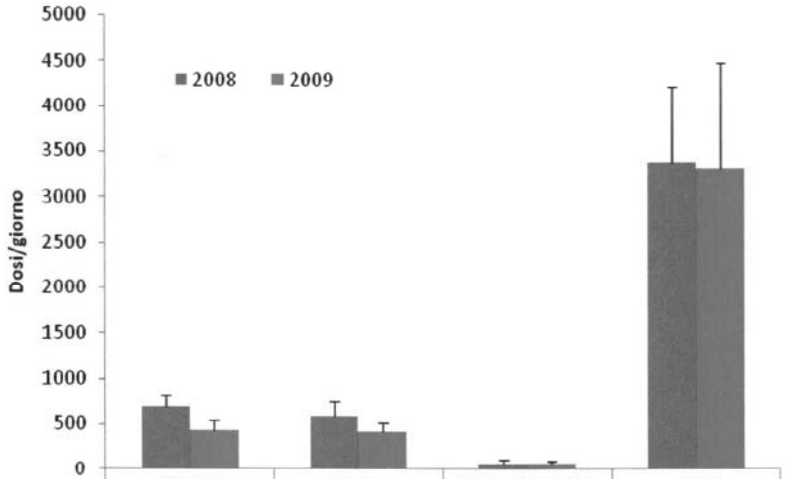


Fonte: Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

I consumi medi stimati nella popolazione nel 2008 sono stati di 60 grammi /giorno di cocaina nei giorni feriali, con aumenti durante il week end fino a 90 grammi/giorno. Nel 2009 le stime si sono invece ridotte ad un consumo medio di 40 grammi /giorno nei giorni feriali, con aumenti durante il week end fino a 55 grammi/giorno.
I consumi di THC sono invece rimasti stabili e costanti durante le settimane osservate, senza registrare variazioni nei week-end e senza cambi sostanziali tra il 2008 e il 2009 (medie di 420 g/giorno nel 2008 e 415 g/giorno nel 2009). I consumi di eroina tra il 2008 e il 2009 si sono invece ridotti da una media di 18 g/giorno a circa 13 g/giorno, mentre i consumi di metamfetamina si sono ridotti da 2.10 a 1.90 g/giorno. Interessante notare che mentre l'andamento settimanale dei consumi di metamfetamina nel 2008 aveva un profilo comparabile a quello del THC, senza modifiche apprezzabili durante la settimana, nel 2009 assumeva invece un profilo simile a quello osservato per la cocaina, con livelli minori nei giorni lavorativi (1.5 g/giorno) che nei fine settimana (fino a 3 g/giorno).
I consumi di ecstasy (non riportati in figura per brevità) nel 2008 sono risultati pari a zero nei giorni lavorativi e pari a 1.4±0.9 g/giorno nei week-end, mentre nel 2009 sono sempre risultati pari a zero.

I quantitativi delle sostanze attive così calcolate sono poi stati trasformati in dosi medie, utilizzando informazioni sulla "dimensione e purezza di una dose" (da quanti mg di sostanza pura è composta una dose) e la "via di somministrazione" prevalente (2,4). La Figura IV.2.2 mostra le stime dei consumi a Como nel 2008 e nel 2009 espresse in dosi/giorno (media±SD), fornendo così informazioni sulla frequenza relativa di utilizzo delle diverse sostanze. La cannabis risulta la sostanza stupefacente di gran lunga più utilizzata nella popolazione studiata sia nel 2008 che nel 2009 (più di 3000 dosi al giorno), seguita da cocaina (quasi 700 dosi/giorno nel 2008, ridotte a 441 dosi/giorno nel 2009) ed eroina (quasi 600 dosi/giorno nel 2008 e 423 dosi/giorno nel 2009), mentre i consumi di metamfetamina sono rimasti contenuti e pressoché stabili tra il 2008 e il 2009 (71 e 64 dosi/giorno) e quelli di ecstasy sono risultati praticamente pari a zero sia nel 2008 che nel 2009 (non riportati in figura).

Figura IV.2.2: Stima del numero di dosi/giorno (medie ± SD) di sostanze stupefacenti consumate a Como. Stime riferite alla popolazione afferente al depuratore (circa 101.000 abitanti). Anni 2008 e 2009



	Cocaina	Eroina	Metamfetamina	THC
2008	697	594	71	3378
2009	441	423	64	3315

Fonte: Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Confronto consumi 2008-2009

Il numero di dosi così ottenuto è stato quindi suddiviso per la popolazione, ottenendo un numero di dosi/giorno/ consumate riferite a1000 persone, in modo di poter comparare tra loro dati omogenei. La Tabella IV.2.1 riporta il confronto dei consumi di sostanze stupefacenti nella città di Como espressi in dosi/giorno/1000 abitanti, nel 2008 e nel 2009. I dati ottenuti nel 2009 sono stati a questo punto disaggregati (campionamenti effettuati a giugno e a novembre) in modo da poter meglio valutare l'evoluzione temporale dei consumi. L'analisi statistica dei confronti, effettuata mediante t-test è sempre mostrata in tabella Tabella IV.2.2.

Tabella IV.2.1: Consumi in dosi/giorno/1000 abitanti a Como. Confronto anno 2008 (maggio-giugno) con giugno e novembre 2009 (dati disaggregati) (* confronti significativi)

Sostanze	2008	2009 giugno	2009 novembre
Cocaina	6,9±1,3	4,1±1,1*	4,6±1,02*
Metamfetamina	0,8±0,4	0,8±0,4	0,5±0,15
Eroina	5,3±0,1	4,4±0,9*	4,1±1,02*
THC (Cannabis)	38±23	39±16	29,7±7,39

Fonte: Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Complessivamente il confronto sembra indicare una diminuzione marcata dei consumi, sia di cocaina che di eroina, avvenuta tra il 2008 e il 2009, sia considerando i dati di giugno 2009 che quelli di novembre 2009. I consumi di THC e di metamfetamina sono invece risultati stabili tra il 2008 e il giugno 2009, per poi mostrare una tendenza alla riduzione, non statisticamente significativa, nel novembre 2009. I consumi di amfetamine sembrano comunque focalizzarsi sempre più sulla metamfetamina, mentre il consumo di ecstasy, già molto basso nel 2008 sembra essersi praticamente azzerato nel 2009.

Tabella IV.2.2: Confronto dei consumi in dosi/giorno/1000 abitanti a Como anni 2008 e 2009 con applicazione del test t-student (* confronti significativi)

Sostanze	Confronti	Significatività del test (p)
Cocaina	2008 vs 2009 (aggregato)	<0,0001*
THC (Cannabis)	2009 giu. vs 2009 nolV.	0,1886
	2008 vs nolV. 2009	0,1310
Eroina	2008 vs 2009 (aggregato)	0,024*
Metamfetamina	2008 vs 2009 (aggregato)	0,4441

Fonte: Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

IV.2.5. Conclusioni

I consumi di ecstasy, pur già molto bassi nel 2008 si sono ulteriormente ridotti nel 2009 (pari a zero sia in giugno che in novembre 2009).
Questa riduzione è avvenuta a fronte di una popolazione stabile (la popolazione di Como infatti non è cambiata in maniera sensibile nel corso dell'anno) e il numero di persone afferente al depuratore non è sostanzialmente mutato (la popolazione equivalente servita, calcolata mediante i livelli di BOD5 non è cambiata in maniera apprezzabile).
Esiste comunque una seconda possibilità per spiegare queste diminuzioni che è legata al mercato. La messa in commercio di sostanze stupefacenti meno pure potrebbe almeno in parte rendere ragione del calo osservato. Il metodo utilizzato misura infatti i quantitativi di "sostanza pura" consumata e l'utilizzo di percentuali di taglio maggiori potrebbe causare un calo della sostanza pura consumata senza cambiare il numero di utilizzatori o la frequenza di utilizzo. In effetti, dati dagli UK mostrano che la purezza media della cocaina sequestrata al dettaglio è scesa dal 32% al 23% tra il 2007 e il 2009, mentre quella sequestrata alle frontiere è passata dal 67% al 56% nello stesso periodo di tempo [7]. In mancanza di dati Italiani specifici si deve ipotizzare che la diminuzione della purezza delle sostanze possa avere avuto un ruolo , ma si sottolinea comunque che il quadro non sembra evidenziare una riduzione di una particolare sostanza bensì una riduzione generalizzata, e che la modifica osservata è avvenuta in maniera rapida, mentre una diminuzione della purezza delle sostanze avrebbe invece comportato riduzioni più progressive.
Questa riduzione generalizzata, se effettivamente legata alla riduzione del numero dei consumatori, potrebbe essere spiegata in almeno due modi: da una parte l'intensa attività di prevenzione condotta a Como nel corso degli ultimi anni, dall'altra potrebbe essere spiegata dalla cosiddetta "crisi economica", che alla sua massima intensità, a cavallo del 2008 e del 2009 potrebbe aver impedito a molte persone l'acquisto di sostanze stupefacenti costose come cocaina ed eroina.
Dati preliminari di consumo a Milano, ottenuti con lo stesso metodo, sembrerebbero confermare quest'ultima ipotesi, suggerendo che il trend descritto a Como è un fenomeno comune. Anche a Milano le analisi stanno infatti evidenziando una riduzione dei consumi di cocaina e eroina avvenuta tra il 2008 e il 2009, avvalorando quindi l'intervento di possibili fattori generalizzabili a livello dell'intera popolazione. A questo riguardo sono però necessari ulteriori studi, sia per definire le ragioni dei fenomeni osservati sia la loro possibile generalizzazione alla popolazione Italiana. Sarebbe ad esempio utile poter incrociare i dati derivati da questo studio con le evidenze derivate da studi epidemiologici sulla stessa popolazione. In ogni caso, sia che si sia verificata una diminuzione del numero di utilizzatori occasionali o della frequenza di consumo, sia che si sia verificata una diminuzione volontaria o involontaria delle dosi utilizzate, i dati sarebbero comunque a favore di un trend di diminuzione dei consumi di cocaina e eroina

nella popolazione generale.

Testo a cura di:
Ettore Zuccato[1], Raffaela Olandese[2], Roberto Antinozzi[2], Sara Castiglioni[1],

[1]Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Via La Masa 19, 20156 Milano
[2]ASL di Como, Via Pessina 6, 22100 Como

IV.2.6 Bibliografia

1. Z Zuccato E, Calamari D, Castiglioni S, Chiabrando C, Bagnati R, Fanelli R. Cocaine in surface water: a new evidence-based tool to monitor community drug abuse. *Environmental Health: A Global Access Science Source* 2005, 4:14

2. Baselt RC. 2004. Disposition of toxic drugs and chemicals in man. 3rd ed. Biomedical Publications, California, USA

3. Zuccato E, Chiabrando C, Castiglioni S, Bagnati R, Fanelli R. Estimating community drug use. In: Assessing illicit drugs in wastewater; potential and limitation of a new monitoring approach. *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*, Lisbon 2008: 21-34

4. Zuccato E, Chiabrando C, Castiglioni S, Bagnati R, Fanelli R. Estimating community drug abuse by wastewater analysis. *Environ Health Perspect*, 2008, 116: 1027-1032

5. Castiglioni S, Zuccato E, Crisci E, Chiabrando C, Fanelli R, Bagnati R. Identification and measurement of illicit drugs and their metabolites in urban wastewaters by liquid chromatography tandem mass spectrometry (HPLC-MS-MS). *Anal Chem* 2006, 78: 8421-8429

6. Castiglioni S, Zuccato E, Chiabrando C, Fanelli R, Bagnati R. Mass spectrometry analysis of illicit drugs in wastewater and surface water. *Mass Spectrom Rev* 2008, 27: 378-394

7. United Nations Office of Drugs and Crime (UNODC). The World Drug Report 2009. Vienna. Available at http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2009.html

8. uccato E, Calamari D, Castiglioni S, Chiabrando C, Bagnati R, Fanelli R. Cocaine in surface water: a new evidence-based tool to monitor community drug abuse. *Environmental Health: A Global Access Science Source* 2005, 4:14

9. Zuccato E, Chiabrando C, Castiglioni S, Bagnati R, Fanelli R. Estimating community drug use. In: Assessing illicit drugs in wastewater; potential and limitation of a new monitoring approach. *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*, Lisbon 2008: 21-34

10. Zuccato E, Chiabrando C, Castiglioni S, Bagnati R, Fanelli R. Estimating community drug abuse by wastewater analysis. *Environ Health Perspect*, 2008, 116: 1027-1032

11. Castiglioni S, Zuccato E, Chiabrando C, Fanelli R, Bagnati R. Mass spectrometry analysis of illicit drugs in wastewater and surface water. *Mass Spectrom Rev* 2008, 27: 378-394

12. Castiglioni S, Zuccato E, Crisci E, Chiabrando C, Fanelli R, Bagnati R. Identification and measurement of illicit drugs and their metabolites in urban wastewaters by liquid chromatography tandem mass spectrometry (HPLC-MS-MS). *Anal Chem* 2006, 78: 8421-8429

CAPITOLO IV.3.

DRUG TEST NEI LAVORATORI CON MANSIONI A RISCHIO

IV.3.1 Introduzione

IV.3.2 Punti critici

IV.3.3 Risultati preliminari

IV.3.4 Dati delle Forze Armate

IV.3.5 Conclusioni

IV.3. DRUG TEST NEI LAVORATORI CON MANSIONI A RISCHIO

IV.3.1. Introduzione

Premesse generali

Dopo onerosi lavori e 18 anni di attesa la Conferenza Unificata Stato-Regioni , nella seduta del 30 ottobre 2007, ha siglato l'Intesa , ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, in materia di accertamenti di assenza di tossicodipendenza nelle "*mansioni a rischio*" *ovvero quelle "che comportano rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute proprie e di terzi, anche in riferimento ad un'assunzione solo sporadica di sostanze stupefacenti*" , specificatamente "*quelle inerenti l'attività di trasporto*" e quelle individuate nell'allegato I della citata Intesa.

Ai sensi dell'art. 8 (Modalità dell'accertamento dell'assenza di tossicodipendenza) comma 2 è stato prodotto l'iter procedurale per la condizione degli accertamenti che si compone di due macrofasi in relazione alla necessità di istituire un primo livello di accertamenti da parte del medico competente ed un secondo livello di approfondimento diagnostico - accertativo a carico delle strutture sanitarie competenti di cui all'art. 2 e all'art. 6 dell'Intesa C.U. 30 ottobre 2007.

L'accordo Stato/Regioni del 18 settembre 2008, recepito in tutta Italia entro la prevista data del 31 dicembre 2009, di fatto non è ancora operativo in tutte le realtà regionali.

Una disamina preliminare da parte del Dipartimento Politiche Antidroga delle casistiche pervenute e le ulteriori iniziative intraprese hanno fatto emergere l'esigenza di monitorare costantemente e quanto più approfonditamente possibile il fenomeno in questione, a tal fine il Dipartimento ha promosso un progetto denominato DTLR avente come obiettivo la creazione di un sistema di monitoraggio per la valutazione dei Drug test eseguiti sul territorio Nazionale nei lavoratori con mansioni a rischio, finalizzato anche alla creazione di un flusso permanente di dati a supporto del tavolo tecnico interistituzionale presso lo stesso Dipartimento.

Primario prevenire gli incidenti

Principi di base, tra gli altri, è che non solo lo stato di dipendenza ma anche l'uso occasionale di stupefacenti deve essere considerato incompatibile con la mansione a rischio e che ai fini preventivi uso,abuso e dipendenza sono da considerarsi comportamenti a rischio e condizioni incompatibili con lo svolgimento di mansioni a rischio o con la guida di automezzi.

Allo scopo di definire ed attivare procedure e misure di sicurezza rivolte a tutelare l'incolumità del lavoratore stesso e di terze persone le procedure per gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza e di assunzione di sostanze stupefacenti e/o psicotrope nei lavoratori, devono essere finalizzate primariamente a prevenire incidenti collegati allo svolgimento di mansioni lavorative a rischio.

I principi generali su cui strutturare le procedure operative devono essere dettati da un indirizzo di cautela conservativa nell'interesse della sicurezza del singolo e della collettività, che prevedano la non idoneità di tali lavoratori allo svolgimento di mansioni a rischio nel caso di assunzione di sostanze stupefacenti e/o psicotrope, indipendentemente dalla presenza o meno di dipendenza.

Esistono, infatti, sostanze in grado di alterare fortemente le capacità e le prestazioni psicofisiche del soggetto senza necessariamente indurre uno stato di dipendenza (es. LSD, altri allucinogeni ecc.).

Le citate procedure devono essere finalizzate ad escludere o identificare la condizione di tossicodipendenza, ma anche l'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope (sia essa occasionale, periodica o costante), al fine di assicurare un regolare svolgimento delle mansioni lavorative a rischio.

A scopo preventivo, anche per le oggettive difficoltà di rilevazione e di descrizione delle modalità e della frequenza di assunzione delle sostanze stupefacenti e psicotrope da parte del lavoratore, dette procedure, non fanno distinzione tra uso occasionale, uso regolare o presenza di dipendenza al fine di attivare la sospensione cautelativa e ciò potrebbe essere fonte di possibili conflitti tra lavoratore e datore.
Al fine di indirizzare la persona verso specifici programmi di cura e riabilitazione di cui all'art.124 del DPR 309/90 e successive modifiche, dovrà essere attivata la certificazione delle condizioni cliniche che necessitano di terapia o trattamenti specifici per la tossicodipendenza. A tal fine risulta fondamentale l'idoneità del campione, che allo stato attuale non è possibile garantire. Allo stesso modo dovranno essere presi in considerazione i comportamenti a rischio in assenza di tossicodipendenza (assunzione occasionale o periodica) al fine di promuovere supporti specialistici.

IV.3.2. Punti critici

Nel corso della V Conferenza Nazionale sulla Droga e nei successivi incontri sono emersi alcune problematiche sia di natura normativa che tecnica, di seguito sintetizzate:

risolvere il problema dei falsi positivi e negativi

- I test di conferma che formulano una diagnosi sicura di tossicodipendenza, richiedono una dotazione strumentale complessa e una competenza sia tossicologica che medico legale per l'interpretazione dei risultati; in particolare si evidenzia la questione dei falsi positivi e specialmente dei falsi negativi.

Il campione rischia di essere adulterato

- La garanzia della idoneità del campione, passibile di adulterazione, (sono stati rilevati numerosi campioni per i quali il dosaggio della creatinina ne ha indicato la possibile diluizione, con conseguente abbassamento della rilevabilità rispetto alla soglia decisionale stabilita dai cut-off), conferma l'esigenza che all'atto della raccolta del campione urinario siano costantemente verificati uno o più parametri chimico fisici utili a garantirne l'idoneità (pH, temperatura, creatinina, peso specifico, nitriti, ecc.).

Possibile revisione dei cut-off

- I test positivi allo screening non confermati mediante cromatografia-spettrometria di massa potrebbero portare all'individuazione di classi "critiche" di sostanze che suggeriscono l'opportunità di una revisione dei cut-off oppure l'individuazione di analiti più specifici .

IV.3.3 Risultati preliminari

95% circa del campione di genere maschile

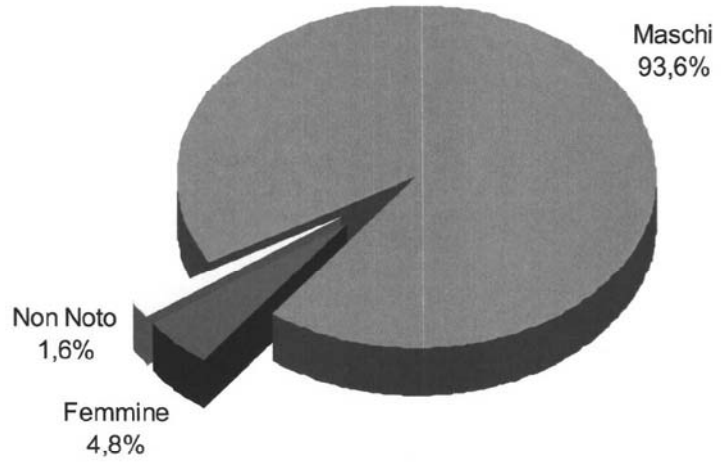
I dati a disposizione del Dipartimento Politiche Antidroga, forniti dalla Rete Ferroviaria Italiana (RFI) – Gruppo Ferrovie dello Stato - , da Associazione Nazionale Medici d'Azienda (A.N.M.A.), Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale (S.I.M.L.I.I.) e LAMM s.r.l. si riferiscono a 54.138 soggetti sottoposti a test di I° livello nel 2009, di cui circa il 5% di genere femminile.

Tabella IV.3.1: Denominazione e numero dei soggetti fonte di dati

Denominazione fonte dati	Soggetti
Rete Ferroviaria Italiana – Gruppo Ferrovie dello Stato – Direzione Sanità	26.044
Associazione Nazionale Medici d'Azienda	16.498
Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale	8.656
Laboratorio Analisi Mediche Mestre s.r.l.	2.940
Totale soggetti sottoposti a test di I° livello	54.138

Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

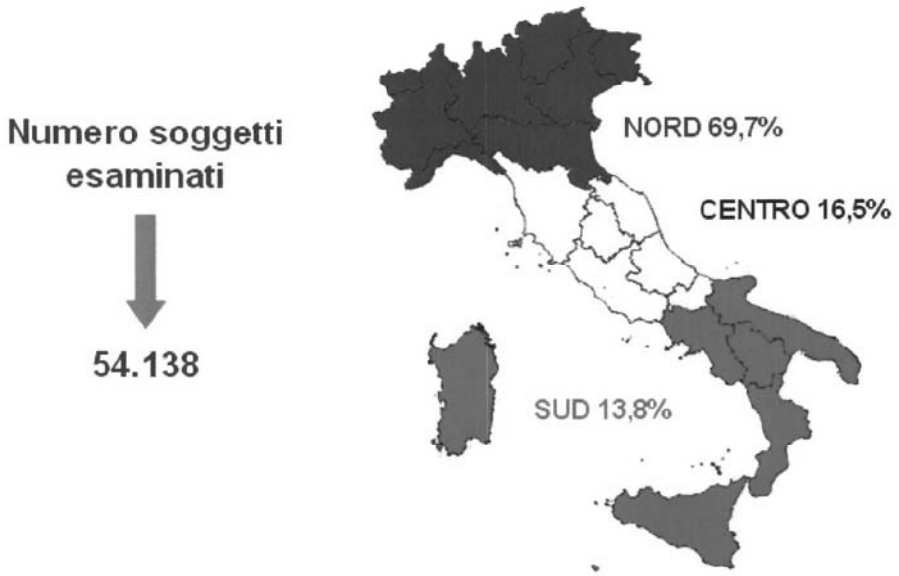
Figura IV.3.1: Drug test di I livello – analisi per genere



Fonte: Elaborazioni su dati DPA – progetto DTLR e LAMM

L'analisi per area geografica evidenzia una netta prevalenza dei test eseguiti nell'Italia settentrionale con quasi il 70% dei casi, a seguire il 16,5% nel centro e prossimo al 14% per il Sud ed Isole.

Figura IV.3.2: Drug test di I livello – analisi per macro area geografica



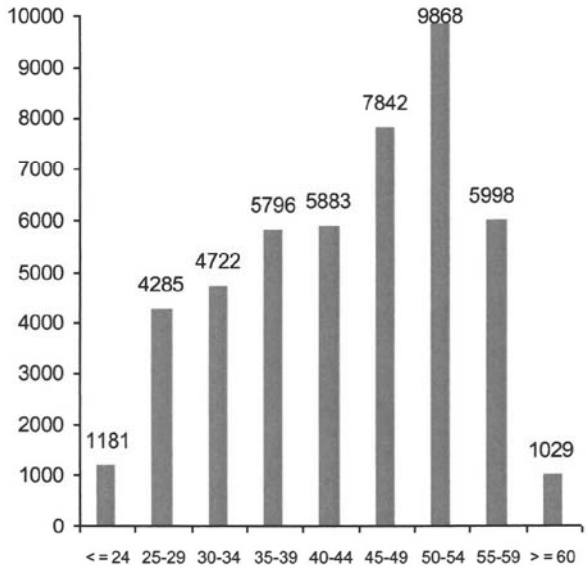
Fonte: Elaborazioni su dati DPA – progetto DTLR e LAMM

Per quanto concerne il settore di impiego dei lavoratori si segnala che sono quasi completamente afferenti al settore dei trasporti.

L'analisi per fascia d'età denota una popolazione lavorativa abbastanza anziana, il campione esaminato (pari a poco più dell'86% dei soggetti esaminati) rivela che il 53% circa dei soggetti ha un'età superiore ai 45 anni .

Il 53% del campione ha più di 45 anni

Figura IV.3.3: Drug test di I livello – analisi per fascia d'età

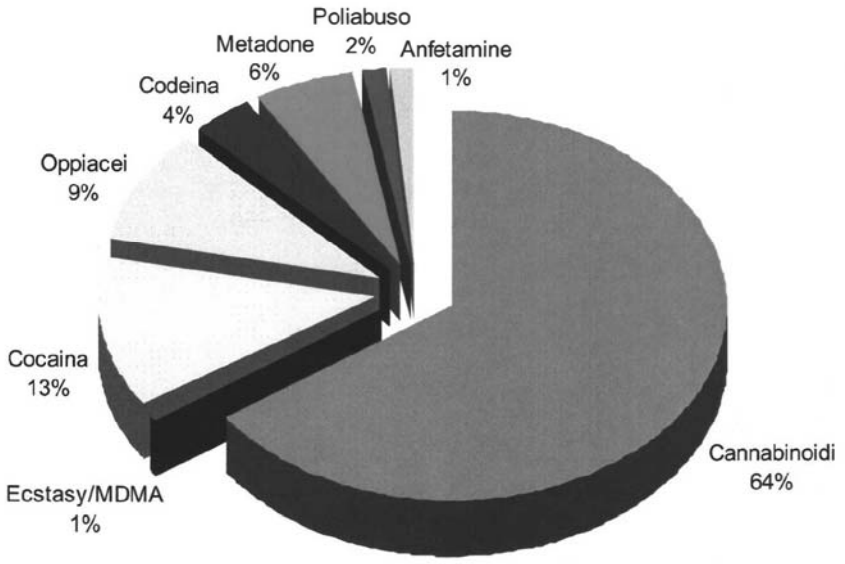


Fonte: Elaborazioni su dati DPA – progetto DTLR e LAMM

I risultati emersi dai test di conferma (esame che viene effettuato per confermare il risultato ottenuto con il test di screening) hanno evidenziato la positività del test per l'1,2% dei soggetti testati; di questi quasi i due terzi per cannabinoidi , circa il 12% cocaina ed il 9% per oppiacei (Figura IV.3.4).

1,2% di positivi ai test di conferma

Figura IV.3.4: Drug test di I livello – analisi per sostanza d'abuso



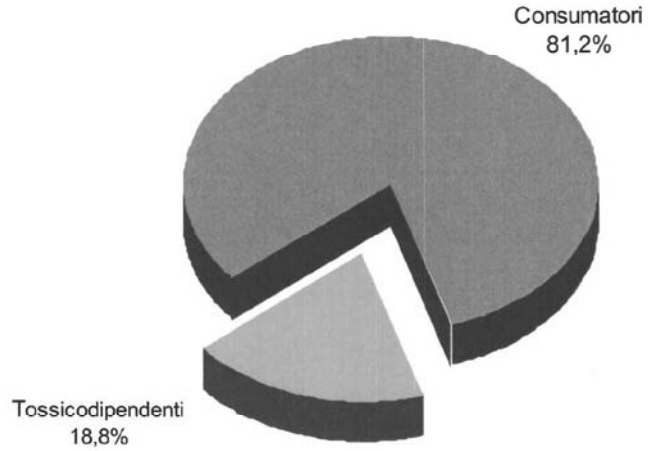
2/3 dei soggetti risultati positivi per cannabinoidi

Fonte: Elaborazioni su dati DPA – progetto DTLR e LAMM

Il lavoratore risultato positivo agli accertamenti di I livello effettuati dal medico competente, viene inviato dallo stesso presso la struttura sanitaria competente (generalmente un Ser.T) per le procedure diagnostico-accertative di II livello che qualora accertino lo stato di tossicodipendenza garantiscono la possibilità di accedere ad un percorso di cura e/o riabilitazione con la conservazione del posto

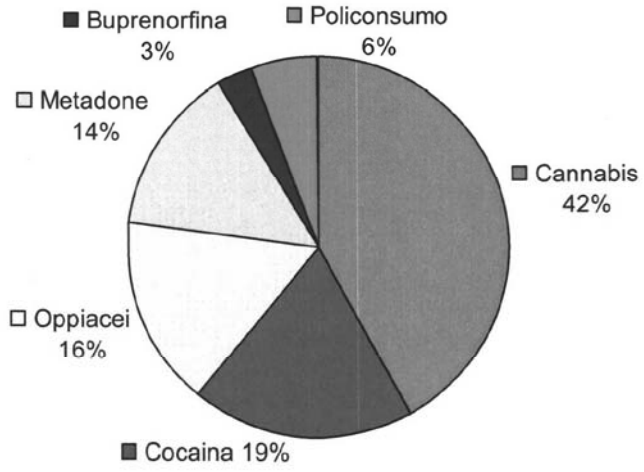
di lavoro.
I dati per l'anno 2009 messi a disposizione dalla RFI, dai Dipartimenti delle Dipendenze della ASL di Bergamo, Milano2, Varese, dalla ULSS 20 di Verona e dal Ser.T di Monza riguardano 368 soggetti (di cui una sola donna), di cui quasi tre quarti nella fascia di età compresa tra i 25 ed i 44 anni.
Al 19% circa del campione (69 soggetti) è stata riscontrata una diagnosi di tossicodipendenza (Figura IV.3.5), in prevalenza per cannabis ed a seguire cocaina, oppiacei e metadone (Figura IV.3.6).

Figura IV.3.5: Drug test di II livello – analisi per diagnosi



Fonte: Elaborazioni su dati RFI et al.

Figura IV.3.6: Drug test di II livello – analisi per sostanza di abuso



Fonte: Elaborazioni su dati RFI et al.

IV.3.4 Dati delle Forze Armate

La Direzione Generale della Sanità Militare (DIFESAN) del Ministero della Difesa sovrintende numerose attività, tra cui la raccolta, l'elaborazione e la valutazione dei dati statistici attinenti all'area delle tossicodipendenze e delle principali patologie mediche ad esse correlate.
Nella Tabella IV.3.2 sono contenute le informazioni relative al numero di addetti in forza effettivo delle quattro Forze Armate italiane (Esercito Italiano, Marina Militare, Aeronautica Militare e Corpo dei Carabinieri) comunicate

all'Osservatorio Epidemiologico dallo Stato Maggiore della Difesa dal 2006 al 2009.

Tabella IV.3.2: Numero effettivo delle Forze Armate. Anni 2006 - 2009

ANNO	E.I.	M.M.	A.M.	C.C.	Totale
2006	113.525	35.497	45.317	112.225	306.564
2007	106.221	33.877	44.051	112.082	296.231
2008	103.385	32.766	43.306	111.426	290.883
2009	105.212	33.004	43.225	110.993	292.434

Fonte: Elaborazioni su dati del Ministero della Difesa

Per quanto riguarda l'Esercito Italiano, la Marina Militare e l'Aeronautica Militare sono disponibili i dati relativi al numero di test[1] eseguiti (Tabella IV.3.3), mentre per il Corpo dei Carabinieri le informazioni riguardano il numero di soggetti sottoposti ad esame (Tabella IV.3.4).

Esercito Italiano con l'1% di test positivi

Tabella IV.3.3: Drug test eseguiti sulle Forze Armate. Anni 2006 - 2009

	2006	2007	2008	2009
Esercito Italiano				
Test eseguiti	47.993	39.523	48.306	42.417
Test positivi	625	340	54	446
% Positivi	1,3	0,86	0,11	1,05
Marina Militare				
Test eseguiti	50.525	43.747	41.476	43.958
Test positivi	26	19	15	7
% Positivi	0,05	0,04	0,04	0,02
Aeronautica Militare				
Test eseguiti	63.378	43.617	64.108	70.258
Test positivi	57	42	41	27
% Positivi	0,09	0,1	0,06	0,04
Totale (E.I., M.M., A.M.)				
Test eseguiti	161.896	126.887	153.890	156.633
Test positivi	708	401	110	480
% Positivi	0,44	0,32	0,07	0,31

Fonte: Elaborazioni su dati del Ministero della Difesa

Tabella IV.3.4: Soggetti esaminati Corpo dei Carabinieri . Anni 2006 - 2009

	2006	2007	2008	2009
Corpo dei Carabinieri				
Soggetti esaminati	1.670	249	1.632	638
Soggetti positivi	5	6	14	6
% positivi	0,3	2,41	0,86	0,94

Fonte: Elaborazioni su dati del Ministero della Difesa

I controlli a campione mediante drug test sull'urina sono stati effettuati al personale in servizio fuori area sul 3% della forza effettiva e su quello in servizio in Patria sul 5% della forza effettiva; inoltre, viene sottoposto a test anche il personale aspirante all'arruolamento volontario.
Nel 2009 all'interno dell'Esercito Italiano sono stati eseguiti complessivamente 42.417 test (-12,2% rispetto al 2008) di cui 446 casi sono risultati positivi (1%). Dal 2006, anno in cui erano stati ottenuti 625 test positivi, si è assistito ad un

[1] Un soggetto viene sottoposto, in media, dai 4 ai 7 test

decremento del fenomeno fino al 2008 (la positività è stata osservata solo in 54 casi pari allo 0,1%); nel 2009 si registra, quindi, un nuovo aumento.

Marina Militare, aumentano i test

Prerequisito indispensabile per la definizione dell'idoneità all'appartenenza alla Marina Militare è la negatività al drug test sulle sostanze stupefacenti di più comune uso (oppiacei, cannabinoidi, cocaina e amfetamine), che viene effettuato obbligatoriamente in tutti i concorsi. Nel 2009 sono stati effettuati 43.958 test (+6% rispetto al 2008) e sono risultati positivi solo 7 esami (0,02%).

Aeronautica Militare, il trend dei positivi è in diminuzione

Per quanto riguarda l'Aeronautica Militare, vengono eseguiti controlli periodici dei cataboliti urinari di sostanze stupefacenti sul personale del servizio automobilistico e durante le selezioni mediche per gli arruolamenti, in cui si rileva la maggior parte dei casi di positività. Esami occasionali vengono, inoltre, eseguiti sul personale che abbia dichiarato spontaneamente l'assunzione di droghe o che sia stato oggetto di segnalazione ai servizi sanitari di Reparto per comportamenti presumibilmente attribuibili all'abuso di sostanze stupefacenti. I controlli vengono effettuati anche in ambito di selezione concorsuale di Forza Armata.

Nel 2009 sono stati eseguiti 70.258 test (+9,6% rispetto al 2008) e solo lo 0,04% è risultato positivo. La percentuale di esami positivi, quindi, continua a diminuire (0,1% nel 2007 e 0,06% nel 2008).

In relazione all'attività di prevenzione delle tossicodipendenze nelle Forze Armate ai sensi dell'art.1 comma 9 del T.U. delle leggi in materia di tossicodipendenze di cui al DPR 309/90, nel 2009 sono stati sottoposti a drug test 638 carabinieri e di questi 6 soggetti sono risultati positivi (0,9%).

Da sottolineare che nessuno dei casi risultati positivi al drug test è risultato positivo anche a test per HCV, HBV e HIV.

IV.3.5 Conclusioni

Il riscontro preliminare dei dati, sia dei lavoratori che delle forze armate, evidenzia quanto i fatti di cronaca relativi ad incidenti possano essere strettamente collegati con la conseguente assoluta necessità di porre in essere azioni di prevenzione efficaci.

Oltre quanto già accennato nel paragrafo IV.3.2 in merito alle problematiche da affrontare, di indubbio interesse e validità sono le indicazioni emerse dalla V Conferenza Nazionale sulle Droghe; da individuare in tale ambito, quale obiettivo generale la standardizzazione sul territorio nazionale delle procedure di valutazione di secondo livello nei Ser.T."[2] , dal quale ne discendono i seguenti obiettivi specifici:

- Chiarire l'impossibilità, di svolgere mansioni a rischio per pazienti con terapie al metadone e, contemporaneamente, studiare percorsi alternativi e di protezione per il mantenimento/trasferimento della persona tossicodipendente in terapia in attività lavorativa con mansioni non a rischio.
- Realizzare linee di indirizzo e/o circolari esplicative tecniche per le Regioni e P.A., in particolare per i dipartimenti delle dipendenze.
- Definire schede standard per la trasmissione dati tossicologici e clinici ai medici competenti. È necessario documentare e trasmettere ai medici competenti tutti i dati anamnestici, comprese le precedenti ed attuali terapie specifiche per la tossicodipendenza, documentare inoltre l'uso occasionale o periodico, oltre l'eventuale stato di dipendenza.
- Individuare nel medico competente il solo responsabile della certificazione di idoneità alla mansione, sulla base dei dati anamnestici, clinici e tossicologici forniti dalle strutture di II livello e dai laboratori accreditati.

Vi sono molti problemi ancora aperti ai quali si propone possibile soluzione:

- Le categorie di lavoratori da esaminare per Alcol e droghe andrebbero allineate

[2] http://www.conferenzadroga.it/media/79093/atti-conferenza%209_28.pdf

ed integrate, ciò comporterebbe un aumento delle categorie e della popolazione da testare e conseguentemente un aumento dei costi ed una diminuzione della fattibilità organizzativa, possibile soluzione l'introduzione dei test randomizzati che manterrebbero l'effetto deterrente (da considerarsi come il vero effetto preventivo) ma abbasserebbero i costi e le problematiche organizzative.
- I casi di lavoratori con patente risultati positivi ai test di I e II livello non sono soggetti a segnalazione a Prefettura o Commissione medico legale conservando quindi la patente e la possibilità di svolgere la mansione a rischio , sarebbe da valutare l'introduzione obbligatoria di segnalazione da parte del medico competente ed il ritiro immediato e revisione della patente.
- Il lavoratore con patente B con mansioni di autista di mezzi leggeri o furgoni attualmente non è soggetto ad accertamento, anche qui è auspicabile introdurre l'obbligo come per le altre categorie a rischio.
- Nella fase di pre assunzione lavorativa non è previsto alcun test di accertamento, ciò, in alcuni casi, come ad esempio nelle aziende di trasporto con soli autisti, andrebbe rivisto introducendo gli accertamenti pre assuntivi e la non assunzione in caso di riscontrata positività.
- Nelle aziende di piccole dimensioni il riscontro di positività di un lavoratore comporta seri problemi e talvolta l'impossibilità di ricollocare in altra mansione il lavoratore, questo problema, ancora aperto, per l'azienda rischia di essere insostenibile sia a livello organizzativo e finanziario.

Per il futuro il Dipartimento Politiche Antidroga (che sta anche procedendo anche alla revisione dell'Intesa) e l'apposito gruppo tecnico scientifico del progetto DTLR si impegnerà affinché :
- L'applicazione del protocollo sia sottoposta a monitoraggio e verifica di efficacia, efficienza e sostenibilità finanziaria;
- Vengano ridefinite le classi di lavoratori da sottoporre ad accertamenti con riallineamento con quelle previste in materia di alcol;
- siano ridefinite le strutture competenti di secondo livello, introducendo oltre ai Ser.T. anche altre strutture che già fanno tali compiti per controllori di volo e ferrovie.

Testo a cura di:
Lorenzo Tomasini[1], Lorenza Cretarola[1], Iulia Alexandra Carpignano[1], Nadia Balestra[1] , Bruno Genetti[1], Roberto Mollica[1], Elisabetta Simeoni[1], Giovanni Serpelloni[1] e gruppo Progetto DTLR[2] .

[1]Dipartimento Politiche Antidroga – Presidenza del Consiglio dei Ministri
[2] Giuseppe Abbritti, Massimo Accorsi, Danilo Bontadi, Giuseppe Briatico Vangosa, Gianluca Ceccarelli, Marco Ferrario, Maurizio Gomma, Elio Munafò, Gennaro Palma, Piero Patané, Luciano Riboldi .

PAGINA BIANCA

CAPITOLO IV.4.

IL PROGETTO "DRUGS ON STREET" PER LA PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI STRADALI CAUSATI DA GUIDA SOTTO EFFETTO DI ALCOL E DROGHE

IV.4.1. Il Progetto quadro NNIDAC – Network Nazionale per la Prevenzione degli incidenti stradali droga e alcol correlati – Protocollo D.O.S.

IV.4.2. Il protocollo "Drugs on Street

IV.4.3. Metodologia

IV.4.4. Risultati

IV.4.5. Conclusioni

IV.4.6. Bibliografia

IV.4. IL PROGETTO "DRUGS ON STREET" PER LA PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI STRADALI CAUSATI DA GUIDA SOTTO EFFETTO DI ALCOL E DROGHE

IV.4.1. Il Progetto quadro NNIDAC – Network Nazionale per la Prevenzione degli incidenti stradali droga e alcol correlati – Protocollo D.O.S.

Presentazione

Il protocollo Drugs on Street (D.O.S.) è un'iniziativa promossa dal Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, con l'intento di favorire la diffusione e l'attivazione a livello nazionale di attività di controllo volte alla prevenzione degli incidenti stradali causati dalla guida sotto effetto di alcol e droghe.

Questo fenomeno è spesso causa di gravi conseguenze in termini di numero di morti e di feriti che riportano anche infermità permanenti, concentrati nel fine settimana e che, spesso, coinvolgono giovani vittime.

Il Codice della Strada regolamenta la guida in stato psicofisico alterato con due articoli specifici, l'articolo 186 "Guida sotto l'influenza dell'alcool" e l'articolo 187 "Guida in stato di alterazione psico-fisica per uso di sostanze stupefacenti". Tuttavia, considerata la diffusione dei comportamenti a rischio per la sicurezza stradale nel nostro paese, compresa la guida sotto effetto di alcol e droghe, sono state intraprese numerose iniziative dal punto di vista normativo volte a rafforzarla (da ultimo il DDL AC n .44B in corso di approvazione alla Camera), oltre ad una intensificazione delle azioni di controllo e monitoraggio sulle strade.

Il progetto quadro NNIDAC

Nel corso del 2009 il Dipartimento Politiche Antidroga, infatti, ha esteso l'iniziativa alle Prefetture, agli Assessorati Regionali, alle Province Autonome e ai Comuni italiani, attraverso l'invio di materiale informativo relativo a questa iniziativa, al fine di implementare le attività di controllo sul territorio locale.

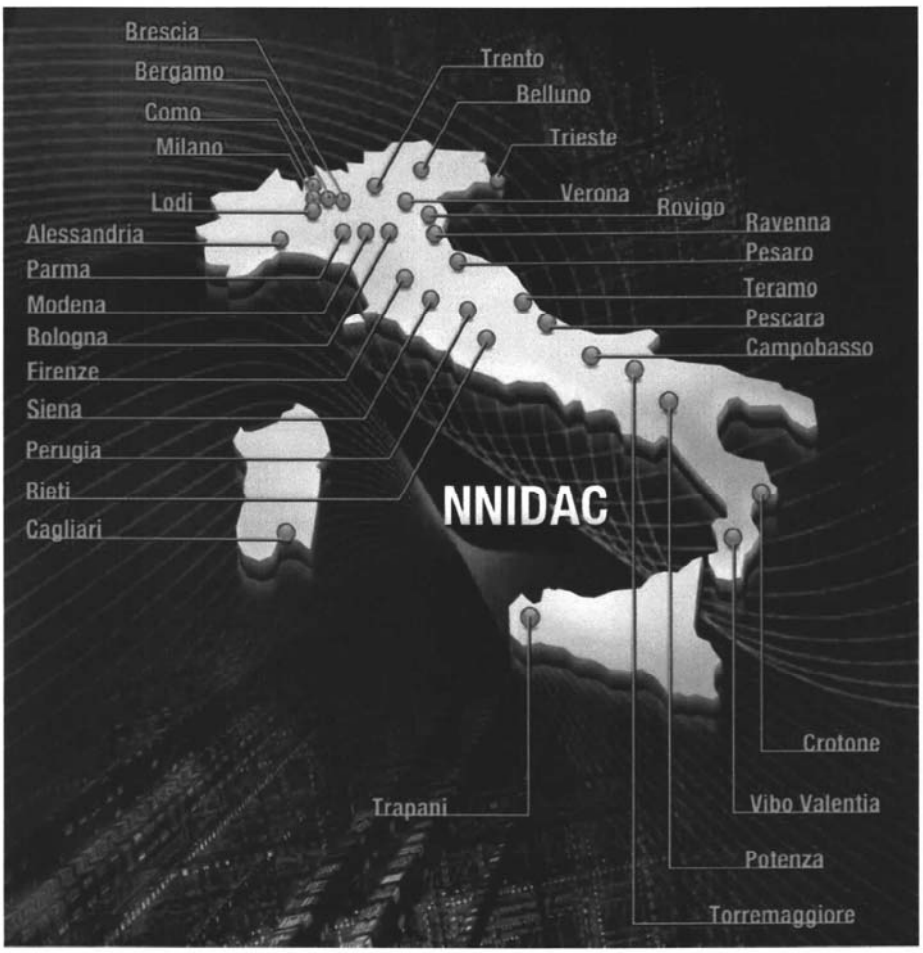
Nel 2010, attraverso la condivisione del progetto quadro NNIDAC – Network nazionale incidenti droga e alcol correlati – il protocollo D.O.S. è stato adottato a livello nazionale. Il progetto si avvale della collaborazione del Ministero dei Trasporti, del Ministero della Salute, delle Regioni e delle Province Autonome aderenti, dell'Anci e del Gruppo Tossicologi Forensi Italiani. Attualmente 29 comuni italiani, con il coordinamento delle Prefetture, hanno aderito all'iniziativa mettendo in essere progetti territoriali adattati alle esigenze locali specifiche.

Finalità

L'attività di controllo svolta attraverso il protocollo D.O.S. consente da una parte di rafforzare il numero di controlli su strada, in particolar modo per la determinazione della guida sotto effetto di droghe, e dall'altra permette un monitoraggio del fenomeno della guida sotto effetto di sostanze stupefacenti e psicotrope sul territorio.

Il protocollo consente di individuare i conducenti che pur non avendo assunto alcol, risultano comunque in stato di alterazione psico-fisica correlata all'assunzione di sostanze stupefacenti e che, con i normali controlli con etilometro, non sarebbero individuati per mancanza di strumenti adeguati, continuando a rimanere alla guida dei propri veicoli e rappresentando un rischio per sé stessi e per gli altri sulla strada.

Figura IV.4.1:: Comuni che hanno aderito al Progetto Quadro NNIDAC -Protocollo D.O.S.



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga – Presidenza del Consiglio dei Ministri

IV.4.2. Il protocollo "Drugs on Street"

Il protocollo D.O.S.

Il protocollo D.O.S. si basa sulla fattiva esperienza condotta presso il Dipartimento delle Dipendenze dell'Azienda Ulss 20 di Verona, che prosegue ormai da 3 anni. Il gruppo di lavoro permanente, istituito con il coordinamento della Prefettura di Verona, si compone di un'Unità di Diagnosi Clinica Tossicologica, composta di medici ed infermieri, e da un gruppo interforze composto di agenti e ufficiali di polizia giudiziaria (Polizia Stradale, Arma dei Carabinieri, Guardia di Finanza, Polizia Municipale, Polizia Provinciale).

I controlli sono svolti grazie alla collaborazione sinergica tra Forze dell'Ordine impegnate nell'attività di controllo su strada, e l'equipe di medici e infermieri che mettono a disposizione la propria professionalità per eseguire gli esami clinici e tossicologici necessari per l'accertamento dei reati di guida in stato psicofisico alterato da sostanze stupefacenti. Il progetto è stato testato in una prima fase sperimentale, e sulla base dei risultati positivi raggiunti, che hanno dimostrato l'efficacia degli interventi in termini di individuazione dei conducenti alla guida in stato alterato, la fattibilità organizzativa e il grado di accettabilità sia da parte degli operatori che dei conducenti, è stato adottato a livello nazionale.

L'adozione a livello nazionale è finalizzata non solo ad incrementare il numero di controlli sul territorio, ma anche a creare un effetto deterrente sul territorio soggetto all'intervento, mediante campagne di comunicazione e interventi

informativi ed educativi nelle scuole e nei luoghi di intrattenimento. Ciò rappresenta un valore aggiunto poiché, se da un lato gli interventi e le attività di prevenzione nell'ambito della sicurezza stradale in Italia sono molteplici e si differenziano per tipologia e target destinatario, dall'altra la mancanza di un coordinamento generale spesso ne limita l'efficacia al territorio di pertinenza.

IV.4.3. Metodologia

Metodologia

Le modalità operative del Protocollo "Drugs on Street" si caratterizzano per una duplice locazione delle strutture adibite agli accertamenti, in funzione del periodo stagionale: su strada durante l'estate, oppure presso una struttura sanitaria attrezzata nel periodo invernale.
I controlli outdoor, letteralmente "all'aria aperta", sono eseguiti in prossimità dei posti di blocco delle Forze dell'Ordine e prevedono l'allestimento di un'area sanitaria attrezzata con tende da campo. I controlli indoor, letteralmente "al chiuso", vengono invece svolti presso la struttura del Dipartimento delle Dipendenze di Verona che per l'occasione rimane aperta in orario notturno e offre un ambiente confortevole durante le rigide temperature invernali.
L'attività di controllo si svolge in orario notturno, dalle ore 24.00 alle ore 6.00. Il target destinatario è rappresentato dall'intera popolazione dei conducenti, fermati con criterio casuale nell'ambito dell'attività di controllo stradale.

Accertamenti

L'Unità di Diagnosi Clinica Tossicologica ha adottato un protocollo operativo che definisce la tipologia e le modalità di esecuzione degli esami clinici e tossicologici a cui sono sottoposti tutti i conducenti, indipendentemente dall'esito del test per l'alcolemia.
Il protocollo operativo prevede l'iniziale raccolta del consenso del conducente a sottoporsi agli accertamenti e una ricostruzione anamnestica dell'assunzione di sostanze psicoattive (alcol, droghe, farmaci) nelle ultime 12 ore. Si eseguono, quindi, un test di screening preliminare su urina e un esame dello stato psico-motorio specificatamente mirato alla valutazione dello stato di vigilanza, coordinamento, reattività e orientamento, anche con l'ausilio di un misuratore dei Tempi di Risposta Nervosa (TRN) a stimoli di tipo visivo ed uditivo (esami non invasivi).
In caso di esito positivo dei test preliminari, e solo dopo aver ottenuto il consenso diretto dell'interessato, viene proposto il prelievo di sangue (non obbligatorio e volontario) che, assieme agli altri campioni biologici raccolti, viene inviato in laboratorio per l'analisi di verifica e conferma con metodi gas cromatografici. La diagnosi di positività, quindi, viene formulata sulla base di più elementi concordanti (dichiarazione di assunzione, visita medica, test di screening, esami strumentali, esami di laboratorio). Gli accertamenti si concludono con l'emissione finale di un referto diagnostico per le competenti Autorità.
Di seguito vengono presentati i dati relativi all'attività di controllo condotta presso il Dipartimento delle Dipendenze Azienda Ulss 20 di Verona. I risultati descritti si riferiscono ad un campione di conducenti sottoposti ad accertamenti clinici e tossicologici, fermati con criterio casuale tra la popolazione dei conducenti sul territorio veronese, in fascia oraria notturna (24.00 - 6.00) compresa tra venerdì e sabato.

IV.4.4. Risultati

Durante l'attività di controllo, svolta tra agosto 2007 e maggio 2010 nel comune e nella provincia di Verona, sono stati sottoposti ad accertamenti clinici e tossicologici oltre 1.100 conducenti, per la maggior parte maschi (88,2%), con un'età media di 30 anni. Tra i conducenti fermati, la fascia d'età maggiormente rappresentata corrisponde ai 21-30 anni (vedi Tabella IV.4.1).

Conducenti esaminati

Tabella IV.4.1: Caratteristiche socio-anagrafiche e positività riscontrate sui conducenti a seguito degli accertamenti clinici tossicologici.

Caratteristiche	N	% c
Genere		
Maschi	1002	88,2
Femmine	134	11,8
Totale	1136	100
Nazionalità		
Italiani	961	84,6
Stranieri	175	15,4
Età media		
Maschi	30,4 (± 9,2)	
Femmine	27,3 (± 7,0)	
Totale	30,0 (± 9,0)	
Classi di età		
<= 20 anni	133	11,7
21 – 25 anni	298	26,2
26 – 30 anni	241	21,2
31 – 35 anni	196	17,3
36 – 40 anni	119	10,5
>= 41 anni	149	13,1
Esiti degli accertamenti		
Conducenti negativi	604	53,2
Conducenti positivi	532	46,8
Positività riscontrate		
Alcol (art. 186 C.d.S.)	317	59,6
Droghe (art. 187 C.d.S.)	116	21,8
Alcol e droghe (artt. 186, 187 C.d.S.)	99	18,6
Totale	532	100
Tra i conducenti negativi all'alcol (720), il 16,1% (116) risulta positivo alle droghe		

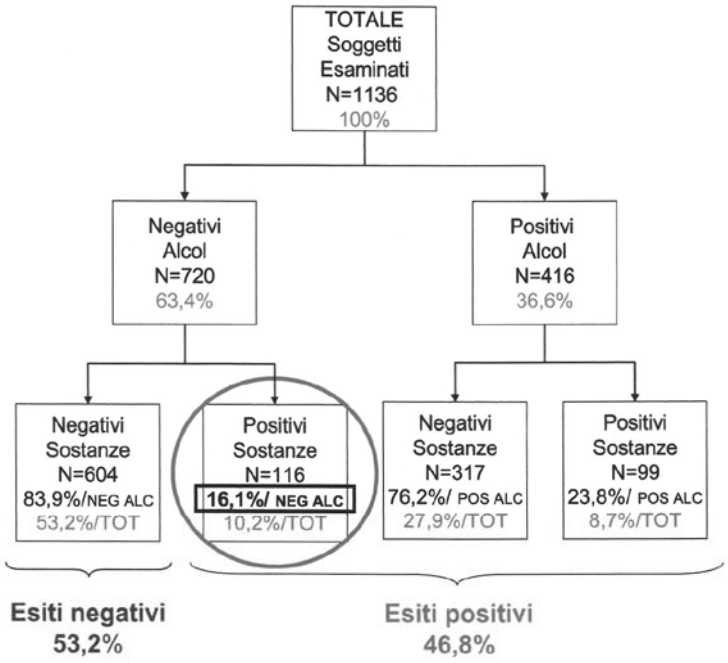
Fonte: Elaborazione su dati Dipartimento Dipendenze ULSS 20 Verona

Positività riscontrate

Rispetto all'intero campione di conducenti che hanno eseguito i controlli, è emersa una positività all'alcol, alle droghe o all'associazione di alcol e droghe pari al 46,8%. In particolare, tra coloro che sono risultati negativi ai controlli con alcolimetro, il 16,1% è risultato invece positivo agli accertamenti tossicologici. Tra i conducenti positivi all'etilometro (36,6%), la metà (50,2%) ha un tasso alcolemico compreso tra 0,8 – 1,5 g/l (fino a 3 volte il limite legale consentito, pari a 0,5 g/l), il 31,2% un'alcolemia compresa tra 0,5 – 0,8 g/l e il restante 18,6% un'alcolemia superiore a 1,5 g/l cui corrisponde la confisca del veicolo.

Figura IV.4.2: Esiti degli accertamenti riscontrati nel campione di conducenti esaminati.

Esiti degli accertamenti



Fonte: Elaborazione su dati Dipartimento Dipendenze ULSS 20 Verona

Sostanze psicoattive

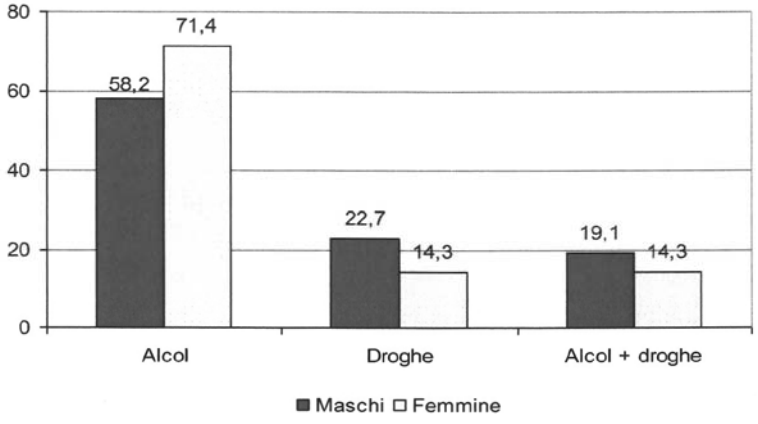
Tra i conducenti risultati positivi alle droghe (circa 19%), la cannabis è la sostanza riscontrata con maggiore frequenza (55,5% dei casi) e svolge un ruolo principale nel determinismo di incidenti stradali sia per la frequenza d'uso nella popolazione generale, sia per gli effetti conseguenti l'assunzione, seguita dalla cocaina (37%), dagli oppiacei (3,9%) e dalle amfetamine (3,5%).

Un fenomeno riscontrato con una certa frequenza riguarda la poliassunzione, ossia l'assunzione contemporanea di diversi tipi di droghe o l'associazione di alcol e droghe. La poliassunzione più frequente di droghe è quella che combina cannabis e cocaina (58,3% dei casi); frequente anche l'associazione di alcol e cannabis (45,5%) o alcol e cocaina (41,4%).

Dal confronto tra conducenti maschi e femmine risultati positivi agli accertamenti tossicologici, le conducenti femmine hanno una maggiore positività all'alcol rispetto agli uomini (71,4% vs 58,2%), mentre i conducenti di sesso maschile risultano positivi in percentuale maggiore alle droghe o all'uso combinato di alcol e droghe.

Figura IV.4.3: Positività alle sostanze psicoattive riscontrate tra i conducenti esaminati, distinti secondo il genere (%)

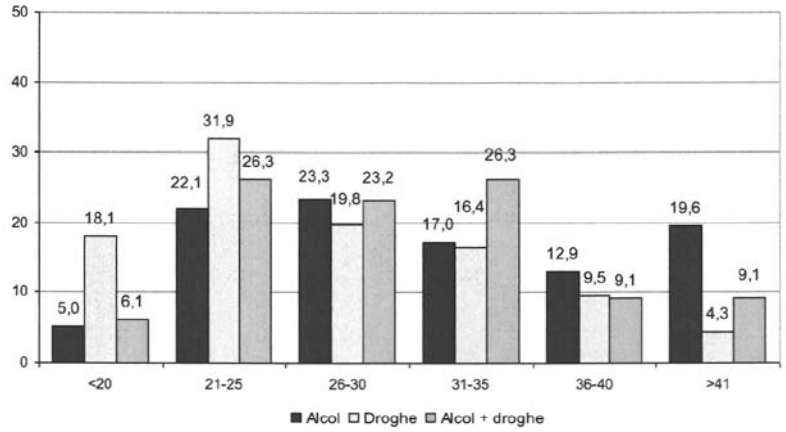
Positività ad alcol e droghe secondo il genere



La percentuale più alta di positività alle droghe è stata riscontrata nella fascia d'età 21-25 anni (circa 32%), mentre l'associazione di alcol e droghe è più frequente nei conducenti di 31-35 anni (26,3%).
Le conducenti di genere femminile risultate positive agli accertamenti sono, in media, più giovani di 3 anni rispetto ai conducenti di genere maschile (28 anni vs 31 anni). In media, i conducenti positivi all'alcol sono più vecchi rispetto a quelli risultati positivi alle droghe (32,6 anni vs 27 anni).

Figura IV.4.4: Positività alle sostanze psicoattive riscontrate tra i conducenti esaminati, distinti per fasce d'età (%).

Positività alle sostanze e fasce d'età



IV.4.5. Conclusioni

L'attività di controllo svolta attraverso il progetto "Drugs on Street" consente da una parte di rafforzare il numero di controlli su strada, in particolar modo per la determinazione della guida sotto effetto di droghe, e dall'altra permette un monitoraggio del fenomeno della guida sotto effetto di sostanze stupefacenti e psicotrope nella nostra città. La promozione del protocollo a livello nazionale e l'applicazione dello stesso in numerosi comuni italiani, sono rappresentative dell'impegno costante da parte delle agenzie governative per ridurre e prevenire incidenti, morti e feriti evitabili, non solo grazie ai controlli ma anche, e soprattutto, attraverso il rispetto delle norme del Codice stradale.

Diana Candio[1], Giovanni Serpelloni[2], Claudia Rimondo[1], Angelina De Simone[2]

[1] Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona
[2] Dipartimento Politiche Antidroga - Presidenza Consiglio Ministri

IV.4.6. Bibliografia

1. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Drugs and Driving. Selected Issue, 2007
2. Ferrara SD, Snenghi R, Boscolo M (a cura di), Idoneità alla guida e sostanze psicoattive, Piccin Nuova Libraria
3. Istat, Incidenti stradali. Anno 2008, Roma 2009
4. Fondazione Filippo Caracciolo, La guida in stato di ebbrezza nel contesto internazionale, Centro Studi ACI 2010
5. Macchia T., Sostanze psicotrope ed insicurezza stradale, Istituto Superiore di Sanità, Roma, 2006, 1-23
6. Montagna M., Polettini A., Studio interistituto sostanze psicoattive e incidenti stradali mortali, Gruppo Tossicologi Forensi S.I.M.L.A., Firenze 1994
7. Rettondini M., Il laboratorio nel dosaggio di screening delle sostanze d'abuso: la qualità analitica. In: Il laboratorio e il problema delle droghe d'abuso, EsaDia

2004, 20: 21-25

8. Riz R., Il consenso dell'avente diritto, Padova 1979, 43
9. Sweedler B.M. Worldwide trends in alcohol and drug impaired driving, Proc. 18th Int. Conf. Alcohol, Drugs and Traffic Safety, Seattle, Washington, U.S., August 2007
10. Toennes S.W., Steinmeyer S., Maurer H.J., Moeller M.R., and Kauert G.F., Screening for Drugs of Abuse in Oral Fluid: Correlation and Analysis Results with Serum in Forensic Cases. J.Anal.Toxicol. 2005, 29: 127-132
11. Taggi F., Macchia T., La necessità dell'attuazione di controlli integrati per il contrasto della guida sotto l'influenza di alcol e di sostanze psicotrope, in "Aspetti sanitari della sicurezza stradale", Progetto Datis – II rapporto, Istituto Superiore di Sanità, Roma 2003
12. Taggi F., Giustini M., Macchia T., Sostanze d'abuso ed incidenti stradali: considerazioni epidemiologiche ed analitiche. In: Taggi F., Di Cristofaro Longo G., I dati sanitari della sicurezza stradale. Progetto Datis, ISS Roma, 2001, 75-88
13. Varani E., I trattamenti sanitari tra obbligo e consenso (il punto della situazione), in Archivio giuridico "F. Serafini", 211, 1991, 89
14. WHO, Drinking and Driving: a Road Safety Manual for Decision Makers and Practitioners, Geneva, Global Road Safety Partnership, 2007

CAPITOLO IV.5.

NEUROSCIENZE E DIPENDENZE: UNA NUOVA OPPORTUNITÀ DI INNOVAZIONE PER I DIPARTIMENTI DELLE DIPENDENZE

IV.5.1. Introduzione

IV.5.2. Premesse

IV.5.3. Le acquisizioni scientifiche

IV.5.4. Utilità ed applicabilità

IV.5.5. Una nuova modellistica

IV.5.6. Quali possibili ricadute

IV.5.7. Dalla ricerca alla pratica clinica: le collaborazioni possibili e le strategie innovative

IV.5.8. Le nuove "offerte"

IV.5.9. Bibliografia

IV.5. NEUROSCIENZE E DIPENDENZE: UNA NUOVA OPPORTUNITÀ DI INNOVAZIONE PER I DIPARTIMENTI DELLE DIPENDENZE

Tratto da: Elementi di Neuroscienze e Dipendenze. Manuale per operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze.. A cura di Giovanni Serpelloni, Francesco Bricolo e Maurizio Gomma (2010).

IV.5.1. Introduzione

Nell'ambito delle attività del Dipartimento Politiche Antidroga si è definito un obiettivo che riguarda la promozione e la realizzazione di studi e ricerche applicate in ambito specialistico che hanno come area di intervento e base di riferimento la disciplina delle neuroscienze ed in particolare del neurotraining.

Neuroscienze e nuovi modelli interpretativi

I correlati neurali, funzionali e strutturali sono infatti oggi rilevabili attraverso nuove tecnologie come la PET, la fMRI la VBM-MRI, che riportano evidenze in grado di condurre a nuovi modelli interpretativi e, sulla base di questi, quindi, a nuovi modelli di diagnosi, cura e riabilitazione nell'ambito delle dipendenze. Pertanto, si è dato via ad un percorso che porti i dipartimenti delle dipendenze, i genitori, gli insegnanti, gli educatori, a poter disporre e ad acquisire nuove informazioni, ricerche e visioni in questo ambito, anche al fine di introdurre elementi di innovazione in un sistema sociale e sanitario che molto spesso si è trovato in condizioni di forte ritardo rispetto alla rapida evoluzione del fenomeno droghe e tossicodipendenza.

Con i progressi scientifici fatti di recente ed il significativo cambio di mentalità del settore, siamo diventati sempre più consapevoli della necessità di affrontare il consumatore di sostanze in ambito multidisciplinare. Ecco quindi lo sviluppo di un approccio educativo, che prenda spunto dalle evidenze scientifiche, potrà essere di ausilio alle famiglie e alle figure educative in generale che hanno un ruolo cruciale nella crescita professionale dei nostri operatori per il bene dei giovani e che possono contribuire, con le loro azioni e il loro lavoro quotidiano, a prevenire quanto più possibile che questi giovani si avvicinino al mondo delle droghe e che le persone con dipendenza possano essere meglio curate e comprese nella loro malattia.

IV.5.2. Premesse

Prima di entrare nell'ambito delle neuroscienze è necessario introdurre alcuni principi e criteri che stanno alla base di un approccio alla tossicodipendenza moderno e scientificamente orientato. In sintesi si riportano alcune premesse e principi di base:

Un approccio alla tossicodipendenza scientificamente ed eticamente orientato

- La dipendenza patologica è una malattia del cervello che può cronicizzare ma che è comunque prevenibile e curabile;
- La maturazione del cervello si completa all'età di circa 21 anni entro la quale è necessario preservare tale struttura da stimoli nocivi derivanti da sostanze psicoattive. Contemporaneamente è necessario attivare e mantenere tutte le attività in grado di stimolare correttamente il cervello per una crescita armonica all'interno di uno stile di vita sano;
- Esistono fattori di rischio che possono creare uno stato di vulnerabilità all'addiction, alcuni dei quali sono geneticamente determinati ed altri, egualmente importanti, sono in ambito psicologico, educativo, socioambientale;
- Esistono anche fattori protettivi che possono essere rinforzati e promossi mediante specifici interventi e attività, in grado di ridurre i rischi di addiction;

- L'approccio corretto al problema è di tipo interdisciplinare: neuroscienze, psicocomportamentale, educativo, sociale, e ambientale sia in termini di conoscenza dei meccanismi fisiopatologici che di trattamento;
- Il forte ritardo di diagnosi riscontrato relativamente all'uso di sostanze e/o all'addiction nei giovani comporta gravi conseguenze mediche, psichiche e sociali per l'individuo. E' pertanto necessario concentrare l'attenzione con specifici programmi di diagnosi precoce, sulle persone minori con il coinvolgimento attivo e diretto dei genitori;
- E' necessario mantenere una costante formazione e aggiornamento degli operatori professionali e del volontariato (parte importante del sistema assistenziale) oltre a sviluppare l'ambito della ricerca clinica e sociale anche mediante l'attivazione di collaborazioni europee e internazionali con i più accreditati centri di ricerca.

L'influenza delle sostanze stupefacenti sul comportamento sociale

Le neuroscienze oggi rappresentano il punto centrale per la comprensione futura di come realmente le sostanze stupefacenti influenzano i comportamenti ma anche le loro conseguenze e l'impatto che possono avere sulla società nel suo complesso. Conoscere le diverse aree e le strutture cerebrali, ma soprattutto il loro funzionamento e come esso varia sotto l'influsso delle droghe, sarà la base su cui appoggiare la corretta comprensione del fenomeno e definire le future modalità di intervento. Ancora più importante sarà comprendere l'influenza di tali sostanze nel deviare il fisiologico sviluppo e la maturazione cerebrale degli adolescenti che consumano droghe in un'età in cui il loro Sistema Nervoso Centrale sta strutturando complesse connessioni e specializzando importanti funzioni cognitive.

Lo studio di questi aspetti ci ha permesso di comprendere come le sostanze stupefacenti siano in grado di alterare le strutture cerebrali con compromissione della motivazione, dell'apprendimento e della gratificazione (Bechara, A., Nader, K. And Vander Kooy, D., 1998; Phillips, A. G., Ahn, S. and Howland, J. G., 2003; White, N.M., 1996; Tiffany, S.T., 1990; Grace, A.A.,1995) inquadrando molti disturbi e comportamenti che prima di queste ricerche venivano ascritti all'area della "forza di volontà personale e dell'impegno individuale della morale" al cambiamento senza comprendere le basi neurobiologiche di questi aspetti.

Allo stesso modo si è potuto ben definire il danneggiamento del ragionamento sociale e dei processi di decision making in seguito all'uso di droghe (Adolphs,R., 2003; Stone, IV.E., Cosmides, L., Tooby, J., Kroll, N. and Knight, R.T., 2002). Vari studi di Imaging hanno mostrato che queste disfunzioni del controllo volontario erano in relazione con alterazioni dell'area prefrontale (Frith, C.D., Friston, K., Liddle, P.F. and Frackowiak, R.S., 1991; Zhu, J., 2004; Spence, S.A., Hirsch, S. R., Brooks, D.J. and Grasby, P.M., 1998) dimostrando implicazioni anche con importanti patologie come la schizofrenia (Spence, S.A., Hirsch, S. R., Brooks, D.J. and Grasby, P.M., 1998; Marshall, J.C., Halligan, P.W., Fink, G.R., Wade, D.T. and Frackowiak, R.S., 1997) e aprendo così un nuovo modo di interpretare e leggere clinicamente ed operativamente queste patologie, di diagnosticarle e probabilmente di curarle.

Nuove politiche di prevenzione e programmi di diagnosi precoce

Sulla base delle nuove conoscenze, soprattutto relative alla maturazione cerebrale (vedi avanti), che si completa dopo i 20 anni, dovremo anche riconsiderare tutte le politiche di prevenzione e soprattutto la necessità di attivare specifici programmi di diagnosi precoce per identificare quanto prima possibile l'uso di sostanze soprattutto nelle persone minori (12-20 anni). Ad oggi, tale aspetto viene quasi totalmente trascurato procurando gravi ritardi negli interventi e permettendo così che moltissimi giovani restino sotto l'influsso sicuramente neurotossico delle varie sostanze dai 5 agli 8 anni prima di arrivare all'osservazione specialistica. È chiaro che i danni ai sistemi neuropsichici di un cervello in piena evoluzione sono gravissimi e sicuramente proporzionali al tempo di esposizione e alla precocità dell'inizio d'uso. Queste e moltissime altre evidenze stanno arricchendo le nostre conoscenze portandoci all'interno di un nuovo percorso di crescita professionale

che non può più essere ignorato dai dipartimenti delle dipendenze. Una innovazione che ci è richiesta dalla stessa patologia che non può più essere affrontata attraverso i vecchi schemi e le obsolete conoscenze che, anche se con molta fatica, serietà ed impegno in questi anni, gli operatori dei sistemi regionali deputati alla cura dei tossicodipendenti hanno appreso ed approfonditi.
I sistemi regionali e i dipartimenti delle dipendenze deputati all'assistenza alle persone tossicodipendenti hanno infatti ormai da anni necessità di una profonda innovazione e di ristrutturare i loro modelli clinico-osservazionali e di intervento.
La ricerca scientifica e soprattutto le neuroscienze nell'area delle dipendenze possono costituire un importante stimolo di riflessione ma anche una nuova chiave di lettura del fenomeno oltre che la base per poter rivalutare se e come reimpostare i nostri modelli interpretativi e quindi di risposta a questa complessa patologia. Un ulteriore ed importante aspetto che si va sempre meglio delineando è quello relativo all'intreccio tra neuroscienze e scienze dell'educazione dove si è potuto constatare la grande utilità sia per la ricerca che per la pratica professionale di mettere insieme le due discipline al fine di avere modelli interpretativi ed operativi più efficaci e valutabili.

Un nuovo approccio educativo basato sulle neuroscienze

Questa seconda edizione del manuale pertanto vuole essere un ulteriore contributo per promuovere ancora di più la riflessione in questo senso soprattutto tra gli operatori delle dipendenze e tra chi si deve occupare della programmazione regionale in questo campo affinché si possano cercare nuove strade e nuove strategie di azione in un contesto di nuovo bisogno socio-sanitario che sempre più si discosta e viene sempre meno soddisfatto dall'attuale sistema di risposta.

IV.5.3. Le acquisizioni scientifiche

Dal mondo scientifico è ormai da tempo acquisito che l'addiction è una malattia del cervello che può cronicizzare ma che è comunque curabile e questo emerge da oltre 25 anni di ricerche (Leshner, 1997) che, attraverso studi provenienti da diverse aree della conoscenza, hanno potuto definire molti aspetti di questa complessa patologia.

La dipendenza è una malattia del cervello che può cronicizzare ma è curabile

Affermare questa semplice evidenza potrebbe sembrare ovvio ma in realtà dietro all'accettazione di questa affermazione sta un nuovo modo, non sempre condiviso, di leggere ed interpretare e approcciare il fenomeno ed è la chiave di partenza per una lettura basata sulla corretta interpretazione dei meccanismi fisiopatologici correlati all'addiction.
Sicuramente, un grande contributo nel definire meglio questi meccanismi è stato dato proprio dalle neuroscienze e negli ultimi anni soprattutto dalle tecniche di neuroimmagine (FRMI, MRI, PET, SPECT, ecc.) che oggi permettono di evidenziare e rappresentare non solo le strutture ma anche il funzionamento e le attività delle aree e delle connessioni cerebrali variamente coinvolte nei processi disfunzionali che portano alla dipendenza (Fowler, 2007). In tale contesto hanno potuto trovare conferme precedenti studi sviluppati in campo neurobiologico e relativi ai recettori e ai sistemi dopanimergici fortemente coinvolti nello sviluppo e mantenimento dell'addiction.

I progressi delle tecniche di neuroimaging

Già da tempo, studi strutturali avevano evidenziato differenze nei lobi prefrontali dei poliassuntori (Liu X. 1998, Stapleton 1993, Volkow, 1991) rispetto ai gruppi di controllo (non assuntori) evidenziando e documentando lesioni cerebrali correlate all'uso di sostanze stupefacenti. Tali studi vennero, in seguito, riconfermati anche grazie all'impiego di tecnologie più avanzate (Schlaepfer 2006). Un grande e ulteriore apporto è giunto successivamente con l'utilizzo di tecniche in grado di cogliere non solo le caratteristiche strutturali ma anche quelle funzionali dell'attività cerebrale, quali la risonanza magnetica funzionale (fMRI) e la tomografia a emissione di positroni (PET), che hanno permesso di osservare differenziati aspetti collegati al funzionamento e alle attività cerebrali sotto l'azione di sostanze stupefacenti, oltre che a cambiamenti strutturali di particolari

aree del cervello in seguito all'uso ripetuto di sostanze.
Importanti osservazioni al proposito sono state fatte già da alcuni anni in merito all'attività di strutture fondamentali, quali il nucleo accumbens (NAc) (Breiter 1997), e altre aree cerebrali coinvolte nei meccanismi di "craving" (Kufahl 2005, Risinger 2005), aprendo nuove prospettive di conoscenza per la comprensione del meccanismo che porta alla conservazione dello stato di addiction.
Oggi infatti, il craving ed il suo correlato comportamentale di ricerca attiva della sostanza, può essere "visualizzato" attraverso una "mappatura" delle aree cerebrali che si attivano in relazioni a stimoli trigger in grado di elicitare tale condizione. Anche se questa può sembrare una semplice osservazione strumentale di fenomeni cerebrali, essa assume una forte importanza da un punto di vista clinico nel momento in cui si riesca a differenziare, per esempio, aree e attività a più alto rischio o stimoli più o meno evocanti e attivanti attraverso lo studio di paradigmi differenziati usati per esempio nella risonanza magnetica funzionale.

La mappatura delle aree del carving

Anche se questi esami ad oggi non sono alla portata comune dei dipartimenti delle dipendenze non è da escludere che nell'arco di qualche anno tale disponibilità, con i progressi tecnologici e la maggiore diffusione di questi strumenti, possa diventare molto più alta.
Varie osservazioni (Wexler 2001, Paulus 2002, Kauman 2003) hanno in seguito permesso di comprendere sempre meglio il ruolo di potenziale "controller" di varie aree della corteccia prefrontale in seguito all'attivazione del craving o nel processo decisionale nel controllo cognitivo e comportamentale.
L'area prefrontale infatti, è la sede elettiva delle funzioni razionali e del controllo del comportamento. Queste ulteriori osservazioni e il loro successivo approfondimento ci permetteranno di comprendere ancora meglio quali siano i meccanismi efficaci e la loro "maturazione", che portano per esempio la maggior parte degli individui a sviluppare un comportamento naturale di estinzione dell'addiction con il progredire dell'età.
I dati epidemiologici generali infatti ci mostrano come la dipendenza da eroina si auto estingua naturalmente nella maggior parte dei casi nell'arco di 6-8 anni, indipendentemente dai trattamenti eseguiti. È presumibile pensare, e forse anche sperare, che tale comportamento risulti in relazione con modificazioni cerebrali che comportino un minor grado di attività e quindi di effetto delle aree del craving ed una maggior influenza di controllo delle aree prefrontali.
Contemporaneamente, altri studi hanno messo in relazione le osservazioni strutturali e funzionali con evidenze in ambito genetico (Li 2008) dimostrando la probabilità di correlare osservazioni morfofunzionali e genetiche al fine di interpretare e comprendere la maggiore vulnerabilità alle droghe di alcuni soggetti (Mattay 2003, Hariri 2002).

Osservazioni morfofunzionali e genetiche e vulnerabilità alle droghe

In particolare, la risonanza magnetica funzionale ha consentito di dimostrare la relazione esistente tra craving per la cocaina e stress (Duncan 2007) entrando quindi in argomenti e campi in cui, fino a qualche anno fa, non si sarebbe mai pensato che la neuroradiologia potesse dare contributi così importanti. La correlazione stress e vulnerabilità all'addiction è nota da tempo, come è noto da tempo che gli individui presentano risposte diversificate allo stress e che queste possono essere dei predittori interessanti proprio per la vulnerabilità all'addiction. (Piazza PV, 1996; Andrews JA et al, 1993; Leshner AI., 2000; Black DW, Gabel J, Hansen J, Schlosser S., 2000; Hall GW, Carriero NJ, Takushi RY, Montoya ID, Preston KL, Gorelick DA., 2000).
Altre tecniche basate sulla medicina nucleare (PET e SPECT) hanno permesso di acquistare ulteriori evidenze (Fowler 2003, Kung 2003) sui sistemi recettoriali cellulari e sul metabolismo dei neurotrasmettitori consegnando ai ricercatori delle precise mappature attraverso l'utilizzo di radiotracciati che permettono la misurazione del metabolismo cerebrale del glucosio.

La medicina nucleare

In questo modo si è potuto anche comprendere meglio il ruolo della dopamina nell'euforia conseguente all'uso di sostanze (Volkow 2003) e,

contemporaneamente, come e quanto alcuni stimolanti, per esempio le metamfetamine, riducano l'attività cellulare nelle aree del cervello deputate alla capacità di giudizio (Bolla 2003), quale la corteccia orbitofrontale, importante nei processi decisionali strategici.

"Cambia la mente e cambierai il cervello" era il titolo di un interessante articolo di Paquette IV. (2003) che analizzava e dimostrava gli effetti e le modificazioni strutturali e funzionali conseguenti al trattamento della fobia specifica per i ragni basata su psicoterapia cognitivo comportamentale (C.C.). In questo lavoro Pasquette ha dimostrato la capacità della psicoterapia cognitivo-comportamentale di creare modificazioni dell'attività e della struttura neuronale, dimostrando la capacità di indurre modificazioni fisiche del sistema nervoso con conseguenti importanti modificazioni psichiche. Questo fenomeno di rimodellamento delle strutture cerebrali viene definito neuroplasticità e potrebbe svolgere un importantissimo ruolo anche nel superamento delle dipendenze da sostanze.

La psicoterapia cognitivo-comportamentale

Altri autori (King J.A. 2006) hanno analizzato con studi di neuroimaging le attivazioni cerebrali in caso di comportamenti violenti o compassionevoli e quali siano le aree coinvolte nei processi decisionali. Anche la conoscenza quasi "topografica" di questi aspetti e meccanismi di decisione potrebbero avere grande utilità nella prevenzione e nella clinica delle dipendenze.

IV.5.4. Utilità ed applicabilità

Come è possibile intuire, lo studio e l'approfondimento di queste tematiche da parte degli operatori dei dipartimenti delle dipendenze consentirebbe loro di acquisire informazioni importantissime sui meccanismi fisiopatologici dell'addiction cosa che necessariamente comporterà una profonda trasformazione nell'attuale modello concettuale di riferimento alla base dei percorsi diagnostici e terapeutici. Quello che vorremmo venisse colto è proprio questo aspetto di come un approfondimento ed un orientamento verso le neuroscienze anche nel campo dell'addiction potrebbe far cambiare profondamente e sicuramente in meglio anche la nostra operatività quotidiana e il rapporto con i nostri pazienti.

Comprendere i meccanismi psico-neurobiologici che stanno alla base di determinati comportamenti di assunzione è il primo passo necessario per un loro corretto inquadramento e per il progetto di cura. La consapevolezza di che cosa succede durante la scatenamento di un craving e di come il nostro cervello reagisce e quali funzioni usa per controllarlo o assecondarlo, non può che far aumentare quel grado di autocoscienza nel paziente e nel terapeuta che serve per cominciare a risolvere il problema partendo da basi di oggettività scientifica e non di sola percezione soggettiva.

Lo studio dei comportamenti d'assunzione attraverso i meccanismi psico-neurobiologici

Un altro grande vantaggio di questo approccio innovativo è la possibilità di monitorare meglio anche a livello strutturale e funzionale cerebrale (e non solo comportamentale), l'evoluzione e i risultati dei trattamenti.

Tutto questo potrebbe rappresentare semplicemente un sogno per alcuni ma noi preferiamo viverlo come una speranza per i nostri pazienti, una speranza sostenuta da innumerevoli contributi scientifici che sempre più ci vengono offerti dai ricercatori di tutto il mondo.

È necessario inoltre, fare riferimento anche a una nuova prospettiva di natura neuropsicologica (Yńcel M. et al. 2007) per capire ed interpretare ancora meglio la tossicodipendenza e gli interventi possibili, clinici, educativi, sociali.

I disturbi psichici andrebbero allora analizzati in relazione ai correlati neurali, funzionali e strutturali rilevabili con le tecniche neuroradiologiche classiche quali la TAC, la MRI ma anche la PET, la fMRI, la VBM-MRI. Tutto questo al fine di avere una più solida base di evidenza.

Risulta interessante anche la tendenza segnalata da C. A. Boettiger (2007) a scegliere gratificazioni minori ma immediate invece di gratificazioni maggiori e posticipate nel tempo, caratteristica peculiare di alcolismo e dipendenze in

generale. Fino a oggi poco si sapeva dei processi neurobiologici alla base di questo comportamento. Lo studio coordinato da Charlotte A. Boettiger, ricercatore all'Ernest Gallo Clinic & Research Center (EGCRC) - University of California San Francisco (UCSF), pubblicato recentemente sul Journal of Neuroscience, ha chiarito il funzionamento neurobiologico delle regioni cerebrali attivate dai processi di scelta fra gratificazioni immediate o posticipate. Lo studio è stato condotto su un gruppo di 9 alcolisti in trattamento (sobri) e 10 controlli senza storia di alcolismo e/o dipendenza, impegnati in un compito di decisione e sottoposti a scan di risonanza magnetica funzionale (fMRI) con tecnica BOLD (bloodoxygen-level dependent). I ricercatori hanno dimostrato che i siti di attivazione in caso di tendenza alla gratificazione immediata risultano essere la corteccia parietale posteriore (PPC), la corteccia prefrontale dorsale (dPFC) e le regioni del giro paraippocampale rostrale; mentre in caso di gratificazioni più consistenti ma fruibili dopo un'attesa la regione corticale maggiormente attivata risulta essere quella orbitofrontale. Lo studio ha anche messo in luce come il genotipo al polimorfismo Val158Met del gene della catecol-O-metiltransferasi (COMT, che regola i livelli della dopamina nel cervello), risulti predittivo sia del comportamento di scelta impulsiva sia dei livelli di attività nella dPFC e e nella PPC durante la presa di decisioni (decision making). "Le persone non sarebbero dunque tanto schiave del piacere, quanto carenti cognitivamente nella presa di decisioni" ha dichiarato la Boettiger, docente di psicologia alla University of North Carolina e ricercatore alla EGCRC.

La ricostruzione dei meccanismi eziopatogenetici di partenza e la loro rappresentazione mediante tecniche di neuroimaging diventa, quindi, non solo un ampliamento delle basi di conoscenza fine a se stessa, ma sta fortemente condizionando l'interpretazione di questi fenomeni, delle "ragioni" di tali comportamenti e, soprattutto, delle reali possibilità e delle migliori modalità di intervento, valutate anche alla luce di queste nuove modalità di osservazione e rappresentazione dell'addiction.

Tutto questo senza mai dimenticare un fattore importantissimo di interpretazione: l'individuo vive all'interno di un ambiente, di una società, con cui interagisce costantemente e da cui riceve stimoli, condizionamenti, opportunità e deterrenti che ne condizionano i comportamenti e le scelte.

IV.5.5. Una nuova modellistica

Come è comprensibile, tutte queste informazioni, se opportunamente utilizzate nella pratica clinica, possono portare a riformulare i modelli interpretativi della patologia ma, soprattutto, i modelli di diagnosi, di cura, di riabilitazione e di valutazione dell'efficacia reale delle varie terapie.

La neuroscienza: un'opportunità contro la resistenza al cambiamento

Siamo di fronte a una grande opportunità di conoscenza, fondata su aspetti sicuramente innovativi ma che, proprio per tale motivo, possono creare anche diffidenza e resistenza al cambiamento, soprattutto all'interno di un complesso sistema assistenziale come quello italiano che risente fortemente, sia in termini organizzativi sia nei sistemi in uso per l'allocazione delle risorse, di un approccio ideologico più che scientificamente orientato.

Non è un caso che, nel nostro Paese, la maggior parte del tempo e degli sforzi profusi in relazione al problema droga e addiction vengano dedicati soprattutto a perseguire forti e aspri dibattiti e confronti politico/ideologici e molto poco, invece, alla ricerca e/o allo "sfruttamento" dei risultati delle ricerche e alla trasformazione in attività cliniche e modalità organizzative coerenti, di queste evidenze oltre che di argomentazioni di cura sempre più orientate da questi "drive" scientifici. Ciò rappresenta una nuova opportunità, quindi, per i vari sistemi sociosanitari regionali e per il nostro Paese, se si saprà cogliere il "lato giusto" della novità e trasformare la stessa in azioni concrete e in sistemi organizzati di risposta al fenomeno droga.

IV.5.6. Quali possibili ricadute

L'impatto sulle politiche di prevenzione, la cura e la terapia dell'addiction

Per comprendere quanto sia necessario e utile cambiare la nostra prospettiva di intervento sulla base delle nuove innumerevoli evidenze, è sufficiente prendere in considerazione la ricaduta che queste possono avere sulle politiche di prevenzione mirate agli adolescenti (relativamente all'uso, e non solo l'abuso, di droghe o alcol) derivanti dagli studi sulla maturazione cerebrale e sullo sviluppo così come può essere oggi visualizzato, anche dai più increduli, con tecniche di risonanza magnetica funzionale (Lenroot 2006, Paus 2005). Basti pensare, inoltre, a come, alla luce di questi studi e di altri condotti in ambito psico-comportamentale psichiatrico (Moore 2007), non sia accettabile il rischio derivante dal solo "uso non problematico" – se mai potesse esistere un uso non problematico di sostanze stupefacenti nel cervello in sviluppo di un adolescente – di droghe quali la "semplice" cannabis e le metamfetamine.

Da questi studi, ma in particolare da Amodio D. M. e Frith C. D. 2006, si è potuto evidenziare come importantissime funzioni psichiche, esecutive e sociali, quali la "working memory"(memoria di lavoro), il controllo inibitorio dei comportamenti, la capacità di giudizio e la "social cognition", siano sicuramente relazionate alle strutture corticali e al loro grado e modo di funzionamento fisiologico, rilevando ed evidenziando diverse ed eterogenee forme di espressione ma, soprattutto, la possibilità concreta, reale e ormai ben documentabile, che queste forme di espressione psichica possano essere fortemente interferite e "deviate" anche permanentemente dal loro naturale e fisiologico percorso maturativo dall'uso di sostanze, soprattutto se in giovane età.

Per quanto riguarda gli aspetti relativi alla cura e alla terapia dell'addiction, queste nuove frontiere della conoscenza aprono prospettive ancora più interessanti. Basti guardare alla possibilità di mappare le aree del craving (evidenziandone le posizioni e l'intensità di risposta nei diversi tempi e dopo diversi stimoli) differenziando le persone con un più alto rischio di ricaduta da quelle per cui il rischio è più basso e, contemporaneamente, poter studiare l'influenza della corteccia frontale nel saper controllare tali impulsi (si veda anche Wexler 2001, Kaufman 2003, Risinger 2005).

Nulla toglie che in un prossimo futuro si possa pensare di studiare e valutare metodi ed attività in grado di ridurre le attivazioni delle aree coinvolte nel craving e/o di stimolare mediante interventi fortemente integrati (es. cognitivo comportamentali, educativi, farmacologici, di stimolazione magnetica ecc.) quelle delle aree di controllo frontale al fine di migliorare il contenimento delle ricadute.

IV.5.7. Dalla ricerca alla pratica clinica: le collaborazioni possibili e le strategie innovative

La rete italiana di cura ed assistenza alle persone tossicodipendenti è fortemente articolata, presente in tutte le regioni italiane e conta oltre 500 unità operative pubbliche con circa 5000 addetti e circa 1000 unità operative private ed accreditate (cioè finanziate a retta giornaliera con soldi pubblici) spesso coordinate in dipartimenti specialistici delle dipendenze. Con questo sistema assistenziale vengono mediamente presi in carico ogni anno circa 120000 persone.

L'articolato e complesso Sistema Sanitario

È chiaro quindi, che questo sistema rappresenta uno dei più articolati sistemi europei di offerta terapeutica prevedendo in sè sia interventi in strada, ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali. Il potenziale quindi è enorme, sia per gli aspetti relativi alla possibilità di attuare nuove strategie e metodologie di cura, sia di ricerca, potendo contare su strutture pubbliche già minimamente organizzate anche in senso sanitario oltre che sociale.

Sicuramente esistono forti differenze tra regione e regione e difficoltà oggettive sia da un punto di vista di risorse che organizzative, tuttavia la base di partenza ci

consentirebbe di sviluppare nuovi orientamenti e ricerche che in nessun altro paese potrebbero essere sviluppate.

Si sta parlando soprattutto di approfondimenti e puntualizzazioni in campo diagnostico, centrati sui meccanismi del craving, sulla possibilità di individuare e studiare le aree cerebrali coinvolte nella sua attivazione, sugli eventi trigger monitorati nella loro efficacia di attivazione attraverso tecniche di Risonanza Magnetica funzionale ecc., di valutare se e quali tipologie diversificate vi siano di risposta agli stimoli trigger ma soprattutto se sia possibile identificare diverse attività frontali che possano determinare in qualche modo diverso rischio di ricaduta e se queste strutture possano essere riattivate più precocemente con qualche nuovo metodo.

Dalle osservazioni fin qui fatte e citate precedentemente, per esempio, è stato possibile comprendere che l'azione neurobiologica della cocaina si espleta (oltre all'effetto gratificante dopamina correlato) direttamente anche con una forte inibizione delle aree prefrontali, come ben documentate da studi sia con la risonanza magnetica funzionale che con la PET, il che fa capire e giustifica perché vi sia quasi costantemente una sorta di "anosognosia" da parte dei cocainomani rispetto alla loro patologia con una estrema difficoltà al controllo cognitivo comportamentale del craving e conseguentemente allo sviluppo di consapevolezza del problema e quindi una forte refrattarietà al cambiamento.

Il rendere visibile ed osservabile (e quindi clinicamente più governabile), anche nella sua evolutività e differenti tipologie, questo malfunzionamento e riduzione di attività delle aree cerebrali deputate al controllo e allo sviluppo delle capacità di giudizio per es., rende sicuramente più comprensibile il correlato comportamentale espresso e la valenza per esempio che l'allontanamento immediato e duraturo dalla sostanza stupefacente (ma anche dalle situazioni trigger per lo scatenamento del craving che presentano una variabilità documentabile da persona a persona) riveste in termini terapeutici, dandoci inoltre notizie anche sulle durate che i vari interventi dovrebbero avere, in relazione alle trasformazioni cerebrali documentabili. Tutte informazioni che, oltre all'innegabile interesse scientifico, hanno anche un forte riscontro nella pratica clinica e nella strutturazione di nuove forme di intervento.

Basti pensare alla possibilità di poter monitorare attraverso queste indagini il reale effetto dei vari interventi terapeutici (sia di ordine farmacologico, psicologico che socio educativo) sulle strutture e sulle attività cerebrali e la possibile comprensione anticipata della trasformazione di queste strutture in modo tale da poter prevedere eventuali rischi di ricaduta in base alle diverse tipologie stereotipali riscontrabili. Anche se i dipartimenti delle dipendenze ad oggi non sono in grado di provvedere, con le proprie risorse e il proprio attuale know-how, e di sostenere queste attività, vi sono sicuramente strutture ed organizzazioni sia sul territorio italiano ma anche internazionale, disponibili a collaborare per costruire percorsi virtuosi ed innovativi anche in questo senso.

Le potenzialità delle collaborazioni nazionali e internazionali

Le Neuroradiologie, gli istituti di neuroscienze, i centri di ricerca genetica, le neurofisiologie, i centri di neuropsicologia e di social neuroscience sono molto interessati a sviluppare studi e collaborazioni in questo settore.

Ecco perché riteniamo che sia indispensabile battere nuove strade che integrino conoscenze di vario tipo nell'ambito delle neuroscienze (che non sono da intendere esclusivamente orientate ad una prospettiva strettamente biologica ma includono vari aspetti contemporanei e complementari: neurobiologici, di funzionamento psichico, aspetti più propriamente cognitivi comportamentali, ma anche di comportamenti sociali, di come i condizionamenti educativi influenzino strutturalmente e funzionalmente il cervello) per affinare le potenzialità diagnostiche in senso di meglio definire i vari tipi di meccanismi eziopatogenetici che stanno alla base della vulnerabilità, dell'addiction, del carving e della modalità di controllo di questo fenomeno che fa perpetuare questa patologia.

IV.5.8. Le nuove "offerte"

Nuovi strumenti e modelli assistenziali per i nuovi tossicodipendenti

Altre considerazioni si possono inoltre fare se riteniamo che da questo approccio sia possibile trarre conoscenze in grado di far modificare l'attuale organizzazione dell'offerta che appare cristallizzata su vecchi modelli assistenziali e non più accettati dai "nuovi" tossicodipendenti, soprattutto quelli dipendenti da cocaina, metamfetamine e cannabis. Queste persone infatti, nella maggior parte dei casi restano lontane dai servizi per molti anni sviluppando patologie correlate all'uso di queste sostanze sempre più importanti ed invalidanti.
I dipartimenti delle dipendenze quindi devono uscire dall'isolamento culturale/professionale e tecnico-scientifico in cui molto spesso si sono trovati in questi anni. Tutto questo forse anche in relazione ai modelli di analisi e di azione professionale che risentivano di formazioni orientate più in senso umanistico che scientifico. È necessario investire anche per migliorare le nostre capacità e potenzialità diagnostiche anche in termini strumentali, attraverso l'attivazione di precise e preziose collaborazioni con strutture dotate di tali raffinati strumenti.
Dobbiamo imparare ad osservare i nostri pazienti partendo dalle basi della neurofisiologia, della neuropsicologia e delle scienze sociali, avendo ben chiaro che dopo tutto questo potremmo avere informazioni più precise per tarare ed orientare meglio gli interventi terapeutici e riabilitativi integrati, siano essi farmacologici, educativi, psicologici e di integrazione sociale.
Risulta chiaro che l'impostazione proposta non svaluta affatto questi aspetti ma anzi li valorizza ancora di più, inserendoli in un contesto scientifico che non può far altro che rendere ragione e meglio far apprezzare questi aspetti nel momento in cui se ne accettasse la verifica dell'efficacia.
In altre parole e parlando per estremi, i Sert e le Comunità terapeutiche non possono più permettersi di essere da una parte dei veri e propri cronicari dove mantenere a volte le persone in uno stato di "quieta disperazione" e dell'altra quasi totalmente inadeguati, sia per le improprie modalità diagnostiche che per le obsolete offerte terapeutiche, alle nuove esigenze di cura e riabilitazione.
Da parte nostra pertanto la soluzione viene vista attraverso l'attivazione di un percorso innovativo che vede in quanto riportato in questo manuale la base su cui costruire le nuove strategie e i nuovi modi di essere, organizzarsi e operare.

IV.5.9. Conclusioni

IV.R. Potter nel 1970 nel trattato "Bioethics. The Science of Survival" parlando della bioetica, riportava una frase che, con i dovuti adattamenti, potrebbe essere utile a comprendere anche quanto qui proposto: "l'umanità ha urgente bisogno di una nuova saggezza, che fornisca la conoscenza di come utilizzare la conoscenza per la sopravvivenza dell'uomo e per il miglioramento della qualità di vita".
Questa osservazione concettualmente si adatta bene all'attuale situazione delle varie discipline che si dedicano alle tossicodipendenze ma non con l'obiettivo di creare una ulteriore disciplina, inflazionando ulteriormente il sistema, ma creando una nuova forma di integrazione delle conoscenze, per l'appunto una nuova ed auspicata "saggezza".

L'integrazione delle conoscenze per la guarigione dalla dipendenza

Tutto questo per arrivare a una vera integrazione delle conoscenze con la finalità di arrivare a definire interventi clinici e riabilitativi partendo dall'osservazione centrata veramente sulla persona, sulla sua socialità ma anche sulle sue caratteristiche strutturali, funzionali e soprattutto sulla plasticità del suo cervello, convinti che la "guarigione" dalla dipendenza sia sempre possibile se si attuano le giuste terapie e le scelte più opportune.
È necessario quindi scoprire e chiedersi sempre il razionale scientifico degli interventi, valutando le ipotesi in base ad una valutazione costante dei risultati clinici e comportamentali, ma anche della modificazione ormai ben documentabile delle strutture e delle funzioni cerebrali.

Chiaramente molti sono i dubbi e le aree di incertezza anche in termini di scelte strategiche, ed è necessario porsi la domanda se questo ci porterà sulla strada giusta e ci farà risparmiare tempo, in termini di cure più tempestive e meno dispendiose e ci permetterà di fare sempre meno errori.

Sicuramente un approccio di questo tipo creerà una migliore differenziazione degli interventi, perché affineremo la definizione e la differenziazione diagnostica, il che comporterà anche un migliore utilizzo delle preziose e scarse risorse di cui sempre di più è necessario migliorare la finalizzazione e il corretto utilizzo. Non ultimo il comprendere meglio il funzionamento cerebrale in relazione all'addiction consentirà anche ai nostri pazienti di conoscere meglio la loro patologia e di costruire insieme a noi un intervento terapeutico migliore e più coerente, in quanto basata sulle evidenze scientifiche finalmente rese più comprensibili e "visibili" anche a loro.

La maggiore consapevolezza incrementa l'efficacia

Bibliografia

Per la bibliografia completa si rimanda a "Elementi di Neuroscienze e Dipendenze. Manuale per operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze". A cura di Giovanni Serpelloni, Francesco Bricolo, Maurizio Gomma (2010).

PAGINA BIANCA

CAPITOLO IV.6.

STUDIO PRELIMINARE PER LA REALIZZAZIONE DI UN SISTEMA PER IL MONITORAGGIO DELLE TERAPIE FARMACOLOGICHE E VALUTAZIONE DELL'OUTCOME IN RELAZIONE ALLE PRESTAZIONI RICEVUTE

IV.6.1. Riassunto

IV.6.2. Premesse

IV.6.3. Introduzione

IV.6.4. Risultati preliminari

IV.6.5. Conclusioni

IV.6.6. Bibliografia

IV.6. STUDIO PRELIMINARE PER LA REALIZZAZIONE DI UN SISTEMA PER IL MONITORAGGIO DELLE TERAPIE FARMACOLOGICHE CON METADONE E BUPRENORFINA E LA VALUTAZIONE DEGLI ESITI DEL TRATTAMENTO IN RELAZIONE ALLE PRESTAZIONI RICEVUTE.
Applicazione su un gruppo di 11.506 tossicodipendenti afferenti ai dipartimenti delle dipendenze nell'anno 2009 (sintesi)

IV.6.1. Riassunto

L'analisi eseguita su 11.506 soggetti tossicodipendenti in trattamento farmacologico presso vari Dipartimenti delle Dipendenze italiani ha mostrato che la percentuale di soggetti che rispondono ai trattamenti è del 55,4%sul totale dell'intera casistica, corrispondente a 1.602.425 giorni passati senza assumere eroina. La percentuale di giornate libere dall'assunzione di sostanze sul totale dei giorni in trattamento oscillavano dall'11,8% dei soggetti non rispondenti (10,0% dei soggetti dell'intera casistica) al 93,3% dei rispondenti (34,6% dei soggetti dell'intera casistica). I soggetti che più rispondono alla terapia sono quelli che presentano anche una maggiore aderenza al trattamento e ai controlli oltre che una maggiore durata del trattamento. Questi soggetti hanno anche ricevuto il maggior numero di prestazioni dai servizi. Le dosi medie di farmaci erano di 8,2 mg/die per la buprenorfina e di 50 mg/die per il metadone. La risposta al trattamento, valutata come giorni di astensione dall'assunzione di eroina sembra essere dose indipendente ma correlata più che altro alla durata, all'aderenza, al trattamento stesso e ai controlli.

IV.6.2. Premesse

Il progetto "OUTCOME" del Dipartimento Politiche Antidroga per la valutazione degli esiti dei trattamenti presso i Ser.T.

Nell'anno 2010 il Dipartimento Politiche Antidroga ha attivato un progetto dal titolo "Realizzazione di un sistema multicentrico per il monitoraggio dei trattamenti e valutazione dell'outcome in relazione alle prestazioni ricevute". Tra gli scopi principali del progetto vi è quello di realizzare uno studio con i vari servizi per le tossicodipendenze aderenti per valutare l'efficacia dei trattamenti farmacologici in relazione al tipo di prestazioni erogate agli utenti. I risultati che verranno presentati in questa sintesi si riferiscono alla valutazione degli esiti dei trattamenti farmacologici che costituisce una parte del più complesso trattamento delle tossicodipendenze.
In questo capitolo verrà presentato, quindi, uno studio condotto sui dati 2009 , che segue quello dell'anno precedente[1], che ha coinvolto un numero superiore di unità operative. Essendo preliminare il presente studio è stato limitato alle unità operative che dispongono di database ben strutturati e, quindi, ritenuti idonei per questa analisi preliminare. Tra le circa 50 unità coinvolte una decina non sono state comprese nello studio qui presentato ed i risultati vengono forniti in forma aggregata per tutte le unità senza distinzione tra le regioni partecipanti.

IV.6.3. Introduzione

Valutare l'efficacia in pratica

Disporre di sistemi pratici, automatizzati e di facile utilizzo per eseguire la valutazione dei trattamenti farmacologici e dell'efficacia in pratica (effectiveness) rappresenta una necessità ormai non più derogabile per i Dipartimenti delle Dipendenze [2, 3, 4]. Ancora di più risulta necessario poter disporre di dati, anche se ricavati con un certo grado di approssimazione, che correlino gli esiti osservati con le prestazioni erogate e i costi generati [5, 6]. Per questo motivo è stato attivato uno

studio preliminare per valutare la fattibilità e l'affidabilità di un sistema che permetta un'agevole estrazione ed elaborazione dei dati inseriti nei database dei servizi e raccolti durante le attività cliniche ed assistenziali ordinarie [7].

Funzione "Outcome-Output Extractor"

Nel presente articolo vengono quindi presentati i principali risultati applicativi relativamente alla valutazione degli esiti dei trattamenti farmacologici con metadone e buprenorfina associati al volume di prestazioni erogate. A tal fine è stato creato uno specifico strumento informatico denominato "Outcome – Output Extractor", integrato alla reportistica web standard di mfp che suddivide automaticamente gli utenti a seconda dell'indicatore "giorni liberi dalle droghe" in tre gruppi, così come viene presentato nella tabella successiva. Il criterio utilizzato consente di stratificare gli utenti in tre classi: "soggetti responder" ossia quelli con una percentuale di giorni liberi dalle droghe superiore al 60% del totale dei giorni di trattamento, "soggetti low responder", quelli con una percentuale di giorni liberi tra il 30 e il 60% e infine i "no responder" quelli che hanno meno del 30% di giorni liberi. Per giorni liberi dalle droghe si intendono i giorni totali (numero e percentuale) con morfinurie negative, calcolati conteggiando tutti i giorni compresi fra due controlli con risultato "negativo", e la metà dei giorni tra un controllo con risultato "negativo" ed uno con risultato "positivo". Va evidenziato che data la variabilità nei tempi dei controlli urinari non è ipotizzabile la certezza della negatività dei soggetti, ciò a cui ci si riferisce deve essere quindi interpretato come una probabilità di non uso di sostanze negli intervalli di tempo considerati.

Giorni liberi dalle droghe: probabilità di non uso

Tabella IV.6.1: Tipo di stratificazione utilizzata

	Soggetti		
	No Responder	**Low Responder**	**Responder**
Percentuale di Giorni liberi dall'uso di droghe	< 30%	30-60%	> 60%

Fonte: DPA-Progetto Outcome 2010

Inoltre le analisi sono state completate con il calcolo delle sostanze secondarie utilizzate che, però, per brevità, non vengono riportate in questa sintesi ma che sono disponibili nelle reportistiche complete.

I report analizzati sono:

1. Report trattamenti sostitutivi che produce una tabella di confronto tra l'efficacia dei vari trattamenti, utilizzando come macroindicatore il numero di giorni in trattamento con astensione dall'uso della droga primaria eroina e la stratificazione precedentemente illustrata ("no responder", "low responder", "responder");

Report Trattamenti

2. Report prestazioni che produce una tabella contenente le prestazioni erogate per tipo in valore assoluto e secondo il mixing (M_R = mixing di riga e M_C = mixing di colonna, distribuzione percentuale dei tempi totali delle prestazioni per singola tipologia rispetto al tempo complessivo di erogazione delle prestazioni al cliente);

Report Prestazioni

3. Report anagrafica che produce una tabella con gli utenti suddivisi per genere e fasce d'età.

Report Anagrafica

IV.6.4. Risultati preliminari

Tale indagine preliminare ha coinvolto 40 Unità Operative coinvolgendo le Regioni Veneto, Lombardia, Liguria, Sicilia e Umbria. Per questioni tecniche, essendo la piattaforma installata recentemente, in alcune unità non è stato possibile utilizzare il report relativo alle prestazioni.

Le tabelle sotto riportate sono ottenibili mediante proceduta standard mpf utilizzabile anche via web e quindi particolarmente idonee anche per studi multicentrici. I soggetti totali in trattamento con metadone sono 8.458, quelli in terapia con buprenorfina sono 3.048, complessivamente quindi il campione totale di soggetti è pari a 11.506 utenti. Non si rilevano grosse differenze tra maschi e femmine nei due tipi di trattamento farmacologico; differenze più marcate si evincono osservando l'età media, che risulta tendenzialmente più bassa nei soggetti trattati con buprenorfina. I soggetti "più anziani" con un'età media pari a 37,1 sono quelli maggiormente rispondenti alla terapia con metadone.

11.506 soggetti assistiti:
- 8.548 soggetti con metadone
- 3.048 soggetti con buprenorfina

Tabella IV.6.2: Soggetti in terapia con metadone e buprenorfina per sesso e tipo di risposta al trattamento

	No Responder		Low Responder		Responder		Totale	
Metadone	**N**	**%c**	**N**	**%c**	**N**	**%c**	**N**	**%c**
Maschi	2.638	81,5	759	84,9	3.649	84,3	7.046	83,3
Femmine	599	18,5	135	15,1	678	15,7	1.412	16,7
Totale (%R)	3.237	38,3	894	10,5	4.327	51,2	8.458	100
Buprenorfina								
Maschi	639	85,4	221	89,8	1.794	87,4	2.655	87,1
Femmine	110	14,6	25	10,2	259	12,6	393	12,9
Totale (%R)	749	24,6	246	8,0	2.053	67,4	3.048	100
Metadone e Buprenorfina								
Maschi	3.277	82,2	980	86,0	5.443	85,3	9.701	84,3
Femmine	709	17,8	160	14,0	937	14,7	1.805	15,7
Totale (%R)	3.986	34,6	1140	10,0	6.380	55,4	11.506	100,0

Fonte: DPA-Progetto Outcome 2010

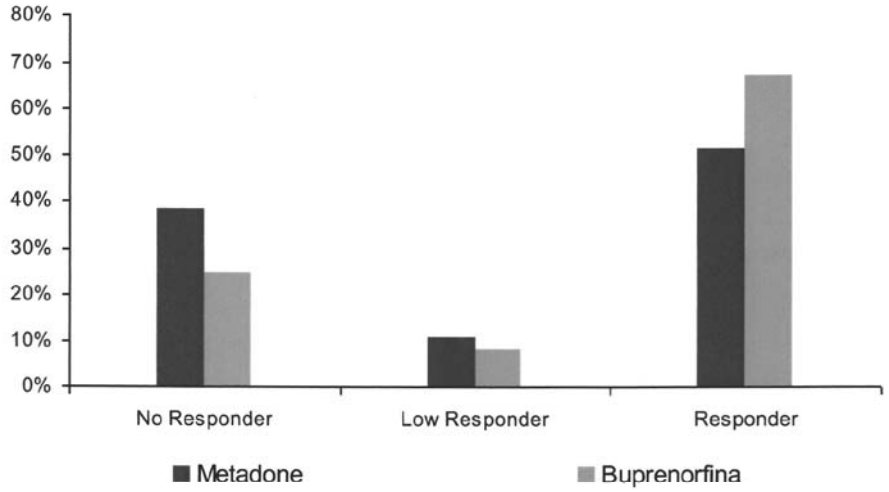
L a percentuale delle persone che rispondono al trattamento è del 55,4%

Tabella IV.6.3: Età media dei soggetti in terapia con metadone e buprenorfina per tipo di risposta al trattamento

	No Responder	Low Responder	Responder
Metadone			
Età media	34,8	35,0	37,1
Min	30,5	27,4	34,1
Max	39,3	59,7	39,6
DelV. STD	2,8	1,6	1,6
Buprenorfina/Suboxone			
Età media	33,3	31,6	35,1
Min	22,8	24,5	30,3
Max	42,0	39,0	39,9
DelV. STD	5,5	4,2	2,7

Fonte: DPA-Progetto Outcome 2010

Figura IV.6.1: Percentuale di soggetti per tipo di trattamento farmacologico e tipo di risposta al trattamento



Fonte: Gruppo di collaborazione DPA-mfp

Gli 11.506 soggetti tossicodipendenti in trattamento farmacologico (metadone e buprenorfina) esaminati sono stati trattati per un totale di 2.290.182 giorni cumulativi di cui il 76,9% dei giorni sono stati trascorsi senza utilizzo contemporaneo di eroina. Le risposte al trattamento erano molto differenziate e vengono analizzate nelle tabelle successive.

Tabella IV.6.4: Esiti dei principali trattamenti farmacologici su tutti i soggetti trattati

Terapia	Sog.	∑ gg terapie erogate	Durata Media tratt.	Dose Media/ sogg/ die	∑ gg con Morfinurie negative		∑ gg con Morfinurie positive		Adh Con. %*2	Adh Trat. %*3
	N	gg	gg	mg	gg	%*1	gg	%	%	%
Bupren.	3.048	692.013	227,0	8,3	581.173	**84,0**	110.840	16,0	54,9	76,4
Metadone	8.458	1.598.169	189,0	50,2	1.179.906	**73,8**	418.263	26,2	56,4	70,2
Totale	11.506	2.290.182	199,0		1.761.079	**76,9**	529.103	23,1	56,0	71,9

Fonte: DPA-Progetto Outcome 2010

3.986 soggetti "no responder"

Nel 2009 risultano un totale di 3.986 soggetti "no responder" con una durata media di trattamento in giorni che oscilla tra i 74 giorni del metadone e i 70 della buprenorfina. La dose media/die di metadone utilizzata è di 49,9; quella con buprenorfina è di 8,7 mg. La percentuale del totale di giorni liberi sul totale dei giorni di trattamento è complessivamente sul 12%, rispettivamente 13,5% per la buprenorfina e 10% per il metadone.

Tabella IV.6.5: Soggetti NO Responder: Esito dei principali trattamenti farmacologici per la cura della dipendenza da eroina

Molto basso il tasso di risposta ai trattamenti: 10,6% di giorni senza assunzione di eroina

Terapia	Sog.	∑ gg terapie erogate	Durata Media tratt.	Dose Media/ sogg/ die	∑ gg con Morfinurie negative		∑ gg con Morfinurie positive		Adh Contr. %*2	Adh Tratt. %*3
	N	gg	gg	mg	gg	%*1	gg	%	%	%
Buprenorfina	749	52.136	69,6	8,7	7.050	**13,5**	45.086	86,5	54,8	39,0
Metadone	3.237	239.032	73,8	49,9	23.918	**10,0**	215.114	90,0	56,2	42,7
Totale	3.986	291.168	73,0		30.968	**10,6**	260.200	89,4	55,9	42,0

*1 percentuale sul totale dei giorni di terapia
*2 valore medio in percentuale dell'adherence ai controlli urinari, calcolato rapportando gli esami urinari effettuati

rispetto ai programmati
*3 valore medio in percentuale dell'adherence ai trattamento, calcolato rapportando le somministrazioni di farmaco sostitutivo erogato rispetto a quelle prescritte

Fonte: DPA-Progetto Outcome 2010

I "low responder" ammontano complessivamente a 1.140 soggetti per i quali si rileva una durata media di trattamento in giorni sostanzialmente uguale nei due tipi di trattamenti. La dose media di metadone utilizzata è di 46,9 mg; quella con buprenorfina è di 8,2 mg. La percentuale del totale di giorni liberi è complessivamente sul 46%, anche per questi soggetti la percentuale più alta si osserva nei soggetti in trattamento con la buprenorfina.

1.140 soggetti low responder

Tabella IV.6.6: Soggetti Low Responder: Esito dei principali trattamenti farmacologici per la cura della dipendenza da eroina

Medio basso il tasso di risposta ai trattamenti: 45,7% di giorni senza assunzione di eroina

Terapia	Sog.	∑ gg terapie erogate	Durata Media trattam.	Dose Media/ sogg/ die	∑ gg con Morfinurie negative		∑ gg con Morfinurie positive		Adh Contr. %*2	Adh Tratt. %*3
	N	gg	gg	mg	gg	%*1	gg	%	%	%
Buprenorfina	246	60.032	244,0	8,2	28.066	**46,8**	31.966	53,2	55,9	84,1
Metadone	894	219.571	245,6	46,9	99.620	**45,4**	119.951	54,6	58,0	86,2
Totale	1.140	279.603	244,8		127.686	**45,7**	151.917	54,3	57,5	85,7

*1 percentuale sul totale dei giorni di terapia
*2 valore medio in percentuale dell'adherence ai controlli urinari, calcolato rapportando gli esami urinari effettuati rispetto ai programmati
*3 valore medio in percentuale dell'adherence ai trattamento, calcolato rapportando le somministrazioni di farmaco sostitutivo erogato rispetto a quelle prescritte

Fonte: DPA-Progetto Outcome 2010

Il gruppo dei "responder" è costituito da 6.380 soggetti. Rispetto alla durata media di trattamento non si osservano grandi differenze tra i due tipi di trattamento che è di circa 9 mesi. La dose media/die di metadone utilizzata è di 51 mg; quella con buprenorfina è di 8 mg. La percentuale della sommatoria di giorni liberi è complessivamente sul 93%, anche per questi soggetti la percentuale più alta si osserva nei soggetti in trattamento con la buprenorfina.

6.380 soggetti responder

Tabella IV.6.7: Soggetti Responder: Esito dei principali trattamenti farmacologici per la cura della dipendenza da eroina

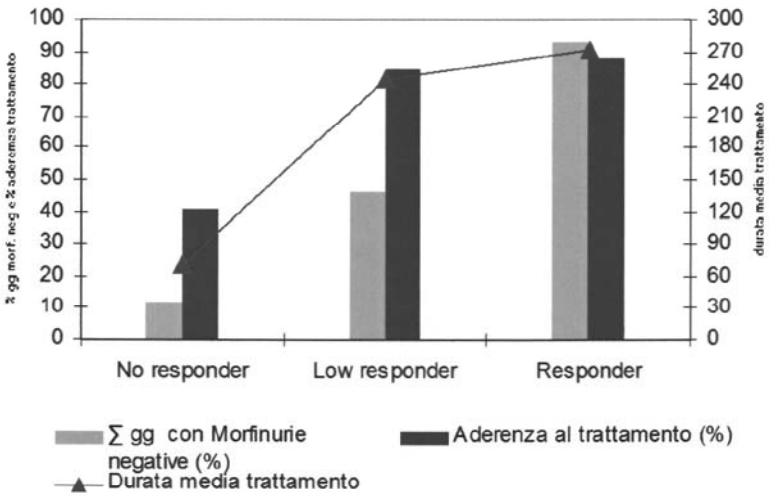
Alto tasso di risposta ai trattamenti: 93,2% di giorni senza assunzione di eroina

Terapia	Sog.	∑ gg terapie erogate	Durata Media tratt.	Dose Media/ sogg/ die	∑ gg con Morfinurie negative		∑ gg con Morfinurie positive		Adh Con. %*2	Adh Trat. %*3
	N	gg	gg	mg	gg	%*1	gg	%	%	%
Buprenorfina	2.053	579.845	282,4	8,2	546.057	**94,2**	33.788	5,8	54,8	89,1
Metadone	4.327	1.139.566	263,4	51,1	1.056.368	**92,7**	83.198	7,3	56,2	87,5
Totale	6.380	1.719.411	269,5		1.602.425	**93,2**	116.986	6,8	55,7	88,0

*1 percentuale sul totale dei giorni di terapia
*2 valore medio in percentuale dell'adherence ai controlli urinari, calcolata rapportando gli esami urinari effettuati rispetto ai programmati
*3 valore medio in percentuale dell'adherence ai trattamento, calcolata rapportando le somministrazioni di farmaco sostitutivo erogato rispetto a quelle prescritte

Fonte: DPA-Progetto Outcome 2010

Figura IV.6.2: Durata medio del trattamento, percentuale dei soggetti con morfinurie negative e aderenza percentuale al trattamento



I soggetti che più rispondono alle terapie sono quelli che presentano anche una maggiore aderenza al trattamento e ai controlli oltre ad una maggior durata del trattamento

E' stato eseguito, inoltre, un ulteriore controllo e per brevità non si riporta in dettaglio, relativamente alla percentuale di positività ad altre sostanze stupefacenti e alcol, indagata nei soggetti con morfinurie negative che avevano quindi abbandonato l'uso di eroina. La tabella successiva riporta quindi i valori percentuali in relazione anche al trattamento farmacologico utilizzato.

Tabella IV.6.8: Percentuale di positività riscontrata nei soggetti con morfinurie negative - Anno 2008

Farmaco	Sostanze				
	Cocaina	THC	Amfetamine	MDMA	Alcol
Buprenorfina	8,1	23,1	0,5	0,1	8,8
Metadone	1,5	24,6	1,6	0,1	5,8

Come si osserva, il ricorso anche occasionale ad altre sostanze stupefacenti o alcol risulta abbastanza moderato.

Densità prestazionale media

Ulteriore obiettivo dello studio era quello di analizzare la densità prestazionale media ricevuta dal paziente in relazione alla classe di risposta clinica. Per problemi tecnici non è stato possibile utilizzare i dati relativi alle prestazioni per alcune unità operative coinvolte.

La densità prestazionale media giornaliera/soggetto si ottiene come un rapporto tra le prestazioni erogate nell'anno di riferimento e gli anni persona riferiti all'utenza assistita all'Unità Operativa (somma dei giorni di assistenza erogata per singolo utente). Tale valore è stato calcolato per i due tipi di trattamento in base alla risposta al trattamento (per il calcolo in dettaglio [8]).Complessivamente quelli che ricevono più prestazioni sono quelli in trattamento con metadone. Inoltre, si osserva come un soggetto "responder" in trattamento con metadone riceve in media circa 5 prestazioni al giorno mentre quello "responder" con buprenorfina ne riceve 1,5. Vengono poi presentati i dati relativi alle prestazioni in base al trattamento farmacologico e in base alla risposta al trattamento.

Tabella IV.6.9: Densità prestazionale media giornaliera/soggetto per tipo di trattamento e risposta al trattamento

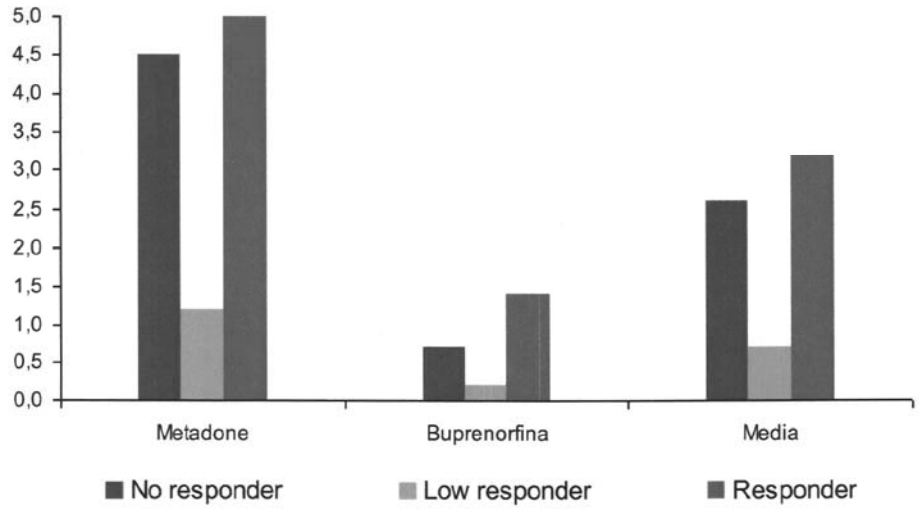
	No Responder	Low Responder	Responder	Media
Metadone	4,5	1,2	5,0	3,6
Buprenorfina	0,7	0,2	1,4	0,8
Media	**2,6**	**0,7**	**3,2**	**2,2**

Fonte: DPA-Progetto Outcome 2010

- I soggetti che rispondono meglio ai trattamenti hanno ricevuto un maggior numero di prestazioni giornaliere

Le tabelle successive riportano il dettaglio dell'analisi sulle singole prestazioni.

Figura IV.6.3: Densità prestazionale media giornaliera/soggetto per tipo di trattamento e risposta al trattamento



- I soggetti che non rispondono ai trattamenti hanno comunque ricevuto un alto numero di prestazioni

Prestazioni nei soggetti in terapia con metadone

Tabella IV.6.10: Diverse tipologie di prestazioni eseguite nei soggetti in terapia con metadone per tipo di risposta al trattamento

Terapia	**No Responder**		**Low Responder**		**Responder**		**Totale**	
Metadone	N	%C	N	%C	N	%C	N	%C
Attività telefonica	19.255	2,7	7.020	2,0	26.234	1,4	52.509	1,8
Relazioni, prescrizioni	203.216	28,5	82.463	23,0	440.751	23,7	726.430	24,8
Attività di accompagnamento	23.614	3,3	5.648	1,6	22.256	1,2	51.518	1,8
Visite	15.157	2,1	6.587	1,8	40.459	2,2	62.203	2,1
Colloqui	23.668	3,3	9.733	2,7	43.080	2,3	76.481	2,6
Esami e procedure cliniche	52.868	7,4	26.479	7,4	138.029	7,4	217.376	7,4
Somministrazione farmaci	371.578	52,1	219.571	61,1	1.142.068	61,3	1.733.217	59,1
Psicoterapia individuale	1.352	0,2	470	0,1	3.886	0,2	5.708	0,2
Psicoterapia coppia-famiglia	141	0,0	84	0,0	423	0,0	648	0,0
Interventi educativi	346	0,0	153	0,0	839	0,0	1.338	0,0
Test psicologici	453	0,1	214	0,1	667	0,0	1.334	0,0
Attività supporto generale	1.459	0,2	767	0,2	3.202	0,2	5.428	0,2
Prevenzione secondaria	5	0,0	1	0,0	4	0,0	10	0,0
Totale	713.112	100,0	359.190	100	1.861.898	100	2.934.200	100,0
Totale soggetti (%R)	**3.237**	**38,2**	**894**	**10,6**	**4.327**	**51,2**	**8.458**	**100,0**
Totale giorni di trattamento (media)	**239.032**	**(73,8)**	**219.571**	**(245,6)**	**1.142.059**	**(263,9)**	**1.600.662**	**(194,5)**
Densità prestazionale media/die/soggetto	**4,5**		**1,2**		**5,0**		**3,6**	

Fonte: DPA-Progetto Outcome 2010

Prestazioni nei soggetti in terapia con buprenorfina

Tabella IV.6.11: Tipologie delle prestazioni eseguite nei soggetti in terapia con buprenorfina per tipo di risposta al trattamento

Terapia	**No Responder**		**Low Responder**		**Responder**		**Totale**	
Buprenorfina	N	%C	N	%C	N	%C	N	%C
Attività telefonica	2.307	2,1	995	1,9	7.135	1,6	10.437	1,7
Relazioni, prescrizioni	28.854	26,2	17.139	31,9	160.614	36,4	206.607	34,1
Attività di accompagnamento	2.743	2,5	392	0,7	4.876	1,1	8.011	1,3
Visite	2.186	2,0	1.334	2,5	12.282	2,8	15.802	2,6
Colloqui	4.101	3,7	2.126	4,0	12.884	2,9	19.111	3,2
Esami e procedure cliniche	5.341	4,8	5.239	9,8	49.899	11,3	60.479	10,0
Somministrazione farmaci	63.718	57,8	26.015	48,5	188.255	42,6	277.988	45,9
Psicoterapia individuale	392	0,4	153	0,3	2.055	0,5	2.600	0,4
Psicoterapia coppia-famiglia	30	0,0	8	0,0	178	0,0	216	0,0
Interventi educativi	179	0,2	67	0,1	546	0,1	792	0,1
Test psicologici	68	0,1	41	0,1	203	0,0	312	0,1
Attività supporto generale	276	0,3	183	0,3	2.562	0,6	3.021	0,5
Prevenzione secondaria	0	0,0	0	0,0	9	0,0	9	0,0
Totale	**110.195**	**100**	**53.692**	**100**	**441.498**	**100**	**605.385**	**100**
Totale soggetti (%R)	**749**	**24,6**	**246**	**8,1**	**2.053**	**67,3**	**3.048**	**100**
Totale giorni di trattamento (media)	**52.136**	**(69,6)**	**60.032**	**(244,0)**	**579.845**	**(282,4)**	**692.013**	**(198,7)**
Densità prestazionale media/die/soggetto	**0,7**		**0,2**		**1,4**		**0,8**	

Fonte: DPA-Progetto Outcome 2010

Confronto anni 2008-2009

In tabella IV.6.12 viene presentato il confronto con lo studio di fattibilità svolto lo scorso anno dal quale emerge un sensibile aumento del numero di utenti indagati che sono più che raddoppiati (da 5.563 a 11.506). La percentuale di utenti nei due trattamenti non varia nei due anni (con una proporzione di un utente trattato buprenorfina su tre con metadone). Si osserva un aumento dei soggetti "responder" per entrambi i tipi di trattamento, e, inoltre, una maggiore percentuale di soggetti rispondenti con la buprenorfina.

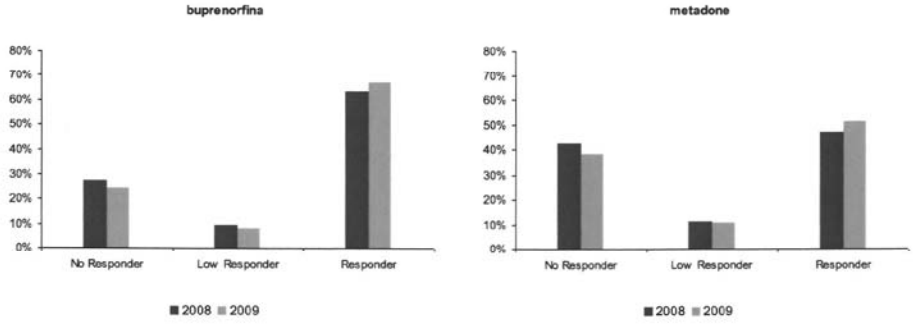
Tabella IV.6.12: Esito dei principali indicatori per i trattamenti farmacologici per la cura della dipendenza da eroina Confronto anni 2008-2009 sui principali indicatori

	2008				2009			
	N. sogg.	Durata Media trattam.	Dose Media/ sogg/ die	% gg Morfi nurie negati ve	N. sogg.i	Durata Media trattam.	Dose Media/ sogg/ die	% gg Morfi nurie negative
Buprenrofina								
No Responder	376	48,7	8,8	10,8	749	69,6	8,7	13,5
Low Responder	129	224,5	9,9	47,3	246	244,0	8,2	46,9
Responder	875	269,3	8,0	93,7	2.053	282,4	8,2	94,2
Metadone								
No Responder	1.778	68,4	57,2	9,3	3.237	73,8	49,9	10,0
Low Responder	455	239,5	48,9	46,8	894	245,6	46,9	45,4
Responder	1.950	263,6	52,1	91,2	4.327	236,9	51,1	92,5

Fonte: DPA-Progetto Outcome 2010

La risposta ai trattamenti farmacologici sembra essere dose indipendente

Figura IV.6.4: Percentuale dei soggetti in trattamento per trattamento farmacologico e tipo di risposta al trattamento. Confronto anni 2008-2009



IV.6.5. Conclusioni

Possibile introduzione di un sistema standard per la valutazione degli esiti (efficaci in pratica) dei trattamenti

- L'analisi proposta intende essere uno studio preliminare che costituisce il punto di partenza per il progetto "Outcome" avviato nel 2010. Rappresenta, quindi, una base per ulteriori e più approfondite indagini. I risultati sono incoraggianti soprattutto dal punto di vista della possibilità di una strutturazione standard e permanente per la valutazione degli esiti correlati alle prestazioni effettuate;
- Sicuramente il sistema dovrà essere perfezionato introducendo anche altri elementi come il rapporto personale/utenza, calcolato solo sul numero di operatori deputati alla gestione clinica dei pazienti, che influenzano il numero e il tipo di prestazioni erogate all'interno dei vari servizi e la valutazione del "clinical severity index" all'ingresso per poter meglio stratificare i pazienti ed interpretare correttamente le loro differenziate risposte al trattamento;
- Il sistema, inoltre, ha bisogno di essere perfezionato soprattutto nella reportistica relativa alla prestazioni, che attualmente non consente un'analisi approfondita per alcune unità per vari problemi tecnici;
- Da questi primi dati è comunque possibile intravedere una suggestiva profilatura, sicuramente perfezionabile e resa più affidabile, dei risultati terapeutici ottenibili a fronte delle prestazioni erogate. Questo ci induce a promuovere per il futuro studi e ricerche in questo campo ritenendo

indispensabile e non più ritardabile l'introduzione di sistemi permanenti per la valutazione dell'outcome, dell'output e dei costi nei Dipartimenti delle Dipendenze.

Testo a cura di:
Giovanni Serpelloni[1] Maurizio Gomma[2], Bruno Genetti[3], Monica Zermiani[2], e Gruppo di collaborazione DPA-Progetto Outcome 2010[4]

[1] Dipartimento Politiche Antidroga - Presidenza Consiglio Ministri
[2] Dipartimento delle Dipendenze ULSS 20 Verona
[3] Osservatorio Italiano sulle Droghe - Dipartimento Politiche Antidroga
[4] Dipartimento Dipendenze ALS 1, Regione Liguria
Dipartimento Dipendenze ALS 3, Regione Liguria
Dipartimento Dipendenze ULSS 1, Regione Veneto
Dipartimento Dipendenze ULSS 2, Regione Veneto
Dipartimento Dipendenze ULSS 3, Regione Veneto
Dipartimento Dipendenze ULSS 4, Regione Veneto
Dipartimento Dipendenze ULSS 6, Regione Veneto
Dipartimento Dipendenze ULSS 7, Regione Veneto
Dipartimento Dipendenze ULSS 8, Regione Veneto
Dipartimento Dipendenze ULSS 9, Regione Veneto
Dipartimento Dipendenze ULSS 13, Regione Veneto
Dipartimento Dipendenze ULSS 14, Regione Veneto
Dipartimento Dipendenze ULSS 15, Regione Veneto
Dipartimento Dipendenze ULSS 18, Regione Veneto
Dipartimento Dipendenze ULSS 20, Regione Veneto
Dipartimento Dipendenze ULSS 21, Regione Veneto
Dipartimento Dipendenze Varese, ASL Varese Regione Lombardia
Dipartimento Dipendenze Brescia, ASL Brescia Regione Lombardia
Dipartimento Dipendenze Enna, Ausl 4 Regione Sicilia
Dipartimento Dipendenze Messina, Ausl 5 Regione Sicilia
Dipartimento Dipendenze Siracusa, Ausl 8 Regione Sicilia
Dipartimento Dipendenze Foligno, Regione Umbria
Dipartimento Dipendenze Spoleto, Regione Umbria

IV.6.6 Bibliografia

1. Gomma M., Ferremi D., Zermiani M., Battaglia G., Serpelloni G e Gruppo di collaborazione DPA-mfp Studio di fattibilità per la realizzazione di un sistema per il monitoraggio delle terapie farmacologiche con metadone e buprenorfina e la valutazione dell'outcome in relazione alle prestazioni ricevute, Relazione annuale al Parlamento sullo Stato delle Tossicodipendenze in Italia Anno 2009

2. Simpson D.D., Brown B. Special Issue: Treatment process and outcome studies from DATOS Drug and Alcohol Dependence, 57 (2) 1999

3. Simpson D.D., Curry S.J. Special Issue: Drug Abuse Treatment outcome Study (DATOS) Psychology of Addictive Behaviors, 11 (4) 1997.WHO, UNDCP, EMCDDA: Outcome Evaluations. In: Evaluation of psychoactive substance use disorder treatment, workbook 7, pp 18 – 20, 2000

4. Serpelloni G., Gomma M., Zermiani M., "Risultati preliminari degli esiti dei trattamenti farmacologici ricavati tramite Web Reporting della piattaforma multifunzionale MFP" in Serpelloni G., Macchia T, Mariani F. Outcome La valutazione dei risultati e l'analisi dei costi nella pratica clinica nelle tossicodipendenze 2006

5. Serpelloni G., Zermiani M., "Valutazione dell'efficacia dei trattamenti nei dipartimenti delle Dipendenze: Analisi di quattro anni di attività mediante il software mfp" in Serpelloni G., Macchia T, Mariani F. Outcome La valutazione dei risultati e l'analisi dei costi nella pratica clinica nelle tossicodipendenze 2006.

6. Serpelloni G. Candio D., Zermiani M., Gomma M. "Studio retrospettivo sull'esito e sull'aderenza ai trattamenti farmacologici per la dipendenza da eroina in alcuni Servizi per le Tossicodipendenze italiani" Bollettino sulle Dipendenze Anno XXXII-N. 1/2009

7. Serpelloni G., Bosco O., Bettero C. "Sistema per la valutazione dell'output in ambito territoriale: Indicatori, Tabelle SESIT di codifica delle prestazioni, software ed applicazione in pratica" in Serpelloni G., Gomma M. Analisi Economica dei Dipartimenti delle Dipendenze 2006

PAGINA BIANCA

Parte Quinta

Scheda Amministrazioni

PAGINA BIANCA

CAPITOLO V.1.

MINISTERI

V.1.1. Coordinamento interministeriale

V.1.2. Ministero della Salute

V.1.2.1 Strategie e programmazione attività 2009 o orientamenti generali

V.1.2.2. Presentazione – Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività

V.1.2.3 Principali prospettive emerse nel 2009 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili auspicate

V.1.3. Ministero della Giustizia

V.1.3.1 Strategie e programmazione attività 2009 o orientamenti generali

V.1.3.2 Presentazione – Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività

V.1.3.3 Principali prospettive emerse nel 2009 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili auspicate

V.1.4. Ministero dell'Interno

V.1.4.1 Strategie e programmazione attività 2009 o orientamenti generali

V.1.4.2. Presentazione – Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività

V.1.4.3 Principali prospettive emerse nel 2009 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili auspicate

V.1.5. Ministero degli Affari Esteri

V.1.5.1 Strategie e programmazione attività 2009 o orientamenti generali

V.1.5.2. Presentazione – Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività

V.1.5.3 Principali prospettive emerse nel 2009 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili auspicate

V.1.6. Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

V.1.6.1 Strategie e programmazione attività 2009 o orientamenti generali

V.1.6.2. . Presentazione – Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività

V.1.6.3 Principali prospettive emerse nel 2009 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili auspicate

V.1.7. Comando Generale della Guardia di Finanza

V.1.7.1 Strategie e programmazione attività 2009 o orientamenti generali

V.1.7.2. Presentazione – Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività

V.1.7.3 Principali prospettive emerse nel 2009 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili auspicate

V.1.8. Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Gioventù

V.1.8.1 Strategie e programmazione attività 2009 o orientamenti generali

V.1.8.2 Presentazione – Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività

V.1.8.3 Principali prospettive emerse nel 2009 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili auspicate

V.1. MINISTERI

V.1.1. Coordinamento interministeriale

Requisito essenziale, per lo sviluppo di efficaci Politiche Antidroga, ribadito non solo a livello internazionale ma richiesto esplicitamente dagli operatori che lavorano in questo settore, è la completa sinergia di tutti gli organi coinvolti (amministrazioni centrali, amministrazioni regionali, servizi del pubblico e del privato sociale).
Art 1 del DPR 309/90, e l'art.2 del DPCM 31 dicembre 2009, ha demandato questa funzione di coordinamento per l'azione antidroga al Dipartimento Politiche Antidroga. Il Dipartimento in particolare, provvede a promuovere, indirizzare e coordinare le azioni di Governo atte a contrastare il diffondersi delle tossicodipendenze e delle alcooldipendenze correlate, di cui al testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni, nonché a promuovere e realizzare attività di collaborazione con le pubbliche amministrazioni competenti nello specifico settore, le associazioni, le comunità terapeutiche i centri di accoglienza operanti nel campo della prevenzione, della cura, della riabilitazione e del reinserimento dei tossicodipendenti, provvedendo alla raccolta della documentazione sulle tossicodipendenze, alla definizione e all'aggiornamento delle metodologie per la rilevazione, l'elaborazione, la valutazione ed il trasferimento all'esterno delle informazioni sulle tossicodipendenze. Il Dipartimento inoltre cura la definizione ed il monitoraggio del piano di azione nazionale antidroga, coerentemente con gli indirizzi europei in materia, definendo e concertando al contempo le forme di coordinamento e le strategie di intervento con le Regioni, le Province autonome e le organizzazioni del privato sociale, anche promuovendo intese in sede di Conferenza unificata

V.1.2 Ministero della Salute

V.1.2.1 Strategie e programmazione attività 2009 o orientamenti generali

Riferimenti normativi

Riferimenti normativi

- Testo Unico sulle Tossicodipendenze [DPR 309 del 1990 e successive modificazioni e integrazioni];
- Piano Sanitario Nazionale;
- Piano Nazionale d'azione contro le droghe.

Le attività della Direzione Generale della Prevenzione sanitaria
La Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, all'interno del Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione, svolge, tramite gli uffici II e VII, le seguenti attività, in materia di tossicodipendenze:

Ufficio II

Ufficio II

Prevenzione degli Infortuni e degli incidenti stradali e domestici e promozione della qualità negli ambienti di lavoro e di vita; in tale contesto particolare importanza assumono la prevenzione dell'uso di droghe e di bevande alcoliche, quali fattori di aumentato livello di rischio di infortuni lavorativi, di incidenti stradali e domestici e di danno per la salute.

Ufficio VII

Ufficio VII

- Realizzazione del Sistema informativo Nazionale per le Dipendenze;
- Pubblicazione del Bollettino sulle dipendenze;

- Rilevazione dati dei Servizi Pubblici per le tossicodipendenze. (Tale rilevazione è attualmente inserita nel Programma statistico nazionale 2007-2009, nell'ambito dell'Area Servizi-Sociali/Sanità, Settore Tossicodipendenza e Alcoldipendenza, con il codice Ril Sal 00023);
- Collaborazione con il Sistema di allerta precoce su nuove sostanze d'abuso;
- Monitoraggio Progetti di ricerca.

V.1.2.2. Presentazione – Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività

Ufficio II Ufficio II

- Partecipazione al gruppo di lavoro per l'individuazione delle modifiche/integrazioni da proporre per la rivisitazione dell'Intesa Stato Regioni 30 ottobre 2007in materia di accertamenti di assenza di tossicodipendenza fra i lavoratori;
- Partecipazione all'iniziativa promossa dal Dipartimento Politiche Antidroga di "sperimentazione *drug test* per l'ottenimento della certificazione di idoneità alla guida".

Ufficio VII Ufficio VII

- Realizzazione Sistema Informativo Nazionale per le Dipendenze (SIND). In collaborazione con la Direzione Generale del Sistema Informativo, il Coordinamento delle Regioni e il Dipartimento Politiche Antidroga, è stato messo a punto il modello di rilevazione delle attività dei servizi per le tossicodipendenze e si è in attesa dell'approvazione da parte della Conferenza Stato Regioni.
- Pubblicazione del Bollettino sulle dipendenze: nel 2009 è stato pubblicato in versione on-line, sul sito del Dipartimento Politiche Antidroga. Per maggiori dettagli si può consultare il sito internet dedicato: http://www.droganews.it/bollettino/2/Bollettino_sulle_Dipendenze_2009.html;
- Rilevazione ed elaborazione dei dati sui servizi per le tossicodipendenze (SERT). Sono stati elaborati i dati relativi al personale e ai pazienti in cura presso i Servizi pubblici per le tossicodipendenze per l'anno 2009, pervenuti dalle Regioni e dai singoli Ser.T. ; nello specifico, le schede relative ai pazienti riguardano informazioni su sesso, età, sostanze d'abuso, patologie infettive correlate, e sui trattamenti erogati. Tale attività è anche finalizzata alla realizzazione del Report da fornire al Dipartimento Politiche Antidroga per la stesura della Relazione annuale al Parlamento sulle tossicodipendenze.

- Sistema di allerta precoce: nel corso del 2009 è proseguita la collaborazione per i profili di propria competenza, con il DPA, riguardo alle segnalazione pervenute dal Sistema di allerta precoce.

- Progetti di ricerca finanziati con fondi afferenti al Fondo Nazionale Lotta alla Droga e al Centro di Prevenzione e Controllo delle Malattie (CCM). Di seguito, si elencano i progetti attivati dalla direzione generale prevenzione sanitaria, e monitorati nel corso del 2009:

  - Nuove droghe, medici di famiglia, operatori SerT, operatori di Comunità. Un network nazionale di prevenzione e aggiornamento
    Ente esecutore: Istituto Superiore di Sanità
    Data di conclusione: Ottobre 2010

- Problematiche sanitarie dei detenuti consumatori di droghe: risposta istituzionale e costruzione di una metodologia organizzativa
  Ente esecutore: Regione Toscana/Regione Lombardia
  Data di conclusione: Giugno 2010

- Nuovi comportamenti di consumo: prevenzione e riduzione dei rischi: terminato
  Ente esecutore: Regione Emilia Romagna
  Data di conclusione: giugno 2010

- Dipendenze Comportamentali: progetto sperimentale nazionale di sorveglianza e coordinamento/monitoraggio degli interventi"
  Ente esecutore: Regione Piemonte
  Data di conclusione: dicembre 2010

- Utilizzo della strategia di "Prevenzione di Comunità" nel settore delle sostanze d'abuso
  Ente esecutore: Regione Toscana
  Data di conclusione: Ottobre 2010

- Unità operative ad elevata integrazione tra i servizi pubblici e del privato sociale per il trattamento e la riabilitazione dei cocainomani e dei consumatori di psicostimolanti
  Ente esecutore: Regione Lombardia
  Data di conclusione: progetto concluso nel 2009

V.1.2.3 Principali prospettive emerse nel 2009 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili

Aspetti Normativi

Prospettive prioritarie

- Elaborazione del Decreto di competenza di questo Ministero di cui all'Articolo 75, comma 10 del DPR 309 del 1990 (come modificato dalla Legge 49 del 2006) che prevede l'individuazione di laboratori presso strutture pubbliche da affiancare agli Istituti di Medicina Legale, ai Laboratori di tossicologia forense e alle strutture delle Forze di Polizia per gli accertamenti medico-legali e tossicologico forensi;
- Verifica delle condizioni e delle modalità per l'accertamento della tossicodipendenza e dell'alcol dipendenza in ambito lavorativo;
- Monitoraggio e valorizzazione delle attività progettuali precedentemente attivate. E' da ritenere prioritaria la capitalizzazione e la diffusione dei Progetti finanziati, sia al fine dell'implementazione di buone pratiche cliniche, sia per l'orientamento delle policy di prevenzione universale e selettiva.
- Bollettino sulle dipendenze: sarà anche nel 2010 on-line così come concordato con il Dipartimento Politiche Antidroga. Saranno trasmessi i più attuali ed accreditati articoli scientifici nazionali ed internazionali, implementando al tempo stesso il confronto e lo scambio di esperienze tra gli specialisti, con l'obiettivo di migliorare la comunicazione ed ottimizzare gli strumenti di lavoro per quanti operano nel settore. Il Bollettino è, inoltre, strumento indispensabile per la diffusione dei risultati dei Progetti Ministeriali.
- Piano Nazionale d'Azione contro la Droga: va assicurata la collaborazione istituzionale all'elaborazione, in collaborazione con il DPA, il nuovo Piano Nazionale d'azione contro la droga, a completamento delle sezioni

già realizzate, relative alla prevenzione e al trattamento;
- Sanità Penitenziaria e tossicodipendenza: deve essere consolidata un'azione specifica per la presa in carico dei detenuti tossicodipendenti, tramite una rilevazione epidemiologica puntuale e la successiva definizione di un piano di interventi;
- Linee di Indirizzo sulla Prevenzione delle Patologie correlate: portare a termine la collaborazione per l'approvazione, presso la Conferenza Unificata per i rapporti tra lo Stato e le Regioni e PPAA, delle Linee di indirizzo per la Prevenzione delle Patologie correlate.

V.1.3. MINISTERO DELLA GIUSTIZIA

V.1.3.1 Strategie e programmazione attività 2009 o orientamenti generali

Dipartimento per gli Affari di Giustizia - Direzione Generale della Giustizia Penale

Funzioni e competenze DG Giustizia Penale

La principale attività dello scrivente ufficio in materia di prevenzione, trattamento e contrasto all'uso di droghe consiste nello svolgimento della rilevazione dei dati richiesti dall' *art. 1, comma 8 lett. g del Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309* (si veda meglio nella successiva Sezione B).Lo scrivente ufficio è costantemente impegnato nel miglioramento della qualità dei dati della citata rilevazione. Tale miglioramento è stato soprattutto realizzato tramite la creazione di un software di estrazione automatica dei dati dai registri informatizzati degli uffici giudiziari, in vigore dall'anno 2006. Non trascurabile importanza riveste anche il controllo di qualità 'manuale', ossia realizzato nei modi mostrati nella Sezione C).

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dei detenuti e del trattamento Ufficio III – Servizio Sanitario

Funzioni e competenze DG detenuti e trattamento

L'Amministrazione penitenziaria è costantemente attenta al fenomeno della tossicodipendenza nelle carceri., nel contesto del suo mandato istituzionale consapevole dell'importanza del contributo che può fornire agli Organismi normativamente deputati a fronteggiare tale enorme problematica nella sua globalità.

Pur non tralasciando interventi di collaborazione, per gli aspetti di propria competenza , con i servizi per le tossicodipendenze delle AASSLL, ai quali il D.L.vo 230/99 ha demandato da oltre dieci anni la responsabilità dell'assistenza sanitaria, il Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria ritiene suo precipuo obiettivo quello di perseguire politiche volte a garantire al detenuto tossicodipendente le condizioni idonee a sviluppare il necessario e personale percorso di recupero.

Punti cardine di tale orientamento sono, da una parte la rivisitazione del circuito della "custodia attenuata" che attualmente può contare su 1221 posti letto, destinato ai ristretti tossico-alcool-farmacodipendenti con pene medio- lunghe e "firmatari" con l'Amministrazione e con i Ser.T di un "patto riabilitativo", dall'altra l'azione di stimolo su Tribunali e Servizi Sanitari affinché al tossicodipendente autore di reati minori e di scarso impatto sociale venga offerta la possibilità di intraprendere un progetto di riabilitazione, evitando la detenzione in carcere. Si fa esplicito riferimento a quella serie di interventi di carattere progettuale - sperimentale – Progetto DAP.Prima- già in passato ampliamenti descritti che , ideati nel 2005 dalla Direzione Generale dei Detenuti e del Trattamento – si sono trasformati in buone prassi in alcune grandi città del Paese.

Tra i risultati di rilievo osservati si sottolinea il dimezzamento del tasso di recidiva nell'anno di osservazione 2006-20007, per reati di varia natura per i soggetti che hanno beneficiato di tale intervento. Appare auspicabile, per

l'Amministrazione Penitenziaria, che le difficoltà di carattere finanziario che hanno determinato una flessione nell'applicazione di tali misure 2009, possano essere superate, contribuendo così anche all'opera di decongestionamento degli Istituti Penitenziari , obiettivo primario per l'Amministrazione Penitenziaria.
A tal proposito il problema del sovraffollamento al 30 giugno 2009 i detenuti presenti negli Istituti penitenziari erano 63.630 con 15835 tossicodipendenti pari al 24,89% – ha ridotto i margini di efficacia di importanti e globali interventi a favore anche di questi ultimi quali Le regole di accoglienza per i detenuti Nuovi Giunti" che diramate nel 2007 dalla Direzione Generale dei Detenuti e del Trattamento, hanno lo scopo , attraverso la realizzazione di uno staff di accoglienza pluridisciplinare e di percorsi di inserimento graduali previsti in ogni Istituto Penitenziario , di mitigare l'impatto con il regime detentivo del detenuto nuovo giunto .

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dell'Esecuzione Penale Esterna

Funzioni e competenze DG Esecuzione Penale Esterna

La Direzione Generale dell'Esecuzione Penale Esterna ha specifiche competenze in ordine all'esecuzione delle misure alternative alla detenzione per quanto concerne sia la dimensione del coordinamento operativo degli uffici di esecuzione penale esterna che la dimensione dell'analisi, della programmazione dell'elaborazioni di specifiche iniziative di indirizzo e controllo di tutte le attività inerenti tale area.
Le attività istituzionali nei confronti di soggetti tossicodipendenti in misura alternativa in vista della reintegrazione sociale vengono effettuate dagli uffici di esecuzione penale esterna, come previsto dall'art. 27 della Costituzione e dall'ordinamento penitenziario (artt. 72, 47 e segg.). Ai fini del reinserimento sociale, gli UEPE lavorano in collaborazione con numerose e diverse tipologie di strutture pubbliche e/o del privato sociale in relazione ai bisogni dei soggetti in misura alternativa. Per ciascun condannato in esecuzione penale esterna viene definito un progetto individualizzato di trattamento che vede coinvolte le strutture e le risorse del territorio. Egualmente gli uffici collaborano con gli istituti penitenziari per preparare il rientro in società del detenuto.
Le risorse e i servizi socio-sanitari pubblici e privati che interagiscono con gli uffici locali sono circa 3000 su tutto il territorio nazionale. Tali risorse sono state censite ed inserite in una banca dati nazionale delle risorse sociali e sanitarie con le quali gli UEPE collaborano. Tale Banca dati, realizzata e gestita da questa direzione generale è attualmente contenuta in un *database*.
La direzione generale, mirando al potenziamento del lavoro di rete, ha continuato un'azione di promozione, favorendo l'elaborazione e la stipula di convenzioni, protocolli d'intesa tra UEPE e strutture pubbliche (ASL, Comuni, Provincia ecc.) e privato sociale (ditte, cooperative, imprese ecc), progetti congiunti con altre Amministrazioni locali, prevedendo finanziamenti su due capitoli di Bilancio (capp. 1768 e 1770). Tali iniziative, finalizzate in particolare all'inserimento lavorativo, alla formazione professionale e all'avvio di attività artigianali, sono gradualmente aumentate, consentendo un obiettivo miglioramento dei contenuti trattamentali e risocializzanti dell'esecuzione penale esterna.

V.1.3.2 Presentazione: organizzazione, consuntivo sintetico delle principali attività

Dipartimento per gli Affari Di Giustizia - Direzione Generale della Giustizia Penale

Attività DG Giustizia Penale

Tra le attività istituzionali attribuite dal Decreto del Presidente della Repubblica 6 marzo 2001, n. 55 a questa Direzione Generale, rientra anche quella di effettuare rilevazioni statistiche al fine di valutare l'impatto socio-giuridico di alcune leggi

(in particolare di recente istituzione) od anche la consistenza di alcuni fenomeni di rilevanza penale non sempre connessi ad una precisa normativa ma comunque ritenuti di particolare interesse. Nel caso della rilevazione sulle tossicodipendenze, ai sensi dell' *art. 1, comma 9 del Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309*, anche il Ministero della Giustizia è tenuto a trasmettere i dati relativi alle questioni di sua competenza all'*Osservatorio permanente per la verifica dell'andamento del fenomeno della tossicodipendenza.*
Nel 1991 e' stato pertanto avviato, mediante una circolare del Direttore Generale degli Affari Penali, un monitoraggio avente cadenza semestrale, facente parte del *Piano Statistico Nazionale*, con lo scopo di raccogliere i dati di cui all' *art. 1, comma 8, lett. g del Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309* relativi al numero ed agli esiti dei processi penali per i principali reati previsti dal citato DPR.I prospetti contenenti i dati in oggetto vengono di norma compilati manualmente dagli uffici giudiziari interessati alla rilevazione ed inviati al Ministero per via telematica, fax o posta. A partire dal 2003, i prospetti di rilevazione sono stati modificati in modo tale da consentire la conoscenza, oltre che del numero dei processi penali, anche delle persone in essi coinvolte; la banca dati è stata anch'essa modificata per fornire le informazioni, oltre che per *area geografica e distretto di Corte d'Appello*, anche per *Provincia, Regione, fase di giudizio ed età*, delle persone coinvolte. All'inizio dell'anno 2006 è stato distribuito agli uffici giudiziari interessati alla rilevazione *un apposito software che consente di estrarre in modo automatico i dati dai registri informatizzati* degli uffici stessi e che permette al contempo di disporre di dati più attendibili ed estratti con criteri uniformi, riducendo in modo considerevole l'onere per il compilatore, soprattutto in termini di tempo (prima infatti i dati dovevano essere rilevati in modo 'manuale'). Il prospetto statistico viene compilato in modo automatico dallo stesso software e pronto per essere inviato al Ministero tramite gli ormai usuali canali di trasmissione (e-mail, fax e posta).

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dei detenuti e del trattamento Ufficio III – Servizio Sanitario

Attività DG detenuti e trattamento

La Direzione Generale dei Detenuti e del Trattamento ha partecipato ai lavori preparatori della *IV^a Conferenza nazionale sulle politiche antidroga*, che ha avuto luogo a Trieste il 12-14 marzo 2009 e ha fornito la collaborazione richiesta alla *V^a Conferenza nazionale sulle politiche antidroga*, che ha avuto luogo a Roma in data 7 ottobre 2009. Nel dicembre 2009 si è colto l'invito a prendere parte , in qualità di "Testimone privilegiato" ad una ricerca dell'Unione Europea , alla quale partecipano diversi Paesi nonché l'Osservatorio Europeo delle Tossicodipendenze di Lisbona EMCDDA.
L'iniziativa coordinata dal National Collaborating Centre for Drug Prevention della Liverpool John Moores University, è finalizzata a definire standards di qualità a livello europeo in materia di prevenzione della tossicodipendenza. Per quanto attiene la cooperazione con altri Dicasteri , si sottolinea la partecipazione alla Commissione Nazionale AIDS del Ministero della Salute, volta ad aggiornare le raccomandazioni in materia di malattia da HIV all'interno della carceri , problema di sanità pubblica di elevata rilevanza, svolgendo gli istituti penitenziari una funzione di serbatoio dell'infezione per l'intera collettività.
I dati ufficiali del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, relativi alla diffusione di HIV nel circuito penitenziario italiano descrivono una percentuale di sieropositivi che va dal 10% degli anni '90 a meno del 2% attuale (30 06 2009). La percentuale di tossicodipendenti si colloca nello stesso periodo tra il 24% e30%; gli stranieri sono in crescita netta dagli anni '90, e hanno superano nel 2009 il 38.7% della popolazione complessiva. L'analisi disaggregata dei dati ci consente di evidenziare come la percentuale di sieropositività tra i non italiani sia inferiore a quella degli autoctoni (1,15% versus 1,93%) anche se

consideriamo per entrambi il fattore tossicodipendenza (4,3% versus 6, 23%). Un altro aspetto da considerare, ormai non più una novità e l'aumento dei casi sintomatici o con grave immunodeficit che costituiscono il 43, 3% del totale dei sieropositivi noti. Per quanto attiene le persone che hanno potuto usufruire di misure alternative alla detenzione in carcere, in base agli art.li 275/4bis , 274/4ter del c.p.p. e 146 c.p. nel periodo 01 01 09 – 30 06 09 , sono stati 55 (4,48% del totale dei casi).

L'effettuazione dello screening per l'HIV va da punte del 50% nel '91 alla situazione attuale con il 29, 24% di test eseguiti. I tassi di esecuzione dello screening variano da regione (Piemonte 73,37%), a regione (Sicilia 6, 49%) e da istituto ad istituto.

Sicuramente è possibile affermare che l'esecuzione del test è ancora insufficiente per quanto riguarda anche solo la popolazione a rischio per tossicodipendenza.

Esistono inoltre delle evidenze che dimostrano i benefici della terapia antiretrovirale in carcere. Da studi osservazionali effettuati nel 2005 dalla Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria l'offerta terapeutica appariva congrua e coerente con le allora raccomandazioni nazionali e internazionali.

Non altrettanto poteva affermarsi in merito alla soppressione virale (HIV RNA < 50 copie/ml) raggiunta solamente dal 45,9% dei trattati .Le cause di tale fenomeno erano ricollegabili a una scarsissima aderenza (molto piu' accentuata nei grandi centri rispetto ai piccoli) determinata da vari fattori individuali e ambientali. Purtroppo, sempre sulla base di precedenti osservazioni, si assiste a interruzioni della terapia anche dopo la scarcerazione, in assenza di un adeguato counseling preterapia e di punti di riferimenti certi all'esterno.

Sulla base di tali risultanze e nell'ambito delle collaborazioni fornite dall'Ufficio Sanitario nella Commissione Nazionale AIDS, la Direzione Generale dei Detenuti e del Trattamento durante il 2009 si è fatta promotrice di interventi su base regionale quale il Progetto " Pro Test" sviluppato da una interazione tra il Provveditorato della regione Lombardia , varie Società Scientifiche e Associazioni di Volontariato con il patrocinio dell'Ente Regione. Gli obiettivi preposti per il biennio 2009-, 2010, da realizzare nei 18 Istituti di Pena della Lombardia sono:

- Attuare piani di comunicazione/prevenzione per prevenire la diffusione di malattie infettive correlate alla tossicodipendenza;
- Incrementare il numero degli accessi ai test di screening dei detenuti;
- Costituire un Registro Epidemiologico preciso e continuativo ed un Sistema di Sorveglianza per le Malattie Trasmissibili nei detenuti;
- Motivare i detenuti con infezioni a seguire programmi di terapia;
- Motivare l'aderenza alla terapia dei pazienti all'interno e fuori dell'ambiente carcerario assicurando la continuità terapeutica.

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dell'Esecuzione Penale Esterna

Attività DG Esecuzione Penale Esterna

Il reinserimento sociale dei condannati in misura alternativa assume caratteristiche di particolare delicatezza e complessità sia in termini di esecuzione della pena che di qualità del trattamento. La complessità si identifica come tale non solo in considerazione dei problemi di tossicodipendenza, ma anche di quelli occupazionali.

Alla direzione generale è affidata la quota dei capitoli di bilancio 1768 "Interventi in favore dei detenuti tossicodipendenti.....trattamento socio-sanitario, recupero e reinserimento dei tossicodipendenti....." . In relazione all'esperienza acquisita nell'ambito delle tossicodipendenze, sono state sovvenzionare borse di lavoro. Tali progetti sono realizzati in collaborazione con gli Enti Locali e/o le risorse del privato sociale e del volontariato e sono destinati

in modo particolare agli affidati non tossicodipendenti che non fruiscono d'interventi di reinserimento lavorativo erogati dai servizi territoriali.
L'offerta di tali progetti non può di certo dirsi esaustiva della domanda, ma rappresenta sicuramente un impegno che l'Amministrazione sta realizzando da vari anni e che sta assumendo una significatività in quanto strumento trattamentale sia sotto il profilo quantitativo che qualitativo. I problemi occupazionali e di reinserimento in senso lato non riguardano solo i condannati cosiddetti giovani, anzi essi assumono aspetti particolarmente problematici nell'età adulta.
Inoltre, questa Direzione con i fondi patrimoniali della Cassa delle Ammende utilizzabili per il finanziamento di programmi che favoriscano il reinserimento sociale dei detenuti ed internati, anche nella fase di esecuzione delle misure alternative alla detenzione, al fine di favorirne il reinserimento, ha in corso di esecuzione il progetto: "Mare Aperto", che ha inserito un esperto psicologo negli Uffici di esecuzione penale esterna, per prestare consulenza per la valutazione di ammissibilità alle misure alternative alla detenzione richiesta dalla libertà e di sostegno psicologico durante l'esecuzione della misura alternativa. Il progetto, di durata annuale, è tuttora in corso presso i 58 Uffici e relative sedi di servizio

V.1.3.3 Principali prospettive emerse nel 2009 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili auspicate

Dipartimento per gli Affari Di Giustizia - Direzione Generale della Giustizia Penale

Prospettive prioritarie Giustizia Penale

Fra i principali problemi che si possono riscontrare un po' in tutte le rilevazioni effettuate dallo scrivente Ufficio, tra le quali anche quella sulle tossicodipendenze, si segnala *la persistente difficoltà di acquisizione dei dati presso diversi uffici giudiziari*, problema che di fatto comporta l'assegnazione di un valore pari a zero a tutte le variabili dell'ufficio inadempiente (anche se, ad esempio, l'ufficio poteva aver comunicato in precedenza valori pure ragguardevoli relativi al fenomeno monitorato), e la non trascurabile *presenza di dati anomali.*
Al fine di mitigare il problema dovuto alla difficoltà di acquisizione dei dati presso gli uffici giudiziari, si è ritenuto opportuno effettuare, *per gli anni più recenti (2005-2009), una stima dei dati mancanti*, realizzata anche mediante un attento esame della serie storica dei dati disponibili per l'ufficio inadempiente o, nel caso di inadempienza continuata, mediante un esame delle eventuali variabili ausiliare note ed in qualche modo correlate a quella mancante, al fine di effettuarne una stima indiretta.
Relativamente al problema dei dati anomali, ne viene in genere richiesta all'ufficio l'eventuale conferma, raccomandandone *l'attenta verifica.* In caso di mancata risposta da parte dell'ufficio al quesito inoltrato, si procede direttamente ad una *stima del dato anomalo*, con modalità del tutto analoghe a quanto sopra esposto. L'utilizzo del software di rilevazione automatica dei dati, introdotto all'inizio dell'anno 2006 come sopra accennato, ha comunque permesso di ridurre notevolmente il problema dei dati anomali.
Si fa infine presente l'ormai ben nota cronica carenza di risorse umane e materiali che affligge da tempo diversi uffici giudiziari, con inevitabili ricadute negative anche sulla bontà delle rilevazioni statistiche, tra l'altro attualmente in congruo numero.

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dei detenuti e del trattamento Ufficio III - Servizio Sanitario

Prospettive prioritarie DG detenuti e trattamento

Come già sottolineato, l'attuale condizione di sovraffollamento rende problematico garantire idonei percorsi trattamentali per tutti .
E' necessario quindi continuare a stimolare l'attenzione delle altre Istituzioni

Nazionali e Regionali, degli Enti locali, delle Associazioni di categoria, del Volontariato, della società civile sulle problematiche della tossicodipendenza in carcere ed in particolare sulle modalità di applicazione delle misure alternative alla detenzione in carcere per tossicodipendenti autori di reati a scarso impatto sociale per i quali è ragionevolmente presumibile una breve permanenza in istituto penitenziario. Appare altresì indicato individuare una gradualità di offerta socio. -sanitaria- trattamentale , per i detenuti tossicodipendenti basata sul periodo di detenzione degli stessi.
In tale contesto si deve perseguire, pur nel rispetto dell'autonomia in materia delle Regioni, che intervengono secondo proprie linee programmatiche, l'obiettivo di raccomandazioni nazionali condivise tra le Regioni e lo Stato , cui ispirarsi, le quali evitino che il trasferimento di detenuti da un istituto di una regione a quello di un'altra comprometta il percorso di recupero intrapreso. Prioritaria in tal senso appare l'implementazione dei servizi offerti all'interno degli istituti Penitenziari dalle U.U.O.O. per le tossicodipendenze, di Malattie Infettive e dai Dipartimenti di Salute mentale delle AASSLL.
Le modalità di costruzione delle statistiche relative alle diverse forme di dipendenza patologica non appaiono più rispondenti al mutato scenario normativo ed epidemiologico, né alle richieste di contributi che sempre più numerose arrivano dalla UE e dalla comunità internazionale in generale.
Appare quindi necessario concordare e condividere con la Presidenza del Consiglio – Dipartimento Politiche Antidroga e le Regioni diversi sistemi di rilevamento nel contesto di un Osservatorio Nazionale delle Dipendenze in carcere, funzionali alle moderne politiche di intervento antidroga del Paese e fruibili dagli Organismi Europei e mondiali, deputati a delineare strategie sovranazionali.Le mutazioni intervenute nella composizione della popolazione detenuta (basti pensare alla percentuale elevata di extracomunitari) e lo sviluppo di nuove conoscenze , rendono necessario, con la collaborazione del Ministero della Salute, Regioni, Università, Istituti Nazionali, Enti di Ricerca e Società Scientifiche, realizzare per il personale tutto una formazione continua e aggiornata sulla patologia d'abuso, insieme ad un'informazione corretta alla popolazione detenuta.

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dell'Esecuzione Penale Esterna

Prospettive prioritarie DG Esecuzione Penale Esterna

Rispetto allo specifico problema della tossicodipendenza, la Direzione Generale mira a:
a) impegnare le comunità a seguire con continuità il tossicodipendente in tutto il percorso terapeutico, garantendo che avvenga in condizioni di sicurezza;
b) estendere le incentivazioni economiche per l'affidamento in comunità anche per i condannati non in stato di detenzione (intervento sull'art. 94 T.U.);
La permanenza degli imputati tossicodipendenti in arresti domiciliari nelle comunità terapeutiche abilitate dai decreti del Ministero della Giustizia è oggetto di costante azione di sostegno. Nel corrente anno sono state liquidate rette per circa € 4.812.111, 94 relative agli anni 2006 e 2007, € 3.882.504,41 relative all'anno 2008 ed € 1.063.708,47 per l'anno 2009. A seguito dell'entrata in vigore del comma 283 dell'art. 1 della legge 24 dicembre 2007, n. 244 e del correlato D.P.C.M. 1 aprile 2008 che hanno previsto il trasferimento al servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie penitenziarie "ivi comprese quelle concernenti il rimborso alle comunità terapeutiche delle spese sostenute per il mantenimento, la cura e l'assistenza medica dei detenuti di cui all'art. 96, comma 6 e 6 bis del Testo Unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309", questo Generale Ufficio ha rimborsato nel 2009 e rimborserà nel 2010 solo le comunità terapeutiche ubicate nelle Regioni a statuto speciale e nelle Province autonome di Trento e Bolzano.

V.1.4 MINISTERO DELL'INTERNO

V.1.4.1 Strategie e programmazione attività 2009 o orientamenti generali

Dipartimento della Pubblica Sicurezza – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

Riferimenti normativi e Presentazione DCSA

Più che mai in sintonia col processo di globalizzazione, negli ultimi decenni la diffusione della droga ha investito tutti i continenti provocando spesso pesanti ricadute negative su settori vitali di ciascun Paese, quali la salute e l'economia. Si tratta, non vi è dubbio, di un problema di non facile soluzione sia per la protezione che in alcune aree godono produttori e trafficanti di stupefacenti, spesso collusi con gruppi terroristici, sia per i frequenti mutamenti degli scenari che vedono rotte e mercati gestiti per lo più da esperte organizzazioni criminali multinazionali.

Un'adeguata azione di contenimento dell'offerta di droga non può prescindere, pertanto, dall'adozione di mirate strategie di contrasto e da un efficace sviluppo dei rapporti di cooperazione fra le diverse agenzie internazionali che operano nel settore.

E' su tale base che, con legge n. 16 del 15 gennaio 1991, è stata istituita, nell'ambito del Dipartimento della Pubblica Sicurezza, la Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, composta in misura paritetica da personale della Polizia di Stato, dell'Arma dei Carabinieri e della Guardia di Finanza.

La D.C.S.A, fra i cui compiti principali figurano il coordinamento generale a livello nazionale e internazionale delle attività investigative antidroga, lo sviluppo dei rapporti internazionali, nonché l'elaborazione di analisi strategiche e operative, è composta da tre Servizi (Affari Generali e Internazionali; Studi, ricerche e informazioni; Operazioni antidroga) e dall'Ufficio Programmazione e Coordinamento Generale.

Inoltre, per consentire un costante monitoraggio dei diversi contesti dove il fenomeno del narcotraffico nasce e si evolve, nonché per un efficace raccordo con i competenti organismi esteri, mirato a favorire la rapida soluzione di problematiche di natura giudiziaria e di polizia, la D.C.S.A. si avvale di propri Esperti Antidroga dislocati presso le rappresentanze diplomatiche e gli uffici consolari di 20 Paesi stranieri che maggiormente sono interessati alla produzione, commercializzazione e transito illecito delle sostanze stupefacenti. Le sedi sono ubicate nei seguenti continenti:

- per l'area delle Americhe: Miami, Bogotà, Caracas, Lima, La Paz, Buenos Aires e Brasilia
- per l'area africana: Dakar e Rabat;
- per l'area asiatica: Istanbul, Beirut, Ankara, Islamabad, Bangkok, Teheran, Kabul e Tashkent;
- per l'area europea: Madrid, Lisbona, Budapest e Mosca.

Coordinamento amministrativo: l'intensa attività svolta dalla D.C.S.A. nel settore del coordinamento investigativo ha consentito, anche nel 2009, di concludere positivamente numerose operazioni antidroga sia a livello nazionale che internazionale, molte delle quali di particolare rilevanza relativamente alle organizzazioni indagate e ai quantitativi di stupefacenti sequestrati.

Le convergenze investigative evidenziate dalla D.C.S.A. nel corso del 2009 (ossia, la concentrazione di indagini attorno a un medesimo contesto criminoso da parte di più reparti, gli uni spesso all'insaputa degli altri) sono state 789, con un incremento del 4,23% rispetto all'anno precedente. Le conseguenti riunioni info-operative, oltre a permettere un impiego più razionale delle risorse umane e finanziarie, si sono tradotte in un proficuo e diretto interscambio di informazioni che ha favorito una migliore programmazione delle successive linee di azione (una media di 2,4 riunioni a settimana). Non vi è dubbio che il complessivo andamento positivo dell'attività di contrasto alla droga negli ultimi anni da parte delle Forze di Polizia

è anche il risultato del progressivo affinamento e consolidamento delle tecniche e dei programmi di coordinamento dispiegati dalla D.C.S.A..
La Direzione, sul piano nazionale, ha, inoltre, fornito il consueto supporto tecnico e logistico concretizzatosi nell'assegnazione a Reparti ed Uffici di Polizia di strumenti ad elevata tecnologia fornendo, altresì, alle operazioni antidroga un fondamentale contributo informativo ed orientandole verso le migliori strategie di contrasto al crimine nazionale e transnazionale.
In un contesto più squisitamente operativo, la D.C.S.A. è stata impegnata anche nel coordinamento di diverse operazioni speciali come le consegne controllate di sostanze stupefacenti (sono state 11 quelle nazionali e 23 quelle internazionali). Tale istituto, che consente agli operatori di polizia impiegati in attività antidroga di infiltrarsi negli ambienti criminali e di effettuare acquisti simulati di stupefacente (nel 2009 gli acquisti sono stati 11) al solo fine di acquisire elementi di prova, è ormai uno strumento giuridico investigativo consolidato nella stragrande maggioranza degli ordinamenti degli Stati. Notevole è stato anche l'apporto fornito dalla D.C.S.A. alle commissioni rogatorie internazionali sia dall'estero che verso l'estero. La raggiunta consapevolezza che il fenomeno droga va combattuto su larga scala, unendo gli sforzi delle diverse agenzie antidroga che operano nei luoghi di produzione degli stupefacenti, di transito e di consumo, ha rafforzato l'esigenza della collaborazione internazionale. Le commissioni rogatorie sono state 41, 7 dall'estero e 34 verso l'estero. La collaborazione con gli organismi internazionali, che ha raggiunto ottimi livelli, è stata resa possibile anche in virtù degli eccellenti rapporti che la D.C.S.A. ha instaurato sia direttamente sia attraverso la rete degli Esperti Antidroga dislocati nelle aree ritenute strategiche in materia di produzione, transito e consumo di droga. La mirata attività di osservazione e studio delle specifiche realtà criminose da parte degli Esperti Antidroga, nonché il continuo scambio informativo con gli organismi paritetici internazionali consentono alla D.C.S.A. di disporre di quadri conoscitivi sempre aggiornati in modo da pianificare efficaci misure di prevenzione e contrasto.

Attività	**2008**	**2009**	**%**
Convergenze info-investigative	757	789	+4,23
Consegne controllate nazionali	15	11	-26,67
Consegne controllate internazionali	16	23	+43,75
Riunioni di coordinamento e/o missioni info-operative presso la D.C.S.A. ed in Italia	58	69	+18,97
Riunioni di coordinamento e/o missioni info-operative all'estero	83	57	-31,33
Commissioni rogatorie internazionali dall'estero verso l'Italia	11	7	-36,36
Commissioni rogatorie internazionali dall'Italia verso l'estero	23	34	+47,83
Acquisti simulati di droga Agente sottocopertura	13	11	-15,38
Operazioni antidroga pendenti	1.063	1.354	+27,38

V.1.4.2 Presentazione: organizzazione, consuntivo sintetico delle principali attività

Organizzazione e attività

Cooperazione internazionale: il contrasto al traffico di droga quale fenomeno di assoluta rilevanza nel panorama del crimine transnazionale, rende necessario il costante impegno della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga nello sviluppo e nel consolidamento dei rapporti di collaborazione internazionale, sia nei fori multilaterali di importanza strategica che a livello bilaterale.

In particolare, nell'anno 2009 è stata posta specifica attenzione alla:

- organizzazione di riunioni ed incontri, in Italia e all'estero, con omologhi Organismi e con gli Ufficiali di collegamento antidroga accreditati in Italia;
- partecipazione ai principali fori internazionali in materia di lotta al traffico illecito degli stupefacenti;
- predisposizione di proposte per la promozione di "Accordi di cooperazione", in stretto raccordo con il Servizio Relazioni Internazionali dell'Ufficio Coordinamento e Pianificazione delle Forze di Polizia, competente nello specifico settore.

La pianificazione di riunioni ed incontri, in Italia e all'estero, organizzati dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga con gli omologhi Organismi di polizia esteri, ha lo scopo di migliorare l'efficacia della collaborazione e cooperazione, anche operativa, nello specifico ambito.

La partecipazione ai principali fori internazionali ha visto la Direzione Centrale per i Servizi Antidroga impegnata su più fronti. In ambito Unione Europea, la D.C.S.A. interviene attivamente alle riunioni mensili del Gruppo Orizzontale Droga la cui funzione è quella di esaminare, in un'ottica interdisciplinare, le proposte ed i progetti presentati dagli Stati Membri o dagli Organismi comunitari e relativi ad iniziative di prevenzione e contrasto all'uso ed abuso di sostanze stupefacenti e al traffico illegale, nonché le misure ed i provvedimenti normativi ispirati dalla Strategia e dal Piano d'Azione europei in materia di droga.

Durante i due semestri dell'anno 2009, sotto la presidenza della Repubblica Ceca e della Svezia, varie questioni sono state poste al centro del dibattito delle delegazioni dei 27 Paesi Membri e degli Organismi Europei interessati (Commissione Europea, Osservatorio Permanente sulle Droghe e Tossicodipendenze di Lisbona, Europol ed Eurojust).

La Direzione Centrale prende anche parte ai lavori del "Dublin Group", foro con compiti consultivi in materia di coordinamento delle politiche di cooperazione regionale a favore dei Paesi di produzione e di transito degli stupefacenti.. L'Italia presiede il Mini Gruppo di Dublino per l'Asia Centrale, al quale la D.C.S.A., attraverso gli Esperti Antidroga di stanza in Uzbekistan e in Russia, fornisce il pertinente contributo istituzionale, tecnico ed organizzativo ai Capi Missione.

Nel periodo di riferimento è proseguita, inoltre, la collaborazione operativa nell'ambito di progetti multilaterali che coinvolgono le autorità di law enforcement dei Paesi UE, quali i due progetti "Cospol" sul traffico di eroina e di cocaina e gli AWF (Analysis Work File) di Eurogol dedicati alla materia droga:

- Mustard (eroina);
- COPPER (criminalità albanese);
- COLA (cocaina);
- EEOC TOP 100 (East European Organized Crime);
  SINERGY (ecstasy).

La collaborazione di questa Direzione Centrale con U.N.O.D.C.[1] (United Nations Office on Drug and Crime) si sviluppa, oltre che in progetti specifici:

- nel contesto della Sessione annuale della Commissione Stupefacenti (C.N.D.) dell'O.N.U., l'ultima delle quali si è tenuta a Vienna dal 11 al 15 marzo 2009. In tale occasione sono stati adottati una Dichiarazione Politica ed un Piano d'Azione sulla cooperazione internazionale nella lotta alla droga vista come problema globale, che individuano le priorità e gli obiettivi da raggiungere.
- nelle riunioni, anche queste annuali, dei Capi dei Servizi Antidroga di Africa, Asia, America Latina e Caraibi ed Europa - H.O.N.L.E.A (Head of National Drug Law Enforcement Agencies) – nel cui ambito i Capi degli Uffici Antidroga nazionali appartenenti ad una stessa area geografica (Honlea Europa – Honlea Africa – Honlea Asia e Pacifico – Honlea America Latina e Caraibi) confrontano le proprie strategie di prevenzione

e repressione alla specifica fenomenologia delittuosa, migliorando i processi di cooperazione internazionale tra i diversi organismi antidroga in tema di narcotraffico.

- nel contesto del c.d. "Patto di Parigi", iniziativa sotto la responsabilità di U.N.O.D.C. a cui partecipano 56 Paesi, finalizzata al contrasto al narcotraffico sulle rotte che dall'Asia Centrale portano la droga in Europa, prosegue la partecipazione dei rappresentanti di questa Direzione Centrale alle tavole rotonde di esperti. Nell'ambito della Presidenza Italiana del G8, si sono svolte le riunioni del Gruppo Roma/Lione, che elabora iniziative per il contrasto alla criminalità ed al terrorismo.

Ufficio Programmazione e Coordinamento Generale

L'Ufficio Programmazione e Coordinamento Generale è l'articolazione della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga che cura il raccordo fra il Ministero dell'Interno – Dipartimento della Pubblica Sicurezza e le altre Amministrazioni ed Enti, pubblici e privati, coinvolti a vario titolo nella lotta alla droga. In questo ambito concorre, tra l'altro, con la predisposizione di progetti finalizzati alla prevenzione delle tossicodipendenze che prevedono il coinvolgimento delle Forze di Polizia.

Attività della Sezione Affari legislativi

Nel corso del 2009 la Sezione "Studi, Ricerche, Affari Legislativi e analisi delle tossicodipendenze" ha svolto una proficua attività nell'ambito delle competenze ad essa demandate.

Formazione: la Sezione Addestramento e Corsi di Formazione di questa DCSA, continua a promuovere ed organizza dei corsi interforze di qualificazione ed aggiornamento nel settore stupefacenti. Analoga esigenza è ritenuta necessaria anche dalle agenzie antidroga estere, suffragata dall'aumento delle richieste di interscambio formativo tecnico-operativo. In ambito UE è stata inoltre fornita una costante partecipazione in seno ai corsi organizzati dall'Accademia Europea di Polizia (CEPOL). Con il contributo della Commissione Europea - Strumento di stabilità - si è aperto un settore di consulenza per i Paesi del Centro e Sud America. Nel corso dell'anno 2009, sono state realizzate varie attività formative sia in ambito nazionale e sia internazionale come esemplificato nel quadro sotto riportato.

L'Ufficio delle Nazioni Unite Droga e Criminalità (UNODC) è un organismo istituito nel 1997 quale leader mondiale nella lotta contro gli stupefacenti e la criminalità organizzata. La sua sede centrale è a Vienna e dispone di 21 uffici periferici nonché di ufficiali di collegamento a New York. Il 90% del budget è rappresentato essenzialmente da contributi governativi. Ha rilevato le funzioni precedentemente svolte dall'UNDCP (United Nations International Drug Control Programme). L'UNODC ha il mandato di assistere gli Stati membri nella lotta contro gli stupefacenti, la criminalità e il terrorismo. I tre Pilastri del programma di lavoro dell'UNODC sono la ricerca e lavoro analitico per accrescere la conoscenza e la comprensione delle questioni droga e criminalità, il lavoro normativo per assistere gli Stati membri nella ratifica e attuazione dei trattati internazionali, sviluppo della legislazione nazionale sulla droga, criminalità e terrorismo e i progetti di cooperazione sul campo per accrescere le potenzialità degli Stati membri nella lotta contro le droghe illecite, la criminalità ed il terrorismo.

Quadro riepilogativo delle attività di formazione

Attività	**Nr.**
Corsi formativi a organismi di Polizia esteri	5
Aggiornamenti professionali a organismi di Polizia italiani	18
Corsi di responsabili/agenti undercover	2

Sostegno tecnico-logistico

Fra le strategie volte a realizzare un contrasto sempre più efficace nei confronti delle organizzazioni criminali coinvolte nel narcotraffico, la D.C.S.A. ha incluso, sin dalla sua istituzione, il potenziamento e l'aggiornamento continuo del settore tecnico-logistico in modo da fornire alla rete dei servizi territoriali, specie nelle indagini di rilevanza nazionale ed internazionale, strumenti d'avanguardia così da ridurre l'impunità che i gruppi criminali dediti ai traffici illeciti tentano di conseguire, spesso con il ricorso ai mezzi messi a disposizione dalla moderna tecnologia

V.1.4.3 Principali prospettive emerse nel 2009 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili auspicate

Organizzazione e attività

Il fenomeno droga ha progressivamente assunto connotati di crescente complessità, sia in termini di pervasività di traffico che di impatto sociale del consumo. La determinazione delle caratteristiche tendenziali, nonché la visione aggiornata degli scenari nazionali ed internazionali di tale fenomeno, sono ricercate tramite un approccio giornaliero adeguatamente strutturato tra i settori analisi, statistico ed informatico. Tale criterio ha consentito la realizzazione di una considerevole attività di studio, di ricerca informativa e di intelligence. In particolare, quest'ultima, viene sviluppata mediante l'analisi approfondita:

- dei dati relativi alle aree di produzione mondiali ed ai relativi livelli di produzione;
- delle informazioni sulle linee di transito degli stupefacenti e sulle organizzazioni criminali che gestiscono le varie fasi;
- della movimentazione dei precursori e delle sostanze chimiche di base;
- delle principali operazioni antidroga;
- dei dati statistici inerenti gli arresti dei soggetti coinvolti nel traffico illecito ed i sequestri di droga.

L'esame di tali notizie, fondamentali per la predisposizione di quadri conoscitivi ed appunti informativi utili ad orientare l'attività di polizia nell'azione antidroga, si sviluppano su due distinti profili analitici: strategico ed operativo.

L'analisi strategica consente di predisporre rapporti di situazione sulle problematiche connesse al fenomeno droga e sue implicazioni. In questo caso la base informativa viene sviluppata dagli analisti criminali mediante l'utilizzo di software opportunamente dedicati, che per altro rappresentano lo "standard" mondiale nel campo dell'analisi di intelligence, e attraverso la consultazione delle fonti Istituzionali, delle fonti aperte, etc..

L'analisi operativa si delinea utilizzando fondamentalmente fonti di tipo istituzionale e viene avviata allorquando l'indagine del reparto operante presenti una o più convergenze di tipo investigativo, ovvero in presenza di una mole di informazioni tali da richiedere un approccio di tipo specialistico.

In tali contesti vengono definiti gli elementi di connessione tra le singole indagini, ovvero soggetti, utenze telefoniche ecc. mediante l'utilizzo di particolari software in grado di rappresentare visivamente dette connessioni rendendo immediata la comprensione di situazioni altrimenti difficili da riepilogare.

In tal modo è possibile:

- identificare i soggetti con i relativi ruoli svolti all'interno della organizzazione;
- ricostruire i flussi delle sostanze stupefacenti e le modalità di trasferimento del denaro;
- porre in evidenza le aree marginali delle investigazioni suggerendo le possibili nuove linee di indagine;
- facilitare l'attivazione degli Esperti antidroga della D.C.S.A. per stabilire contatti info-investigativi con organi collaterali esteri o gli Esperti antidroga stranieri presenti in Italia.

V.1.5 MINISTERO DEGLI AFFARI ESTERI

V.1.5.1 Strategie e programmazione attività 2009 o orientamenti generali

Coordinamento Esteri/DPA
Linea italiana sulla riduzione del danno

Nella definizione degli obiettivi e delle strategie in materia di stupefacenti nell'ambito dei principali fora multilaterali, nel 2009 il Ministero degli Affari Esteri si è strettamente coordinato con il Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Gli obiettivi generali sono stati di duplice natura.

Sul lato della gestione delle problematiche connesse alla domanda di droga (assistenza sociale e sanitaria), si è puntato a promuovere la linea di azione italiana in materia di "riduzione del danno".

Sul lato della prevenzione e del contrasto dell'offerta di droga, l'azione prioritaria è stata quella di portare all'attenzione della Comunità internazionale, in tutti i competenti esercizi internazionali, i legami intercorrenti fra traffico di droga e crimine organizzato transnazionale.

Si è inoltre concorso, in coordinamento con la Direzione Centrale Servizi Antidroga, al monitoraggio internazionale dei traffici di cocaina, oppiacei e precursori nonché alla definizione ed all'indirizzo dei progetti di assistenza tecnica bilaterale e multilaterale.

V.1.5.2 Presentazione: organizzazione, consuntivo sintetico delle principali attività

Progetto di assistenza formativa in Africa Occidentale

In ambito UE e ONU, di estremo rilievo sono risultati i negoziati in materia di "riduzione del danno", sfociati in una Dichiarazione conforme alla posizione italiana adottata a Vienna nel marzo 2009 dalla Commissione Droghe Narcotiche del Consiglio Economico e Sociale delle Nazioni Unite. In collaborazione con UNODC, nel 2009 è stato messo in cantiere un progetto di assistenza formativa a quattro Paesi dell'Africa Occidentale attraversati dalle rotte della cocaina di provenienza latino-americana (Senegal, Mali, Guinea Bissau e Sierra Leone). Finanziato dal Ministero degli Affari Esteri, tale progetto, del valore di 1.288.878 dollari, è stato assegnato alla Guardia di Finanza per essere eseguito nel 2010.

In ambito UNODC, particolare importanza strategica hanno rivestito anche la Risoluzione Crimine promossa dall'Italia nonché la Risoluzione Droga proposta dal Messico con il sostegno italiano, entrambe adottate dall'Assemblea Generale a New York nel dicembre 2009.

Di particolare rilievo ai fini del perseguimento degli obiettivi generali di prevenzione e contrasto dell'offerta di droga è stata l'attività espletata dal Ministero degli Affari Esteri nell' ambito del Gruppo di Dublino, sia a livello centrale, nelle riunioni svoltesi a Bruxelles, sia a livello locale nelle riunioni dei Mini Gruppi di Dublino svoltesi in tutti i principali Paesi affetti dalla produzione e dal transito di stupefacenti, in particolare in quelli dell'Asia Centrale, area per la quale l'Italia ha continuato a detenere nel 2009 la Presidenza regionale assegnatale nel 2007.

In ambito G8, l'Italia ha colto l'occasione della sua Presidenza per organizzare, in seno ai lavori del Gruppo Roma-Lione svoltisi a Napoli nell'aprile 2009 (si tratta

del Gruppo di esperti in materia di controterrorismo e lotta al crimine organizzato), una riunione operativa finalizzata al potenziamento del coordinamento degli Otto in materia di contrasto del traffico di oppiacei provenienti dall'Afghanistan. A tale riunione, hanno preso parte per l'Italia gli esperti antidroga operanti in Afghanistan e nei principali Paesi di transito (Pakistan, Iran, Turkmenistan, Kirghizistan, Tagikistan e Uzbekistan).

V.1.5.3 Principali prospettive emerse nel 2009 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili auspicate

Decennale della Convenzione di Palermo

Nel 2009 è stata rilevata l'opportunità di proseguire nel 2010 l'impegno in materia di promozione della prevenzione del consumo e, in maniera correlata, di definizione, ove necessario, del concetto di "riduzione del danno" alla luce delle normative e priorità nazionali volte al recupero clinico e sociale dei tossicodipendenti.

E' inoltre apparso opportuno proseguire e sviluppare, pur nei limiti della ristretta disponibilità di fondi, le attività di assistenza tecnica ai Paesi più bisognosi. Si è inoltre registrato un diffuso consenso delle competenti Amministrazioni giudiziarie e di Polizia italiane circa l'opportunità di cogliere l'occasione offerta dal decennale della Convenzione di Palermo, firmata nel 2000, per meglio perseguire, sul piano globale, la repressione del traffico di stupefacenti attraverso la lotta al Crimine Organizzato Transnazionale.

V.1.6 MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ' E DELLA RICERCA

V.1.6.1 Presentazione: organizzazione, consuntivo sintetico delle principali attività

Organizzazione e attività svolte

I momenti più significativi nella vita dei giovani avvengono in età scolare e questi possono avvicinarsi alle sostanze psicoattive come sollievo alle difficoltà emotive che incontrano nella loro vita e come parte della ricerca di appartenenza al gruppo dei pari. La scuola quindi diviene un luogo di elezione in cui progettare ed attuare programmi di prevenzione universale aspecifica e prevenzione specifica che includano tutte le sostanze psicoattive

Nel corso del 2009 il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e delle Ricerca (MIUR) ha implementato diverse iniziative nella prevenzione universale delle dipendenze condotte sia a livello nazionale che locale con l'obiettivo di attivare iniziative grazie alle quali gli stessi giovani possano crescere, maturare, sviluppare una personalità piena e senso sociale, e che quindi possano costituire un'essenziale forma di protezione nei confronti degli alunni e dei giovani studenti rispetto al rischio di comportamenti e stili di vita dannosi per la salute.

Le iniziative promosse a livello nazionale hanno riguardato: la sperimentazione dell' insegnamento di "Cittadinanza e Costituzione" in tutti gli ordini scuola; l'attivazione di centri di aggregazione giovanili, attività di supporto alla famiglia, incontri di alunni dei paesi mediterranei.

L'introduzione dell'insegnamento di "Cittadinanza e costituzione", con legge n.169 del 30/10/2008 risponde ad emergenze educative di vario tipo e prevede anche l'educazione alla salute con l'obiettivo di far comprendere la necessità di modificare comportamenti e stili di vita errati per il proprio benessere psico-fisico, capire le conseguenze personali e sociali dei danni procurati alla salute propria e altrui da comportamenti scorretti, promuovere l'educazione alla salute come

"fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività", considerare gli effetti dannosi dell'abuso di droghe e alcol sull'individuo e sulla società.
Nel corso del 2009 si è conclusa la sperimentazione in 20 Centri di aggregazione giovanili (*2you*) al termine della quale, è stato possibile stendere un modello dei centri "diversificato e operativo territorialmente" con l'obiettivo della stabilizzazione del servizio che presenta specificità e caratteristiche che lo rendono diverso, in particolare nel raccordo alle persone giovani e alle famiglie e per favorire la costituzione di organizzazioni condotte dalle scuole per rendere stabile e sostenibile il servizio.
I Centri di aggregazione, localizzati in territori su cui insiste una alta presenza di disagio giovanile, rappresentano quindi dei "luoghi" dove è possibile creare occasioni nelle quali i giovani studenti, e non, rivestono un ruolo centrale e da protagonisti. Ogni Centro ha l'obiettivo di offrire "attività di qualità" (concerti, mostre, attività sportiva, laboratori) grazie alle quali gli stessi giovani possano crescere, maturare, sviluppare una personalità piena e senso sociale e recuperare anche il ruolo pieno di studente.
Sulla base dei positivi risultati raggiunti, si è stabilito pertanto di prorogare il citato servizio per un periodo temporale di nove mesi, a partire da settembre 2009, in 14 dei succitati centri con le attività che hanno riscosso maggiore successo e che si sono rivelate maggiormente efficaci nella prevenzione per consentire la piena sperimentazione dell'innovativo modello proposto.

Per quanto riguarda le attività di supporto alle famiglie, si è conclusa la sperimentazione del metodo SFP (Strengthenng Families Program) che ha come obiettivo primario la riduzione del rischio di abuso di sostanze stupefacenti agendo su bambini (8-11 anni) e sulle famiglie. Questo programma non si applica separatamente ai bambini o ai loro genitori, ma alla famiglia intera con la riduzione di problemi comportamentali, il miglioramento dei rapporti familiari, l'aumento delle capacità sociali del bambino e la conseguente prevenzione dell'abuso di alcool e droghe. Dalla sperimentazione in 47 centri distribuiti su tutto il territorio nazionale ed il coinvolgimento di più di 2000 famiglie, sono emersi alcuni elementi di successo: rafforzamento dei legami familiari intergenerazionali; ampio sviluppo dell'attaccamento ai genitori e senso di appartenenza alla famiglia; miglioramento delle relazioni genitori-figli e delle dinamiche all'interno dei nuclei familiari; insegnamento della pratica del comunicare bene.
Al termine della sperimentazione, tenendo conto delle valutazioni ex ante, in itinere ed ex post e dei contributi della sperimentazione, sono stati redatti i documenti/rapporti che ne permettono la disseminazione su tutto il territorio nazionale. Inoltre è possibile affermare che è stato possibile rintracciare dei cambiamenti avvenuti in seguito al percorso formativo e che le attività hanno svolto un ruolo determinante in termini di fattore protettivo laddove erano presenti fattori di rischio percepiti.
Il Patto d'intesa dei Giovani del Mediterraneo vede inizialmente coinvolti i giovani tre paesi del Mediterraneo Egitto, Tunisia e Italia e nasce dalla reciproca necessità di costruire un nucleo che coniughi le volontà dei 3 paesi vedendo i giovani in prima linea, nella lotta alle tossicodipendenze.
Attraverso tale patto le nuove generazioni sono impegnate in questa volontà di cambiamento e nell'impegno alla lotta a quel disagio comune a tutti i paesi, che non conosce differenza di lingua, tradizioni e cultura, e che affligge tali realtà nella forma delle dipendenze.
Nel corso del 2009 si sono svolti 3 incontri, nei rispettivi paesi e con la rappresentanza di tutti i paesi coinvolti, che hanno stimolati gli studenti a far proprio quel ruolo di attivi attori protagonisti nell'ambito della lotta alle dipendenze, e nella promozione/sensibilizzazione dei giovani ai valori della libertà, dell'uguaglianza dei popoli, promuovendo un rapporto di continua e forte coesione

tra i giovani protagonisti dei paesi membri.

V.1.6.2 Principali prospettive emerse nel 2009 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili auspicate

Prospettive prioritarie

Dai risultati raggiunti dei progetti attuati nel 2009 emerge la necessità di sviluppare programmi di prevenzione sin dalla scuola primaria e per tutta la durata dell'adolescenza con il coinvolgimento degli studenti come attivi attori protagonisti nell'ambito della lotta alle dipendenze e delle famiglie quale luogo di prevenzione generale, al fine di favorire lo sviluppo di specifiche attitudini educative da parte dei genitori per la prevenzione dell'uso di droghe e di alcol.

V.1.7 Comando Generale della Guardia di Finanza

V.1.7.1 Strategie e programmazione attività 2009 o orientamenti generali

III Reparto Operazioni – Ufficio Economia e Sicurezza

Funzioni e competenze

Il traffico internazionale di sostanze stupefacenti continua a rappresentare una grave minaccia, oltre che per la salute e la sicurezza pubblica, anche per la stabilità di molti Paesi. Infatti, da un lato, il narcotraffico produce effetti preoccupanti sullo scenario geopolitico mondiale, saldandosi, sovente, a fenomeni di criminalità organizzata transnazionale e, talvolta, a cellule terroristiche. In ogni caso, ne conseguono gravi turbative per taluni Stati di produzione o di transito degli stupefacenti, quali, ad esempio, la Colombia, il Messico e l'Afghanistan.

Dall'altro, i rilevantissimi flussi di denaro di provenienza illecita, generati dalle transazioni collegate alla compravendita della droga, hanno un impatto fortissimo sui mercati finanziari e sono in grado, da soli, di inquinare i sistemi economici di molti Paesi. Per questo, la lotta al traffico di sostanze stupefacenti deve muoversi su una duplice direttrice, una rivolta ad interrompere le spedizioni di sostanze stupefacenti, l'altra mirata ad intercettare il denaro diretto alle organizzazioni criminali ed a riconoscere i suoi successivi reimpieghi, anche nel mondo dell'economia lecita. Con riguardo alla prima linea direttrice, bisogna tener conto che i trafficanti ricercano continuamente nuovi *modus operandi* e nuove rotte in ogni continente, nel tentativo di limitare i rischi di scoperta e di sequestro dei carichi di stupefacenti. Le investigazioni devono, pertanto, basarsi su una valida attività informativa e su un'efficace cooperazione internazionale: è questo il campo d'azione delle Forze di Polizia, che, in Italia, si dispiega sotto il coordinamento della Direzione Centrale dei Servizi Antidroga, unico interlocutore nazionale con i corrispondenti servizi delle polizie estere e referente per tutte le operazioni investigative speciali.

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

Le potenzialità del Corpo emergono, tuttavia, in modo ancora più accentuato nello sviluppo del secondo filone di contrasto al fenomeno, quello incentrato sugli aspetti economici e finanziari.

In tale contesto, la Guardia di Finanza può mettere in campo le proprie competenze e professionalità derivanti dal ruolo di polizia economico-finanziaria, che le hanno consentito di sviluppare moduli operativi, quali verifiche contabili, analisi di bilancio, indagini patrimoniali e finanziarie, assolutamente indispensabili nell'opera di ricostruzione delle movimentazioni dei capitali illeciti, del loro riciclaggio e reimpiego in attività lecite.

A partire dal 2009, peraltro, il Corpo ha pianificato ed attuato un'intensificazione del contrasto sul versante patrimoniale alle organizzazioni criminali, dedite alla commissione dei più gravi reati, primi fra tutti il traffico di sostanze stupefacenti, attraverso un sistematico ricorso all'applicazione degli strumenti normativi che

consentono di pervenire alla confisca dei beni.
In tal modo, si sta ottenendo un rafforzamento dell'azione di repressione dei traffici della specie, già da tempo svolta dalle unità operative del Corpo, sottraendo alle compagni criminali quelle risorse economico-finanziarie che rappresentano lo scopo del loro illecito operare.

V.1.7.2 Presentazione: organizzazione, consuntivo sintetico delle principali attività

Organizzazione e attività

Il modello operativo-strategico che il Corpo mette in campo nell'azione di prevenzione/repressione si sviluppa lungo quattro direttrici fondamentali che fanno parte di un "sistema operativo integrato":

- il presidio di vigilanza a mare, per finalità di polizia economico-finanziaria e di contrasto ai traffici illeciti, mediante la propria componente aeronavale;
- la vigilanza della frontiera comunitaria esterna (terrestre, marittima, aeroportuale ed intermodale), ove il Corpo assicura, in corrispondenza delle vie di accesso doganali, in modo permanente e sistematico, unitamente al personale dell'Agenzia delle Dogane, presidi fissi per il controllo di persone, bagagli, automezzi e merci, per la prevenzione e repressione dei traffici illeciti sotto il profilo doganale e valutario;
- il controllo economico del territorio da parte delle unità che operano "su strada", tra le quali rientrano le pattuglie in servizio di pubblica utilità "117";
- le attività investigative, di più ampio respiro, poste in essere dai Reparti Speciali, *in primis* S.C.I.C.O. e Nucleo Speciale Polizia Valutaria, dai Nuclei di polizia tributaria e dai Reparti territoriali mediante il ricorso agli strumenti tipici della polizia tributaria, amministrativa e/o giudiziaria.

Questo dispositivo ha consentito nel tempo non solo di rappresentare un baluardo contro i tentativi di penetrazione dei traffici illeciti, in particolare del contrabbando e degli stupefacenti, ma anche di acquisire un'approfondita conoscenza delle dinamiche degli stessi, delle modalità e dei personaggi coinvolti.
Tutte le componenti del Corpo concorrono alla realizzazione del dispositivo ora cennato, ma meritano una particolare menzione:

- le Sezioni G.O.A. dei Gruppi di Investigazione Criminalità Organizzata (G.I.C.O.), che eseguono le più importanti indagini, anche di rilievo internazionale, sui traffici illeciti di stupefacenti, ricorrendo, in taluni casi, alle operazioni "sotto copertura". Le investigazioni antidroga si inseriscono frequentemente nell'ambito di più ampi contesti giudiziari aperti nei confronti delle cosche criminali, riconducibili alle note strutture di matrice autoctona (Cosa Nostra, 'Ndrangheta, Camorra e Sacra Corona Unita) o straniera;
- l'articolato dispositivo aeronavale per il controllo delle acque territoriali, contigue e internazionali, che si avvale di una flotta di 12 aerei, fra cui 4 ATR 42, 79 elicotteri, nonché 305 mezzi navali di varia tipologia, di cui 47 pattugliatori e guardacoste dedicati al servizio d'altura.

Le caratteristiche e le dotazioni dei mezzi aeronavali li rendono idonei ad azioni di scoperta ad ampio raggio, come quelle condotte nell'ambito dell'accordo di coordinamento tra forze di polizia di Italia, Francia, Spagna, Irlanda, Portogallo, Olanda e Regno Unito, denominato MAOC – N (Marittime Analysis Operation Center – Narcotics), che ha visto la creazione di un apposito centro a Lisbona per il contrasto dei traffici di stupefacenti a mare.
Il progetto ha consentito l'attuazione di importanti operazioni aeronavali congiunte, conclusesi con il sequestro di svariate tonnellate di cocaina, nelle quali

un ruolo fondamentale è stato rivestito dall'intervento del velivolo ATR 42 della Guardia di Finanza, in grado di localizzare da alta quota, in pieno Oceano Atlantico, i natanti segnalati. I Reparti che eseguono la vigilanza ai confini dello Stato, i quali si trovano ad operare negli scali portuali ed aeroportuali e lungo il confine marittimo e terrestre. In particolare, i porti italiani, appaiono fortemente interessati da arrivi di stupefacenti destinati al mercato nazionale ed europeo.
Nel 2009, alle frontiere marittime, per via intraispettiva o extraispettiva, sono stati intercettati il 73% dei volumi complessivamente sequestrati negli spazi doganali, mentre il 14% è stato fermato alle frontiere aeree ed il 12% a quelle terrestri.
Le unità cinofile antidroga, che, grazie ad un elevato standard addestrativo, sono impiegate con successo presso porti, aeroporti, valichi autostradali, stazioni ferroviarie, uffici postali, depositi merci e bagagli, all'esterno ed all'interno degli edifici ed in molte altre circostanze.
Il modello organizzativo, ora brevemente descritto, ha consentito, nel 2009, di eseguire 17.474 interventi a fini antidroga, con la denuncia, a vario titolo, di 8.863 soggetti, di cui 3.025 in stato di arresto e oltre 3.600 stranieri, a conferma dell'incidenza delle organizzazioni di matrice etnica nel traffico di sostanze stupefacenti.
Tale attività ha condotto anche al sequestro di complessivi 12.756 Kg di droga, tra cui 2.250 Kg di cocaina, 544 Kg di eroina e Kg. 9.392 di hashish e marjuana.
Da un incrocio dei dati del Corpo con quelli pubblicati dalla D.C.S.A, i sequestri operati dai soli Reparti della Guardia di Finanza rappresentano il 39% del totale, con un picco del 55% per la cocaina e del 47% per l'eroina.
Sul fronte delle attività di contrasto al riciclaggio di capitali illeciti, la Guardia di Finanza, nel 2009, ha effettuato 553 ispezioni antiriciclaggio, accertando 419 violazioni penali e/o amministrative. ed ha condotto 396 indagini di polizia giudiziaria, con la denuncia di 1166 soggetti per riciclaggio ed il sequestro di capitali per 302 milioni.
Inoltre, sono stati portati a termine accertamenti su 8.468 segnalazioni di operazioni sospette, il 40% delle quali hanno consentito di risalire alla sussistenza di tracce di reati e di violazioni alla normativa antiriciclaggio e valutaria.

V.1.7.3 Principali prospettive emerse nel 2009 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili auspicate

Prospettive prioritarie

A livello mondiale, oltre al traffico delle sostanze di provenienza vegetale, preoccupa il diffondersi di sostanze stupefacenti sintetiche, che, oltre ad averi effetti più potenti e dannosi, possono essere realizzate, a basso costo ed in modo relativamente semplice, in laboratori clandestini.
In questi processi produttivi vengono impiegati i c.d. "precursori", una serie di sostanze chimiche, di norma commercializzate in modo lecito ed utilizzate in numerosi processi industriali e farmaceutici, ma che possono avere una funzione cruciale nella produzione, fabbricazione e preparazione illecita di droghe d'abuso.
Alcuni di essi sono utilizzati dai trafficanti come materia prima di partenza, da trasformare in droghe sintetiche, quali amfetamine, ecstasy, LSD; altri precursori sono utilizzati come reagenti, con la funzione di trasformare una sostanza naturale in una droga d'abuso, in particolare per l'ottenimento di eroina e cocaina.
Fin dalla "*Convenzione delle Nazioni Unite contro il traffico illecito di stupefacenti e sostanze psicotrope*", siglata a Vienna nel 1988, le strategie di prevenzione internazionali raccomandano un controllo sui precursori.
Attualmente, accanto allo sviluppo dello studio europeo "Synergy", teso a supportare azioni investigative sulle illecite strutture di produzione delle droghe sintetiche, si è registrato un notevole interessamento anche del Gruppo Roma/Lione del G8 alla conduzione di un progetto rivolto al monitoraggio delle movimentazioni dei macchinari per il confezionamento di compresse di tipo

farmaceutico, attrezzature che sono indispensabili anche per la fabbricazione di droghe in pillole.
Sul piano nazionale, un certo allarme ha suscitato il diffondersi di esercizi commerciali denominati "*smart-shop*", cioè negozi che vendono le cosiddette "*smart-drugs*" (letteralmente "droghe furbe"): l'espressione trarrebbe origine dal fatto che il commercio e l'assunzione di tali sostanze non sono perseguibili, in quanto le stesse ed i relativi principi attivi non sono inclusi nelle tabelle che classificano le sostanze stupefacenti come proibite.
La presenza di questi negozi accrediterebbe la percezione di potersi approvvigionare di sostanze psicoattive senza incorrere in alcuna sanzione, nonché l'idea che esistano droghe lecite, non dannose per la salute, ma con effetti del tutto simili a quelli prodotti dalle sostanze vietate.
Il tema è ancora all'attenzione degli organi governativi, che hanno raccomandato un aggiornamento costante delle tabelle delle sostanze stupefacenti e psicotrope, ed è stato oggetto nel 2009 di articolate attività di servizio da parte di Reparti della Guardia di Finanza.
Grazie ad un'operazione avviata nella città di Ferrara, sono state denunciate decine di persone per avere istigato pubblicamente all'uso illecito delle sostanze stupefacenti, ipotesi di reato poi confermata dalla Suprema Corte, per la quale il reato di cui all'art. 82 D.P.R. 309/90 si configura anche "...nell'ipotesi in cui si forniscono agli acquirenti dettagliate informazioni circa le modalità di coltivazione dei semi di canapa indiana, al fine di far si che si ottengano piante idonee a soddisfare la richiesta di stupefacente, nonché circa i mezzi strumentali idonei alla coltivazione ottimale dei semi.....la coltivazione ha inevitabilmente il fine dell'uso, di tal che parlare di istigazione alla coltivazione equivale a parlare di istigazione all'uso" (Sentenza 23093/09 del 10 giugno 2009, Corte di Cassazione, 4^ Sezione Penale).

V.1.8. PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI – DIPARTIMENTO DELLA GIOVENTU'

V.1.8.1. Strategie e programmazione attività 2009 o orientamenti generali

Riferimenti normativi e Presentazione

Nell'ambito della più ampia delega concernente le politiche giovanili contenuta nel Decreto del Presidente del Consiglio dell'8 maggio 2008, il Ministro della gioventù è competente ad esercitare le funzioni, di cui all'art.1, comma 556,della legge 23 dicembre 2005, n.266, come da ultimo modificato dall'art.1, comma 1293, della legge 27 dicembre 2006, n.296, in tema di sensibilizzazione e prevenzione dei giovani rispetto al fenomeno delle dipendenze.
In tale quadro il Dipartimento della Gioventù ha promosso alcuni progetti volti ad approfondire la conoscenza del consumo da parte dei giovani di droghe e sostanze psicotrope con fini di miglioramento delle performances fisiche e psichiche, a prevenire i diversi fenomeni espressione di disagio giovanile tra cui quello delle tossicodipendenze ed a ridurre l'impiego di sostanze stupefacenti ed alcool alla guida.

V.1.8.2 Principali prospettive emerse nel 2009 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili auspicate

Progetti avviati nel 2009 e tuttora in corso

I progetti avviati, nel corso del 2009 e attualmente in corsi di realizzazione, sono i seguenti:

- "Nuovi consumi giovanili". Si tratta sia di uno studio in corso di realizzazione con l'Istituto Superiore di Sanità – Dipartimento del Farmaco – Osservatorio Fumo Alcool e Droga, volto ad effettuare un'analisi quali-quantitativa e farmaco-tossicologica delle nuove sostanze psicotrope consumate (Supplementi chimici, Energy drink, droghe non droghe e farmaci psicotropi per il miglioramento della performance psicofisica) da parte dei giovani; sia di un'indagine sull'uso di tali sostanze nei gruppi giovanili dai 14 ai 35 anni, I cui dati verranno raccolti ed elaborati per informare correttamente su questi nuovi consumi.
- "Indagine sociale sul disagio giovanile ed interventi di prevenzione" ha affidato all'Istituto per gli Affari Sociali la realizzazione di un progetto sperimentale per l'anno scolastico 2009-2010 in 20 scuole superiori presenti in 6 regioni. Tale iniziativa ha insieme il fine di svolgere un'indagine sociale inerente alcuni fenomeni del disagio giovanile. L'indagine si è svolta nei primi mesi di svolgimento delle attività progettuali, in modo di fotografare lo stato attuale dei giovani attraverso la somministrazione ed elaborazione di appositi questionari. In ogni scuola, classe o gruppo di classi, uno psicoterapeuta ha affrontato in otto incontri di approfondimento, quattro tematiche particolarmente significative per gli adolescenti: la crisi adolescenziale, il rapporto con il diverso, il bullismo, le dipendenze patologiche. All'inizio ed la termine di ogni incontro è stato somministrato un questionario, lo stesso, al fine di monitorare l'efficacia degli interventi. Successivamente, attraverso la creazione di una web tv nelle scuole coinvolte nel progetto, I ragazzi hanno potuto rappresentare quanto affrontato negli incontri e che hanno costituito la base di partenza per servizi giornalistici, indagini, interviste, canzoni, recite teatrali ripresi da una telecamera e trasmessi.
- "Operazione Naso Rosso" è un progetto affidato all'Istituto Superiore di Sanità e finalizzato a prevenire le cosiddette "stragi del sabato sera". Sono previste una serie di attività tese ad informare i giovani sui rischi della guida in stato di ebbrezza e, conseguentemente, a dissuadere dall'uso di droghe. Per prevenire il verificarsi di circostanze gravi per l'incolumità di giovani e non giovani, si è prevista un'azione su più livelli a partire dall'educazione stradale, passando per la sensibilizzazione dei giovani stessi. In particolare, le principali azioni implementate nei locali e nelle discoteche coinvolti nel progetto possono così sintetizzarsi:
  - La creazione di un punto d'informazione e counselling dove i ragazzi possono ricevere informazioni sulla sicurezza stradale e l'uso di sostanze cosiddette "ricreazionali", nonché confrontarsi con gli operatori per esporre qualunque tipo di problematica;
  - L'attivazione di un servizio di accompagnamento a casa con Mezzi Naso Rosso unicamente nel caso in cui, in presenza di un tasso alcolemico superiore al massimo consentito (0,5 grammi/litro), non esistano altre possibili soluzioni e/o interventi quali ad esempio l'utilizzo di auto di amici sobri, l'utilizzo di mezzi pubblici, etc;
  - La costituzione di una rete con enti, associazioni, famiglie, Polizia Stradale per rendere l'intervento capillarmente diffuso e le azioni idonee a permeare il territorio su cui si centrano.

Il progetto è tuttora in corso di svolgimento.

Capitolo V.2.

REGIONI

V.2.1. Indicatori di sintesi

V.2.1.1. Regione Abruzzo

V.2.1.2. Regione Basilicata

V.2.1.3. Regione Calabria

V.2.1.4. Regione Campania

V.2.1.5. Regione Emilia Romagna

V.2.1.6. Regione Friuli Venezia Giulia

V.2.1.7. Regione Lazio

V.2.1.8. Regione Liguria

V.2.1.9. Regione Lombardia

V.2.1.10. Regione Marche

V.2.1.11. Regione Molise

V.2.1.12. Regione Piemonte

V.2.1.13. Regione Puglia

V.2.1.14. Regione Sardegna

V.2.1.15. Regione Sicilia

V.2.1.16. Regione Toscana

V.2.1.17. Regione Umbria

V.2.1.18. Regione Valle d'Aosta

V.2.1.19. Regione Veneto

V.2.1.20. Provincia Autonoma di Bolzano

V.2.1.21. Provincia Autonoma di Trento

V.2.2. Comparazione dei dati delle Regioni e delle Province Autonome, mediante indicatori standardizzati: scostamenti regionali dalla media nazionale

V.2.2.1. Analisi bidimensionali su indicatori rilevanti per la valutazione dell'offerta assistenziale

V.2.3. Relazioni conclusive

V.2.3.1. Regione Abruzzo

V.2.3.2. Regione Basilicata

V.2.3.3. Regione Calabria

V.2.3.4. Regione Campania

V.2.3.5. Regione Emilia Romagna

V.2.3.6. Regione Friuli Venezia Giulia

V.2.3.7. Regione Lazio

V.2.3.8. Regione Liguria

V.2.3.9. Regione Lombardia

V.2.3.10. Regione Marche

V.2.3.11. Regione Molise

V.2.3.12. Regione Piemonte

V.2.3.13. Regione Puglia

V.2.3.14. Regione Toscana

V.2.3.15. Regione Umbria

V.2.3.16. Regione Valle d'Aosta

V.2.3.17. Regione Veneto

V.2.3.18. Provincia Autonoma di Bolzano

V.2.3.19. Provincia Autonoma di Trento

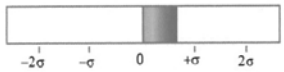
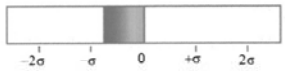
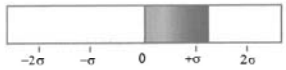
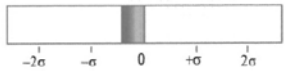
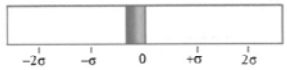
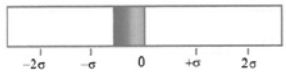
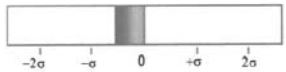
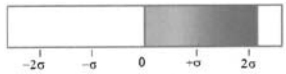
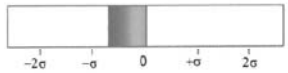
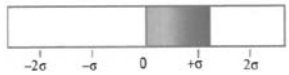
V.2.1 INDICATORI DI SINTESI

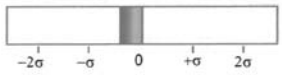
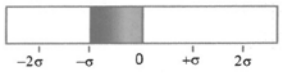
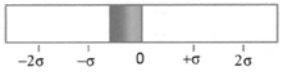
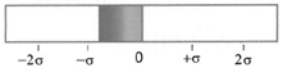
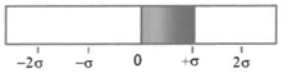
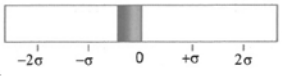
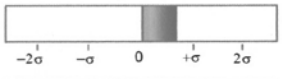
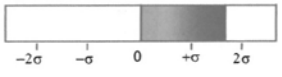
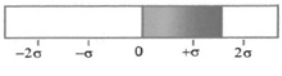
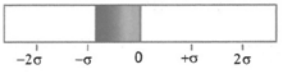
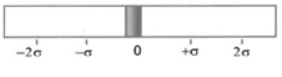
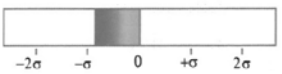
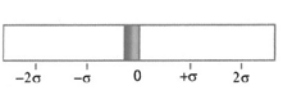
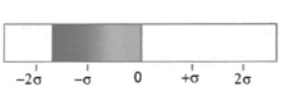
V.2.1.1 Regione Abruzzo

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2009	876.802	39.531.202
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	929	33.983
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	4.763	168.364

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori medi nazionali e scostamento standardizzato**(*) dalla media

Indicatori	Val. Regio naz.le	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei o cocaina (x 100.000 res.)	9,28	9,47	2,09	-1,96		-0-09
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 100.000 res.)	6,86	5,90	1,54	16,27		0,63
Persone con bisogno di trattamento per uso di cocaina (x 100.000 res.)	2,42	3,57	1,54	-32,21		-0,75
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	1,06	0,82	0,25	29,27		0,95
Tasso totale utenti per 1.000 res.	5,43	4,17	1,05	30,22		1,21
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	0,03	0,05	0,05	-40,00		-0,41
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	0,03	0,08	0,14	-62,50		-0,34
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	0,01	0,05	0,07	-80,00		-0,58
Percentuale utenti sottoposti a test HIV	19,50	38,25	14,13	-49,02		-1,33
Percentuale utenti positivi al test HIV sul totale utenti testati	5,93	9,75	7,12	-39,18		-0,54
Percentuale utenti sottoposti a test HBV	42,98	41,42	15,09	3,77		0,10
Percentuale utenti positivi al test HBV sul totale utenti testati	75,13	37,51	17,74	100,29		2,12
Percentuale utenti sottoposti a test HCV	37,38	47,08	14,04	-20,60		-0,69
Percentuale utenti positivi al test HCV sul totale utenti testati	74,23	61,28	10,85	21,13		1,19

Indicatori	Val. Regio naz.le	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)	11,06	12,05	2,45	-8,22		-0,40
Tasso di mortalità droga correlata (x 10.000 res.)	0,57	1,26	0,71	-54,76		-0,97
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	69,23	75,27	37,07	-8,02		-0,16
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	13,04	16,97	6,38	-23,16		-0,62
Soggetti segnalati art.75 per **regione di segnalazione** sul totale utenti in carico ai SerT.	12,74	18,48	7,15	-31,06		-0,80
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	16,42	10,25	6,16	60,20		1,00
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res	41,40	53,30	26,63	-22,33		-0,45
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res	12,09	9,08	4,62	33,15		0,65
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res	12,28	9,60	1,66	27,92		1,62
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	22,61	23,30	6,59	-2,96		-0,11
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	40,72	21,55	12,60	88,96		1,52
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	3,54	7,00	4,13	-49,43		-0,84
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	44,02	70,00	92,87	-37,11		-0,28
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	8,96	13,04	4,86	-31,29		-0,84
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 100.000 res)	4,87	5,63	2,66	-13,50		-0,29
Tossicodipendenti in affido art.94 sul totale utenti in carico ai SerT.	0,17	1,06	0,54	-83,96		-1,66

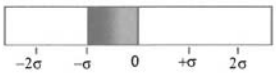
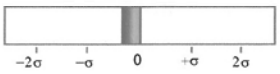
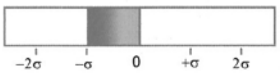
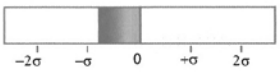
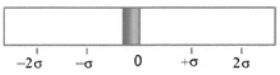
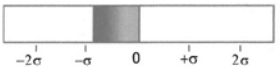
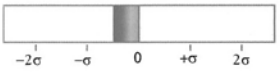
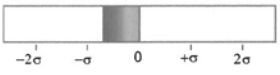
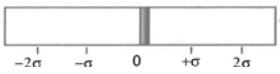
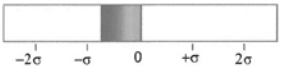
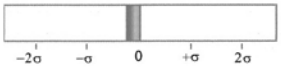
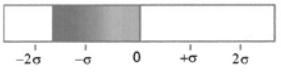
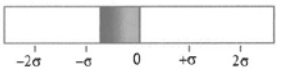
** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore medio nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

V.2.1.2. Regione Basilicata

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2009	390.875	39.531.202
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	247	33.983
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	1.502	168.364

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori medi nazionali e scostamento standardizzato**(*) dalla media

Indicatori	Val. Regio naz.le	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei o cocaina (x 100.000 res.)	7,40	9,47	2,09	-21,82		-0,99
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 100.000 res.)	5,36	5,90	1,54	-9,15		-0,35
Persone con bisogno di trattamento per uso di cocaina (x 100.000 res.)	2,03	3,57	1,54	-43,14		-1,00
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,63	0,82	0,25	-23,17		-0,78
Tasso totale utenti per 1.000 res.	3,84	4,17	1,05	-7,91		-0,31
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	0,01	0,05	0,05	-80,00		-0,86
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	0,01	0,08	0,14	-87,50		-0,46
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	0,005	0,05	0,07	-90,00		-0,69
Percentuale utenti sottoposti a test HIV	40,50	38,25	14,13	5,88		0,16
Percentuale utenti positivi al test HIV sul totale utenti testati	4,52	9,75	7,12	-53,64		-0,74
Percentuale utenti sottoposti a test HBV	37,88	41,42	15,09	-8,55		-0,23
Percentuale utenti positivi al test HBV sul totale utenti testati	7,97	37,51	17,74	-78,75		-1,67
Percentuale utenti sottoposti a test HCV	47,00	47,08	14,04	-0,17		-0,01
Percentuale utenti positivi al test HCV sul totale utenti testati	53,16	61,28	10,85	-13,25		-0,75

Indicatori	Val. Regio naz.le	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)	8,96	12,05	2,45	-25,64	-1,26
Tasso di mortalità droga correlata (x 10.000 res.)	1,02	1,26	0,71	-19,05	-0,34
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	60,89	75,27	37,07	-19,10	-0,39
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	14,65	16,97	6,38	-13,67	-0,36
Soggetti segnalati art.75 per **regione di segnalazione** sul totale utenti in carico ai SerT.	15,85	18,48	7,15	-14,23	-0,18
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	12,28	10,25	6,16	19,80	0,33
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res	40,68	53,30	26,63	-23,68	-0,47
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res	2,56	9,08	4,62	-71,81	-1,41
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res	8,93	9,60	1,66	-6,98	-0,40
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	23,24	23,30	6,59	-0,26	-0,01
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	48,35	21,55	12,60	124,36	2,13
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	5,88	7,00	4,13	-16,00	-0,27
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	0,51	70,00	92,87	-99,27	-0,75
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	6,13	13,04	4,86	-52,99	-1,42
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 100.000 res)	2,35	5,63	2,66	-58,26	-1,23
Tossicodipendenti in affido art.94 sul totale utenti in carico ai SerT.	1,20	1,06	0,54	13,21	0,26

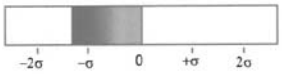
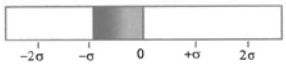
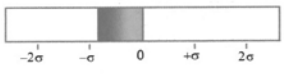
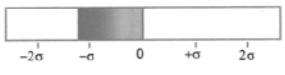
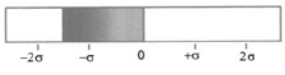
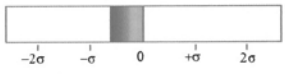
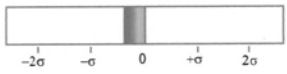
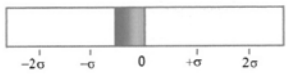
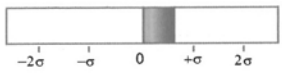
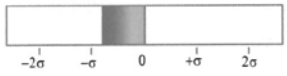
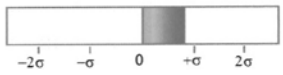
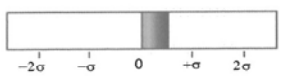
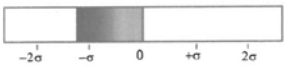
** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore medio nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

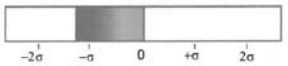
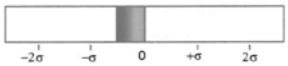
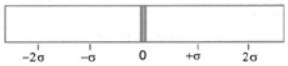
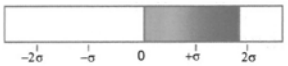
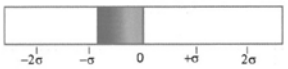
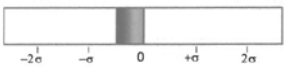
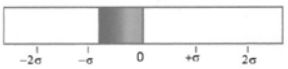
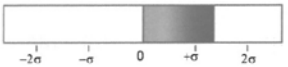
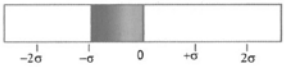
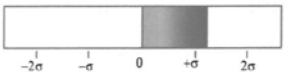
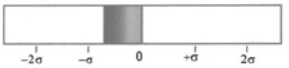
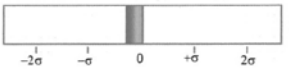
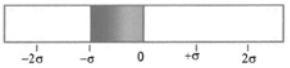
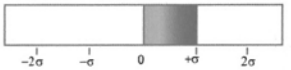
V.2.1.3 Regione Calabria

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2009	1.343.397	39.531.202
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	701	33.983
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	3.463	168.364

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori medi nazionali e scostamento standardizzato**(*) dalla media

Indicatori	Val. Regio naz.le	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei o cocaina (x 100.000 res.)	6,73	9,47	2,09	-28,90		-1,31
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 100.000 res.)	4,46	5,90	1,54	-24,41		-0,93
Persone con bisogno di trattamento per uso di cocaina (x 100.000 res.)	2,26	3,57	1,54	-36,69		-0,85
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,52	0,82	0,25	-36,59		-1,22
Tasso totale utenti per 1.000 res.	2,58	4,17	1,05	-38,13		-1,51
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	0,02	0,05	0,05	-60,00		-0,62
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	0,02	0,08	0,14	-75,00		-0,37
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	0,01	0,05	0,07	-80,00		-0,55
Percentuale utenti sottoposti a test HIV	46,99	38,25	14,13	22,85		0,62
Percentuale utenti positivi al test HIV sul totale utenti testati	4,21	9,75	7,12	-56,82		-0,78
Percentuale utenti sottoposti a test HBV	53,14	41,42	15,09	28,30		0,78
Percentuale utenti positivi al test HBV sul totale utenti testati	36,11	37,51	17,74	-3,73		-0,08
Percentuale utenti sottoposti a test HCV	53,83	47,08	14,04	14,34		0,48
Percentuale utenti positivi al test HCV sul totale utenti testati	47,94	61,28	10,85	-21,77		-1,23

Indicatori	Val. Regio naz.le	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)	8,95	12,05	2,45	-25,73		-1,26
Tasso di mortalità droga correlata (x 10.000 res.)	0,89	1,26	0,71	-29,37		-0,52
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	73,17	75,27	37,07	-2,79		-0,06
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	25,93	16,97	6,38	52,80		1,40
Soggetti segnalati art.75 per **regione di segnalazione** sul totale utenti in carico ai SerT.	28,39	18,48	7,15	53,63		1,79
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	4,99	10,25	6,16	-51,32		-0,85
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res	54,56	53,30	26,63	2,36		0,05
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res	6,77	9,08	4,62	-25,44		-0,50
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res	8,24	9,60	1,66	-14,17		-0,82
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	31,97	23,30	6,59	37,21		1,31
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	9,45	21,55	12,60	-56,15		-0,96
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	11,91	7,00	4,13	70,14		1,19
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	3,65	70,00	92,87	-94,79		-0,71
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	11,61	13,04	4,86	-10,97		-0,29
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 100.000 res)	2,99	5,63	2,66	-46,89		-0,99
Tossicodipendenti in affido art.94 sul totale utenti in carico ai SerT.	1,59	1,06	0,54	50,00		0,98

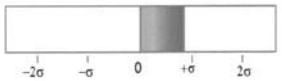
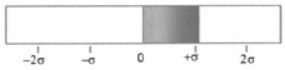
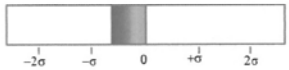
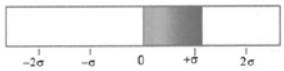
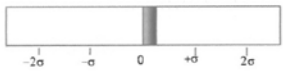
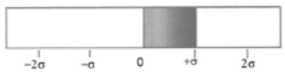
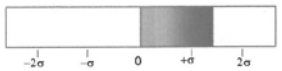
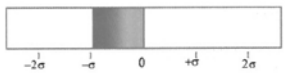
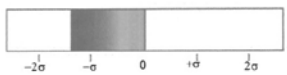
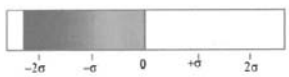
** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore medio nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

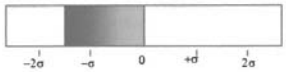
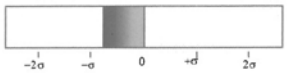
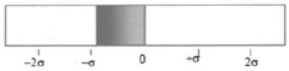
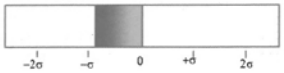
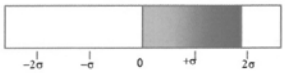
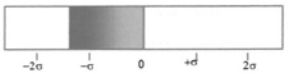
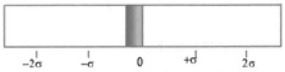
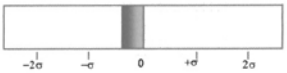
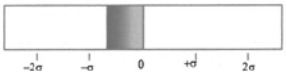
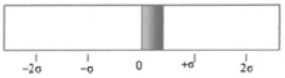
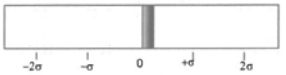
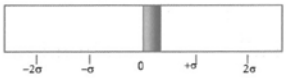
V.2.1.4. Regione Campania

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2009	3.917.840	39.531.202
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	2.631	33.983
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	16.154	168.364

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori medi nazionali e scostamento standardizzato**(*) dalla media

Indicatori	Val. Regio naz.le	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei o cocaina (x 100.000 res.)	11,20	9,47	2,09	18,32		0,83
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 100.000 res.)	6,03	5,90	1,54	2,20		0,09
Persone con bisogno di trattamento per uso di cocaina (x 100.000 res.)	5,17	3,57	1,54	44,82		1,03
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,67	0,82	0,25	-18,29		-0,62
Tasso totale utenti per 1.000 res.	4,12	4,17	1,05	-1,20		-0,04
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	0,11	0,05	0,05	120,00		1,10
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	0,11	0,08	0,14	37,50		0,26
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	0,12	0,05	0,07	140,00		1,00
Percentuale utenti sottoposti a test HIV	57,55	38,25	14,13	50,46		1,37
Percentuale utenti positivi al test HIV sul totale utenti testati	2,85	9,75	7,12	-70,77		-0,97
Percentuale utenti sottoposti a test HBV	67,74	41,42	15,09	63,54		1,75
Percentuale utenti positivi al test HBV sul totale utenti testati	13,17	37,51	17,74	-64,89		-1,37
Percentuale utenti sottoposti a test HCV	64,22	47,08	14,04	36,41		1,22
Percentuale utenti positivi al test HCV sul totale utenti testati	36,77	61,28	10,85	-40,00		-2,26

Indicatori	Val. Regio naz.le	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)	8,40	12,05	2,45	-30,29		-1,49
Tasso di mortalità droga correlata (x 10.000 res.)	1,76	1,26	0,71	39,68		0,70
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	46,79	75,27	37,07	-37,84		-0,77
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	11,22	16,97	6,38	-33,88		-0,90
Soggetti segnalati art.75 per **regione di segnalazione** sul totale utenti in carico ai SerT.	11,35	18,48	7,15	-38,58		-0,88
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	21,52	10,25	6,16	109,95		1,83
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res	16,79	53,30	26,63	-68,50		-1,37
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res	7,63	9,08	4,62	-15,97		-0,31
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res	9,46	9,60	1,66	-1,46		-0,08
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	22,94	23,30	6,59	-1,55		-0,06
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	16,67	21,55	12,60	-22,65		-0,39
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	13,14	7,00	4,13	87,71		1,49
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	8,70	70,00	92,87	-87,57		-0,66
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	15,00	13,04	4,86	15,03		0,40
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 100.000 res)	6,18	5,63	2,66	9,77		0,21
Tossicodipendenti in affido art.94 sul totale utenti in carico ai SerT.	1,23	1,06	0,54	16,04		0,32

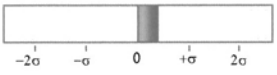
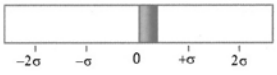
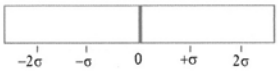
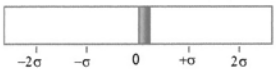
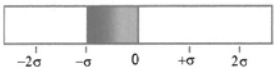
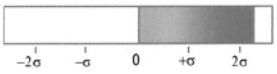
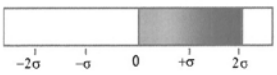
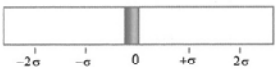
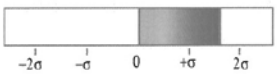
** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore medio nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

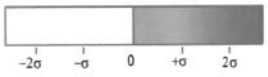
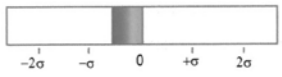
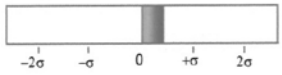
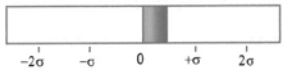
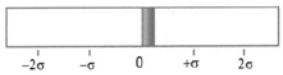
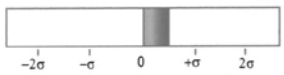
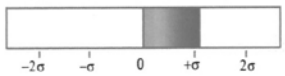
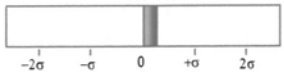
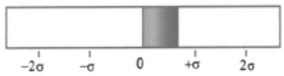
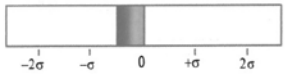
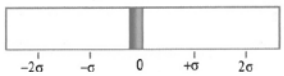
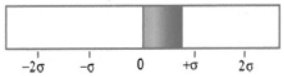
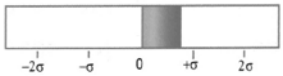
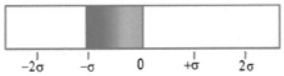
V.2.1.5. Regione Emilia Romagna

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2009	2.798.758	39.531.202
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	2.424	33.983
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	12.710	168.364

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori medi nazionali e scostamento standardizzato**(*) dalla media

Indicatori	Val. Regio naz.le	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei o cocaina (x 100.000 res.)	9,63	9,47	2,09	1,73		0,08
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 100.000 res.)	5,77	5,90	1,54	-2,20		-0,08
Persone con bisogno di trattamento per uso di cocaina (x 100.000 res.)	3,86	3,57	1,54	8,12		0,19
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,87	0,82	0,25	6,10		0,17
Tasso totale utenti per 1.000 res.	4,54	4,17	1,05	8,87		0,36
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	0,07	0,05	0,05	40,00		0,34
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	0,08	0,08	0,14	0,00		0,03
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	0,07	0,05	0,07	40,00		0,22
Percentuale utenti sottoposti a test HIV	24,20	38,25	14,13	-36,73		-0,99
Percentuale utenti positivi al test HIV sul totale utenti testati	25,59	9,75	7,12	162,46		2,22
Percentuale utenti sottoposti a test HBV	38,40	41,42	15,09	-7,29		-0,20
Percentuale utenti positivi al test HBV sul totale utenti testati	72,82	37,51	17,74	94,13		1,99
Percentuale utenti sottoposti a test HCV	43,27	47,08	14,04	-8,09		-0,27
Percentuale utenti positivi al test HCV sul totale utenti testati	78,13	61,28	10,85	27,50		1,55

Indicatori	Val. Regio naz.le	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)	19,17	12,05	2,45	59,09		2,91
Tasso di mortalità droga correlata (x 10.000 res.)	0,86	1,26	0,71	-31,75		-0,57
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	89,86	75,27	37,07	19,38		0,39
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	17,98	16,97	6,38	5,95		0,16
Soggetti segnalati art.75 per **regione di segnalazione** sul totale utenti in carico ai SerT.	19,79	18,48	7,15	7,09		0,44
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	10,15	10,25	6,16	-0,98		-0,02
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res	59,17	53,30	26,63	11,01		0,22
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res	11,29	9,08	4,62	24,34		0,48
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res	11,33	9,60	1,66	18,02		1,05
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	24,96	23,30	6,59	7,12		0,25
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	29,69	21,55	12,60	37,77		0,65
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	4,90	7,00	4,13	-30,00		-0,51
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	46,34	70,00	92,87	-33,80		-0,25
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	16,64	13,04	4,86	27,61		0,74
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 100.000 res)	7,56	5,63	2,66	34,28		0,72
Tossicodipendenti in affido art.94 sul totale utenti in carico ai SerT.	0,49	1,06	0,54	-53,77		-1,07

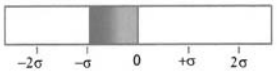
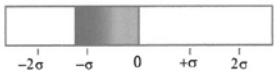
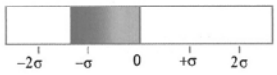
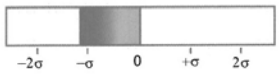
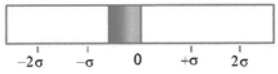
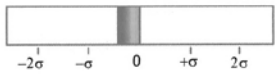
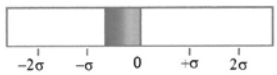
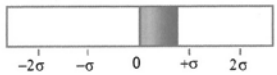
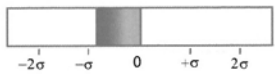
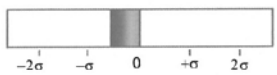
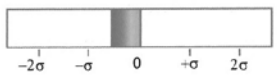
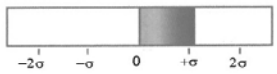
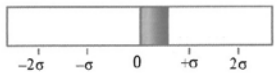
** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore medio nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

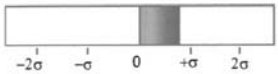
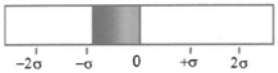
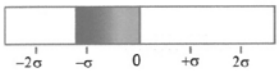
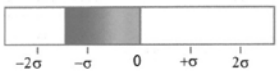
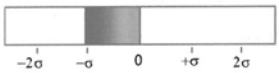
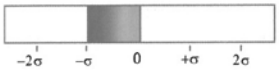
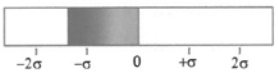
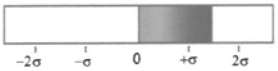
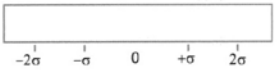
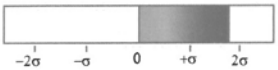
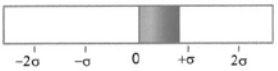
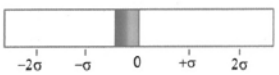
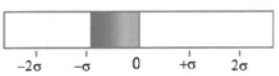
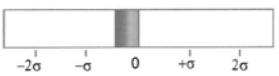
V.2.1.6. Regione Friuli Venezia Giulia

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2009	793.269	39.531.202
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	391	33.983
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	2.328	168.364

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori medi nazionali e scostamento standardizzato**(*) dalla media

Indicatori	Val. Regio naz.le	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei o cocaina (x 100.000 res.)	7,52	9,47	2,09	-20,56		-0,93
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 100.000 res.)	5,85	5,90	1,54	-0,85		-0,03
Persone con bisogno di trattamento per uso di cocaina (x 100.000 res.)	1,67	3,57	1,54	-53,22		-1,23
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,49	0,82	0,25	-40,24		-1,34
Tasso totale utenti per 1.000 res.	2,93	4,17	1,05	-29,74		-1,17
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	0,02	0,05	0,05	-60,00		-0,61
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	0,02	0,08	0,14	-75,00		-0,43
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	0,01	0,05	0,07	-80,00		-0,68
Percentuale utenti sottoposti a test HIV	48,63	38,25	14,13	27,14		0,73
Percentuale utenti positivi al test HIV sul totale utenti testati	3,62	9,75	7,12	-62,87		-0,86
Percentuale utenti sottoposti a test HBV	32,66	41,42	15,09	-21,15		-0,58
Percentuale utenti positivi al test HBV sul totale utenti testati	27,87	37,51	17,74	-25,70		-0,54
Percentuale utenti sottoposti a test HCV	62,06	47,08	14,04	31,82		1,07
Percentuale utenti positivi al test HCV sul totale utenti testati	67,20	61,28	10,85	9,66		0,55

Indicatori	Val. Regio naz.le	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)	13,91	12,05	2,45	15,44		0,76
Tasso di mortalità droga correlata (x 10.000 res.)	0,63	1,26	0,71	-50,00		-0,89
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	29,88	75,27	37,07	-60,30		-1,22
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	7,82	16,97	6,38	-53,92		-1,43
Soggetti segnalati art.75 per **regione di segnalazione** sul totale utenti in carico ai SerT.	10,18	18,48	7,15	-44,91		-1,06
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	4,16	10,25	6,16	-59,41		-0,99
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res	17,14	53,30	26,63	-67,84		-1,36
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res	1,01	9,08	4,62	-88,88		-1,75
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res	9,52	9,60	1,66	-0,83		-0,05
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	32,43	23,30	6,59	39,18		1,39
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	21,68	21,55	12,60	0,60		0,01
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	14,12	7,00	4,13	101,71		1,72
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	143,58	70,00	92,87	105,11		0,79
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	10,87	13,04	4,86	-16,64		-0,45
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 100.000 res)	3,19	5,63	2,66	-43,34		-0,92
Tossicodipendenti in affido art.94 sul totale utenti in carico ai SerT.	0,82	1,06	0,54	-22,64		-0,46

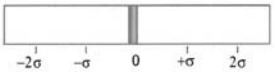
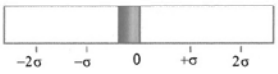
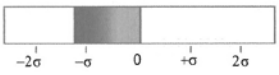
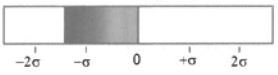
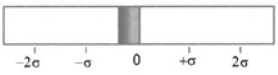
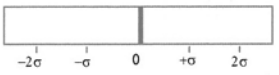
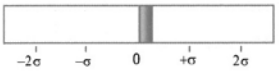
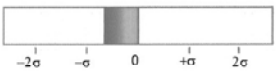
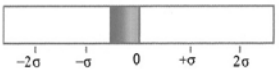
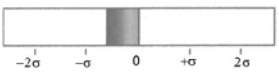
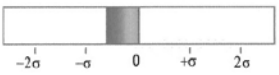
** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore medio nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

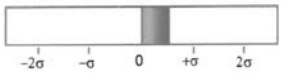
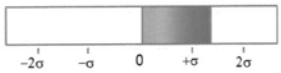
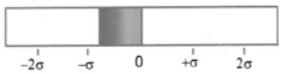
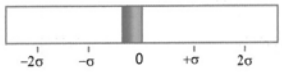
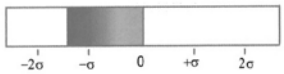
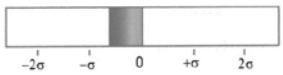
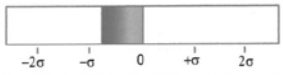
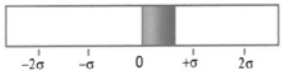
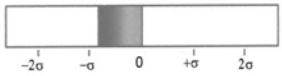
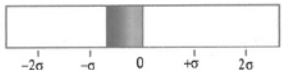
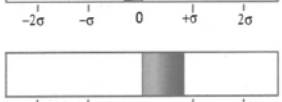
V.2.1.7. Regione Lazio

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2009	3.735.260	39.531.202
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	1.928	33.983
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	10.015	168.364

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori medi nazionali e scostamento standardizzato**(*) dalla media

Indicatori	Val. Regio naz.le	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei o cocaina (x 100.000 res.)	9,16	9,47	2,09	-3,23		-0,15
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 100.000 res.)	5,31	5,90	1,54	-10,00		-0,38
Persone con bisogno di trattamento per uso di cocaina (x 100.000 res.)	3,85	3,57	1,54	7,84		0,18
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,52	0,82	0,25	-36,59		-1,25
Tasso totale utenti per 1.000 res.	2,68	4,17	1,05	-35,73		-1,42
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	0,03	0,05	0,05	-40,00		-0,37
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	0,06	0,08	0,14	-25,00		-0,10
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	0,06	0,05	0,07	20,00		0,06
Percentuale utenti sottoposti a test HIV	36,10	38,25	14,13	-5,62		-0,15
Percentuale utenti positivi al test HIV sul totale utenti testati	11,51	9,75	7,12	18,05		0,25
Percentuale utenti sottoposti a test HBV	31,51	41,42	15,09	-23,93		-0,66
Percentuale utenti positivi al test HBV sul totale utenti testati	27,63	37,51	17,74	-26,34		-0,56
Percentuale utenti sottoposti a test HCV	38,37	47,08	14,04	-18,50		-0,62
Percentuale utenti positivi al test HCV sul totale utenti testati	54,58	61,28	10,85	-10,93		-0,62

Indicatori	Val. Regio naz.le	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)	13,33	12,05	2,45	10,62		0,52
Tasso di mortalità droga correlata (x 10.000 res.)	2,20	1,26	0,71	74,60		1,31
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	45,19	75,27	37,07	-39,96		-0,81
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	16,55	16,97	6,38	-2,47		-0,07
Soggetti segnalati art.75 per **regione di segnalazione** sul totale utenti in carico ai SerT.	14,65	18,48	7,15	-20,73		-0,36
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	1,53	10,25	6,16	-85,07		-1,42
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res	37,08	53,30	26,63	-30,43		-0,61
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res	5,49	9,08	4,62	-39,54		-0,78
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res	10,63	9,60	1,66	10,73		0,62
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	39,64	23,30	6,59	70,13		2,48
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	11,35	21,55	12,60	-47,33		-0,81
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	6,75	7,00	4,13	-3,57		-0,06
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	6,96	70,00	92,87	-90,06		-0,68
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	17,84	13,04	4,86	36,81		0,99
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 100.000 res)	4,78	5,63	2,66	-15,10		-0,32
Tossicodipendenti in affido art.94 sul totale utenti in carico ai SerT.	1,49	1,06	0,54	40,57		0,79

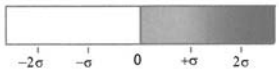
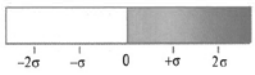
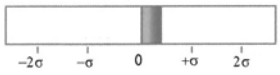
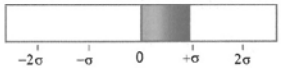
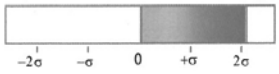
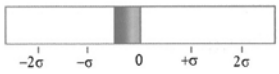
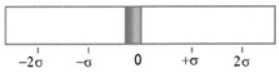
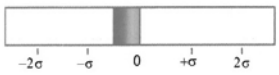
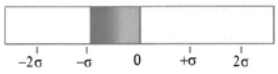
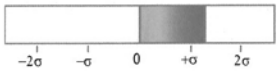
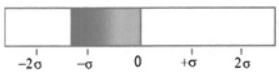
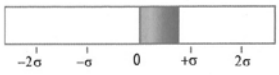
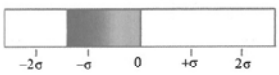
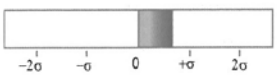
** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore medio nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

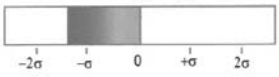
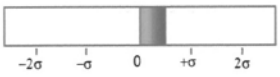
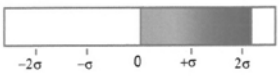
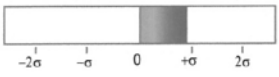
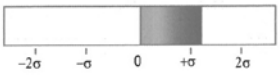
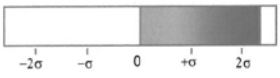
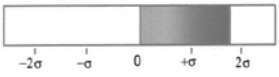
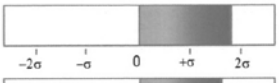
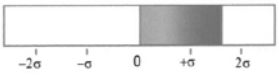
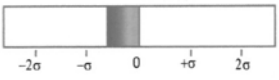
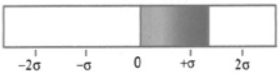
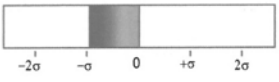
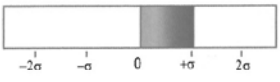
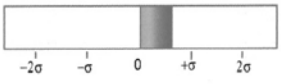
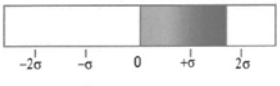
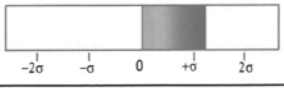
V.2.1.8. Regione Liguria

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2009	999.267	39.531.202
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	1.053	33.983
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	6.285	168.364

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori medi nazionali e scostamento standardizzato**(*) dalla media

Indicatori	Val. Regio naz.le	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei o cocaina (x 100.000 res.)	14,99	9,47	2,09	58,36		2,64
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 100.000 res.)	10,82	5,90	1,54	83,39		3,20
Persone con bisogno di trattamento per uso di cocaina (x 100.000 res.)	4,17	3,57	1,54	16,81		0,39
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	1,05	0,82	0,25	28,05		0,93
Tasso totale utenti per 1.000 res.	6,29	4,17	1,05	50,84		2,02
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	0,03	0,05	0,05	-40,00		-0,47
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	0,04	0,08	0,14	-50,00		-0,28
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	0,02	0,05	0,07	-60,00		-0,51
Percentuale utenti sottoposti a test HIV	25,13	38,25	14,13	-34,30		-0,93
Percentuale utenti positivi al test HIV sul totale utenti testati	18,53	9,75	7,12	90,05		1,23
Percentuale utenti sottoposti a test HBV	21,41	41,42	15,09	-48,31		-1,33
Percentuale utenti positivi al test HBV sul totale utenti testati	50,58	37,51	17,74	34,84		0,74
Percentuale utenti sottoposti a test HCV	27,80	47,08	14,04	-40,95		-1,37
Percentuale utenti positivi al test HCV sul totale utenti testati	68,23	61,28	10,85	11,34		0,64

Indicatori	Val. Regio naz.le	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)	8,72	12,05	2,45	-27,63		-1,36
Tasso di mortalità droga correlata (x 10.000 res.)	1,60	1,26	0,71	26,98		0,48
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	153,61	75,27	37,07	104,08		2,11
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	22,56	16,97	6,38	32,94		0,88
Soggetti segnalati art.75 per **regione di segnalazione** sul totale utenti in carico ai SerT.	24,42	18,48	7,15	32,14		1,17
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	24,32	10,25	6,16	137,27		2,28
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res	99,17	53,30	26,63	86,06		1,72
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res	17,21	9,08	4,62	89,54		1,76
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res	12,17	9,60	1,66	26,77		1,55
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	19,35	23,30	6,59	-16,95		-0,60
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	37,93	21,55	12,60	76,01		1,30
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	3,10	7,00	4,13	-55,71		-0,94
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	163,22	70,00	92,87	133,17		1,00
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	15,93	13,04	4,86	22,16		0,59
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 100.000 res)	10,02	5,63	2,66	77,98		1,65
Tossicodipendenti in affido art.94 sul totale utenti in carico ai SerT.	1,70	1,06	0,54	60,38		1,19

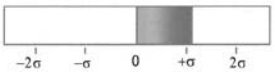
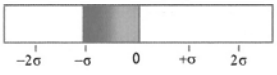
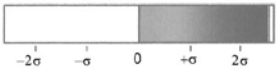
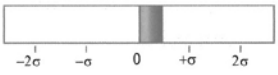
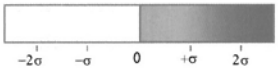
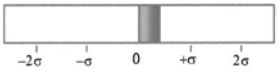
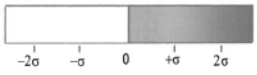
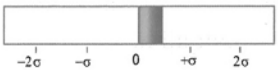
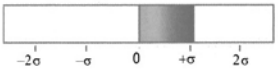
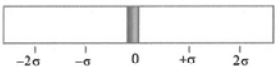
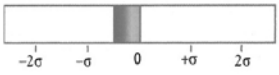
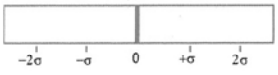
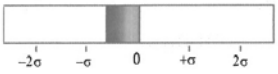
** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore medio nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

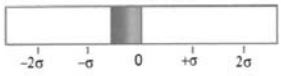
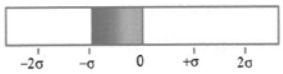
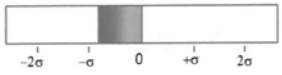
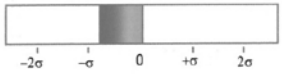
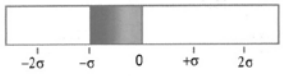
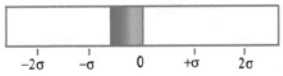
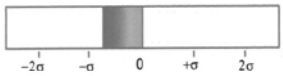
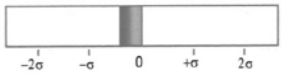
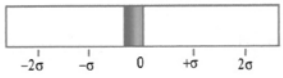
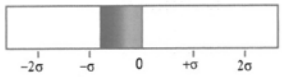
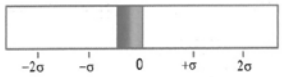
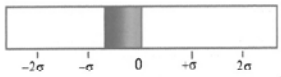
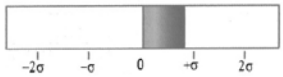
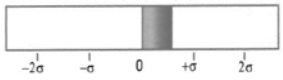
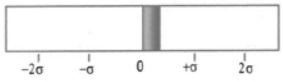
V.2.1.9. Regione Lombardia

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2009	6.434.965	39.531.202
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	6.023	33.983
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	27.212	168.364

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori medi nazionali e scostamento standardizzato**(*) dalla media

Indicatori	Val. Regio naz.le	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei o cocaina (x 100.000 res.)	11,67	9,47	2,09	23,28		1,05
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 100.000 res.)	4,24	5,90	1,54	-28,14		-1,08
Persone con bisogno di trattamento per uso di cocaina (x 100.000 res.)	7,43	3,57	1,54	108,12		2,50
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,94	0,82	0,25	14,63		0,45
Tasso totale utenti per 1.000 res.	4,23	4,17	1,05	1,44		0,06
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	0,18	0,05	0,05	260,00		2,58
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	0,14	0,08	0,14	75,00		0,40
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	0,30	0,05	0,07	500,00		3,49
Percentuale utenti sottoposti a test HIV	44,62	38,25	14,13	16,65		0,45
Percentuale utenti positivi al test HIV sul totale utenti testati	17,29	9,75	7,12	77,33		1,06
Percentuale utenti sottoposti a test HBV	38,43	41,42	15,09	-7,22		-0,20
Percentuale utenti positivi al test HBV sul totale utenti testati	28,73	37,51	17,74	-23,41		-0,49
Percentuale utenti sottoposti a test HCV	46,43	47,08	14,04	-1,38		-0,05
Percentuale utenti positivi al test HCV sul totale utenti testati	54,59	61,28	10,85	-10,92		-0,62

Indicatori	Val. Regio naz.le	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)	10,64	12,05	2,45	-11,70		-0,57
Tasso di mortalità droga correlata (x 10.000 res.)	0,59	1,26	0,71	-53,17		-0,95
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	45,24	75,27	37,07	-39,90		-0,81
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	11,76	16,97	6,38	-30,70		-0,82
Soggetti segnalati art.75 per **regione di segnalazione** sul totale utenti in carico ai SerT.	10,70	18,48	7,15	-42,10		-0,98
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	6,53	10,25	6,16	-36,29		-0,60
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res	33,15	53,30	26,63	-37,80		-0,76
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res	9,68	9,08	4,62	6,61		0,13
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res	8,93	9,60	1,66	-6,98		-0,40
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	21,11	23,30	6,59	-9,40		-0,33
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	11,52	21,55	12,60	-46,54		-0,80
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	5,00	7,00	4,13	-28,57		-0,48
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	6,22	70,00	92,87	-91,11		-0,69
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	16,89	13,04	4,86	29,52		0,79
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 100.000 res)	7,14	5,63	2,66	26,82		0,57
Tossicodipendenti in affido art.94 sul totale utenti in carico ai SerT.	1,23	1,06	0,54	16,04		0,32

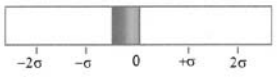
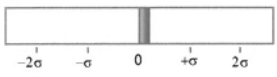
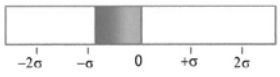
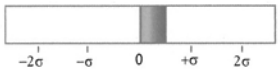
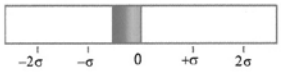
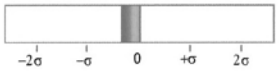
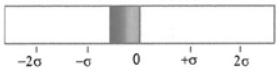
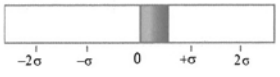
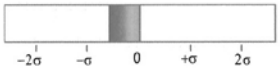
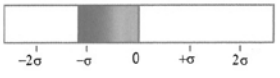
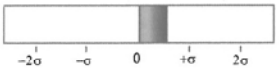
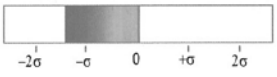
** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore medio nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

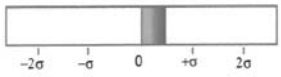
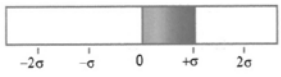
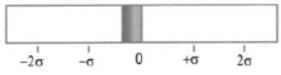
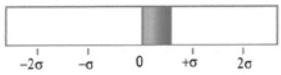
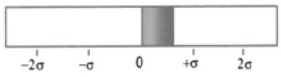
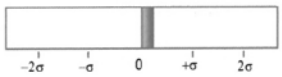
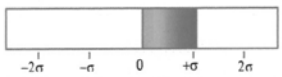
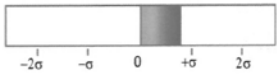
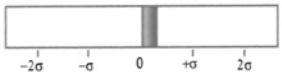
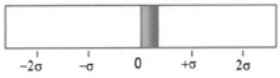
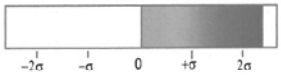
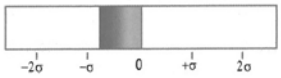
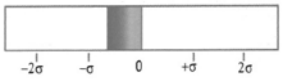
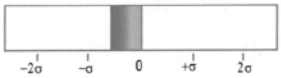
V.2.1.10. Regione Marche

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2009	1.009.940	39.531.202
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	952	33.983
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	4.351	168.364

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori medi nazionali e scostamento standardizzato**(*) dalla media

Indicatori	Val. Regio naz.le	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei o cocaina (x 100.000 res.)	8,40	9,47	2,09	-11,26		-0,51
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 100.000 res.)	6,18	5,90	1,54	4,75		0,18
Persone con bisogno di trattamento per uso di cocaina (x 100.000 res.)	2,22	3,57	1,54	-37,82		-0,88
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,94	0,82	0,25	14,63		0,48
Tasso totale utenti per 1.000 res.	4,31	4,17	1,05	3,36		0,14
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	0,02	0,05	0,05	-60,00		-0,53
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	0,03	0,08	0,14	-62,50		-0,33
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	0,01	0,05	0,07	-80,00		-0,57
Percentuale utenti sottoposti a test HIV	46,00	38,25	14,13	20,26		0,55
Percentuale utenti positivi al test HIV sul totale utenti testati	5,49	9,75	7,12	-43,69		-0,60
Percentuale utenti sottoposti a test HBV	42,78	41,42	15,09	3,28		0,09
Percentuale utenti positivi al test HBV sul totale utenti testati	16,69	37,51	17,74	-55,51		-1,17
Percentuale utenti sottoposti a test HCV	54,70	47,08	14,04	16,19		0,54
Percentuale utenti positivi al test HCV sul totale utenti testati	46,04	61,28	10,85	-24,87		-1,41

Indicatori	Val. Regio naz.le	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)	13,20	12,05	2,45	9,54		0,47
Tasso di mortalità droga correlata (x 10.000 res.)	1,98	1,26	0,71	57,14		1,01
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	61,29	75,27	37,07	-18,57		-0,38
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	20,41	16,97	6,38	20,27		0,54
Soggetti segnalati art.75 per **regione di segnalazione** sul totale utenti in carico ai SerT.	17,79	18,48	7,15	-3,73		0,13
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	13,96	10,25	6,16	36,20		0,60
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res	59,21	53,30	26,63	11,09		0,22
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res	13,86	9,08	4,62	52,64		1,03
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res	10,86	9,60	1,66	13,13		0,76
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	25,21	23,30	6,59	8,20		0,29
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	25,65	21,55	12,60	19,03		0,32
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	6,93	7,00	4,13	-1,00		-0,02
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	283,58	70,00	92,87	305,11		2,30
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	9,19	13,04	4,86	-29,52		-0,79
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 100.000 res)	3,96	5,63	2,66	-29,66		-0,63
Tossicodipendenti in affido art.94 sul totale utenti in carico ai SerT.	0,76	1,06	0,54	-28,30		-0,56

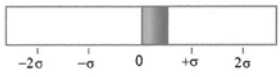
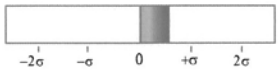
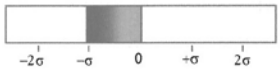
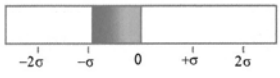
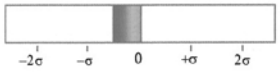
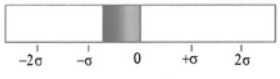
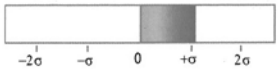
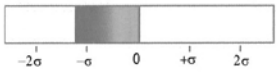
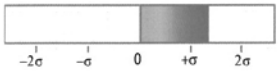
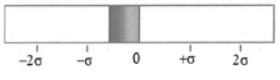
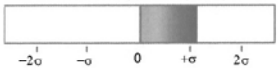
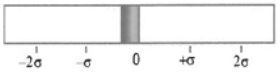
** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore medio nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

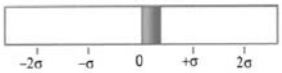
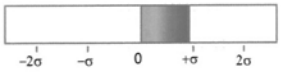
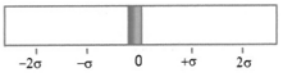
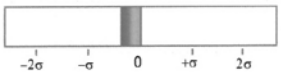
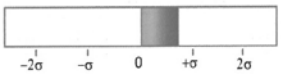
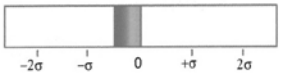
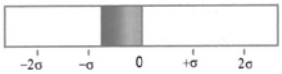
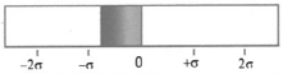
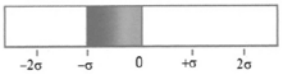
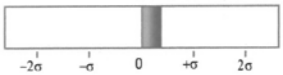
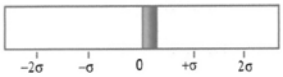
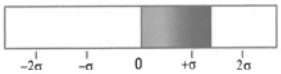
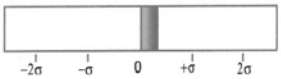
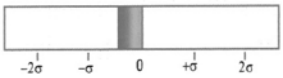
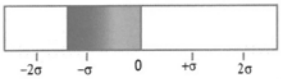
V.2.1.11. Regione Molise

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2009	209.821	39.531.202
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	202	33.983
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	647	168.364

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori medi nazionali e scostamento standardizzato**(*) dalla media

Indicatori	Val. Regio naz.le	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei o cocaina (x 100.000 res.)	10,04	9,47	2,09	6,06		0,27
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 100.000 res.)	5,71	5,90	1,54	-3,22		-0,12
Persone con bisogno di trattamento per uso di cocaina (x 100.000 res.)	4,33	3,57	1,54	21,29		0,49
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,96	0,82	0,25	17,07		0,56
Tasso totale utenti per 1.000 res.	3,08	4,17	1,05	-26,14		-1,03
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	0,00	0,05	0,05	-100,00		-0,92
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	0,00	0,08	0,14	-100,00		-0,51
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	0,00	0,05	0,07	-100,00		-0,70
Percentuale utenti sottoposti a test HIV	53,01	38,25	14,13	38,59		1,04
Percentuale utenti positivi al test HIV sul totale utenti testati	0,90	9,75	7,12	-90,77		-1,24
Percentuale utenti sottoposti a test HBV	60,95	41,42	15,09	47,15		1,29
Percentuale utenti positivi al test HBV sul totale utenti testati	27,41	37,51	17,74	-26,93		-0,57
Percentuale utenti sottoposti a test HCV	62,09	47,08	14,04	31,88		1,07
Percentuale utenti positivi al test HCV sul totale utenti testati	57,70	61,28	10,85	-5,84		-0,33

Indicatori	Val. Regio naz.le	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)	12,91	12,05	2,45	7,14		0,35
Tasso di mortalità droga correlata (x 10.000 res.)	1,91	1,26	0,71	51,59		0,91
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	66,25	75,27	37,07	-11,98		-0,24
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	14,68	16,97	6,38	-13,49		-0,36
Soggetti segnalati art.75 per **regione di segnalazione** sul totale utenti in carico ai SerT.	21,48	18,48	7,15	16,23		0,71
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	7,15	10,25	6,16	-30,24		-0,50
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res	32,89	53,30	26,63	-38,29		-0,77
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res	4,77	9,08	4,62	-47,47		-0,93
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res	7,91	9,60	1,66	-17,60		-1,02
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	25,66	23,30	6,59	10,13		0,36
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	25,26	21,55	12,60	17,22		0,29
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	7,15	7,00	4,13	2,14		0,04
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	192,07	70,00	92,87	174,39		1,31
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	14,53	13,04	4,86	11,43		0,31
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 100.000 res)	4,48	5,63	2,66	-20,43		-0,43
Tossicodipendenti in affido art.94 sul totale utenti in carico ai SerT.	0,31	1,06	0,54	-70,75		-1,40

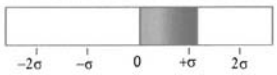
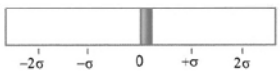
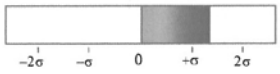
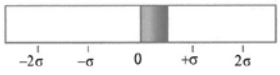
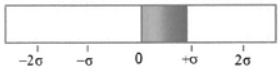
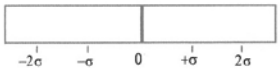
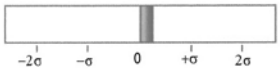
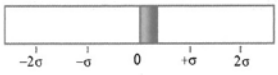
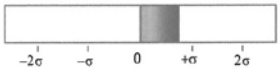
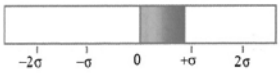
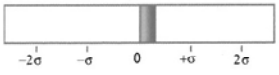
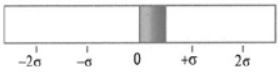
** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore medio nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

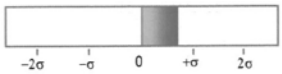
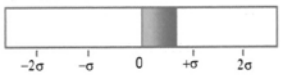
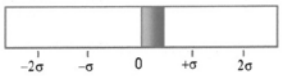
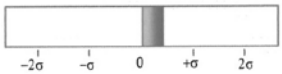
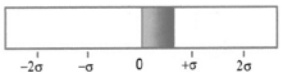
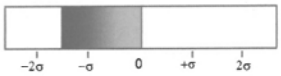
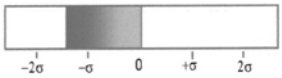
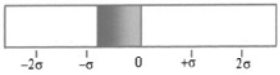
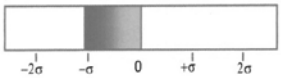
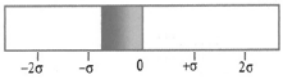
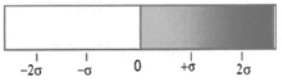
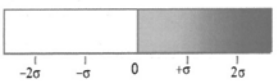
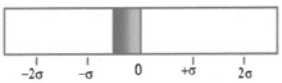
V.2.1.12. Regione Piemonte

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2009	2.862.967	39.531.202
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	2.718	33.983
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	14.557	168.364

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori medi nazionali e scostamento standardizzato**(*) dalla media

Indicatori	Val. Regio naz.le	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei o cocaina (x 100.000 res.)	11,82	9,47	2,09	24,87		1,13
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 100.000 res.)	6,23	5,90	1,54	5,59		0,22
Persone con bisogno di trattamento per uso di cocaina (x 100.000 res.)	5,59	3,57	1,54	56,58		1,31
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,95	0,82	0,25	15,85		0,51
Tasso totale utenti per 1.000 res.	5,08	4,17	1,05	21,82		0,88
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	0,05	0,05	0,05	0,00		0,09
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	0,09	0,08	0,14	12,50		0,06
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	0,07	0,05	0,07	40,00		0,23
Percentuale utenti sottoposti a test HIV	43,01	38,25	14,13	12,44		0,34
Percentuale utenti positivi al test HIV sul totale utenti testati	14,84	9,75	7,12	52,21		0,71
Percentuale utenti sottoposti a test HBV	42,39	41,42	15,09	2,34		0,06
Percentuale utenti positivi al test HBV sul totale utenti testati	52,06	37,51	17,74	38,79		0,82
Percentuale utenti sottoposti a test HCV	51,40	47,08	14,04	9,18		0,31
Percentuale utenti positivi al test HCV sul totale utenti testati	66,64	61,28	10,85	8,75		0,49

Indicatori	Val. Regio naz.le	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)	11,65	12,05	2,45	-3,32		-0,16
Tasso di mortalità droga correlata (x 10.000 res.)	1,75	1,26	0,71	38,89		0,68
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	99,30	75,27	37,07	31,93		0,65
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	19,57	16,97	6,38	15,32		0,41
Soggetti segnalati art.75 per **regione di segnalazione** sul totale utenti in carico ai SerT.	19,53	18,48	7,15	5,68		0,40
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	10,20	10,25	6,16	-0,49		-0,01
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res	69,54	53,30	26,63	30,47		0,61
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res	18,76	9,08	4,62	106,61		2,09
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res	7,10	9,60	1,66	-26,04		-1,51
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	13,97	23,30	6,59	-40,04		-1,42
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	11,35	21,55	12,60	-47,33		-0,81
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	2,65	7,00	4,13	-62,14		-1,05
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	1,15	70,00	92,87	-98,36		-0,74
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	25,33	13,04	4,86	94,25		2,53
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 100.000 res)	12,88	5,63	2,66	128,77		2,72
Tossicodipendenti in affido art.94 sul totale utenti in carico ai SerT.	0,78	1,06	0,54	-26,42		-0,53

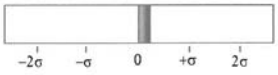
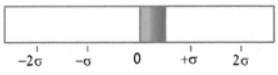
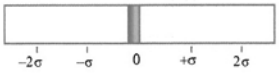
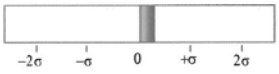
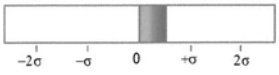
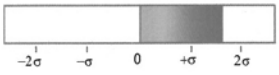
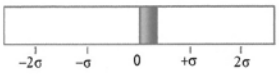
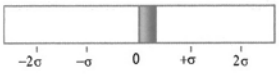
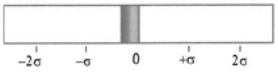
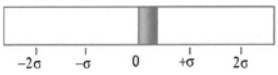
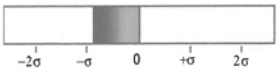
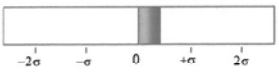
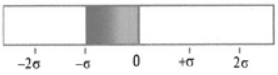
** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore medio nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

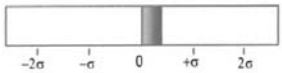
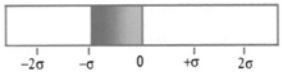
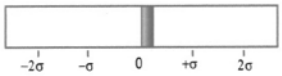
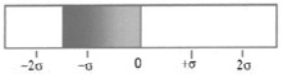
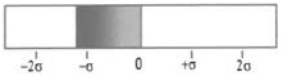
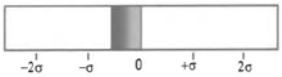
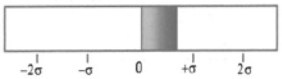
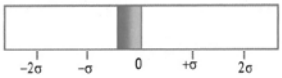
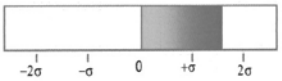
V.2.1.13. Regione Puglia

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2009	2.728.897	39.531.202
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	2.439	33.983
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	12.777	168.364

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori medi nazionali e scostamento standardizzato**(*) dalla media

Indicatori	Val. Regio naz.le	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei o cocaina (x 100.000 res.)	9,90	9,47	2,09	4,59		0,21
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 100.000 res.)	6,64	5,90	1,54	12,54		0,48
Persone con bisogno di trattamento per uso di cocaina (x 100.000 res.)	3,26	3,57	1,54	-8,68		-0,20
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,89	0,82	0,25	8,54		0,28
Tasso totale utenti per 1.000 res.	4,68	4,17	1,05	12,23		0,49
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	0,13	0,05	0,05	160,00		1,57
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	0,07	0,08	0,14	-12,50		-0,06
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	0,08	0,05	0,07	60,00		0,34
Percentuale utenti sottoposti a test HIV	42,83	38,25	14,13	11,97		0,32
Percentuale utenti positivi al test HIV sul totale utenti testati	7,34	9,75	7,12	-24,72		-0,34
Percentuale utenti sottoposti a test HBV	46,70	41,42	15,09	12,75		0,35
Percentuale utenti positivi al test HBV sul totale utenti testati	22,12	37,51	17,74	-41,03		-0,87
Percentuale utenti sottoposti a test HCV	52,56	47,08	14,04	11,64		0,39
Percentuale utenti positivi al test HCV sul totale utenti testati	50,55	61,28	10,85	-17,51		-0,99

Indicatori	Val. Regio naz.le	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)	12,93	12,05	2,45	7,30		0,36
Tasso di mortalità droga correlata (x 10.000 res.)	0,59	1,26	0,71	-53,17		-0,95
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	83,40	75,27	37,07	10,80		0,22
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	16,88	16,97	6,38	-0,53		-0,01
Soggetti segnalati art.75 per **regione di segnalazione** sul totale utenti in carico ai SerT.	17,81	18,48	7,15	-3,63		0,13
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	9,27	10,25	6,16	-9,56		-0,16
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res	61,01	53,30	26,63	14,47		0,29
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res	8,25	9,08	4,62	-9,14		-0,18
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res	7,17	9,60	1,66	-25,31		-1,47
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	15,31	23,30	6,59	-34,29		-1,21
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	14,36	21,55	12,60	-33,36		-0,57
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	9,82	7,00	4,13	40,29		0,68
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	29,43	70,00	92,87	-57,96		-0,44
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	20,49	13,04	4,86	57,13		1,53
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 100.000 res)	9,59	5,63	2,66	70,34		1,49
Tossicodipendenti in affido art.94 sul totale utenti in carico ai SerT.	1,16	1,06	0,54	9,43		0,18

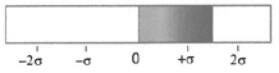
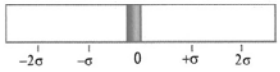
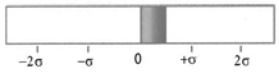
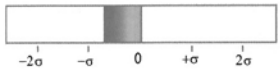
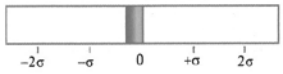
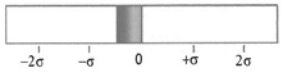
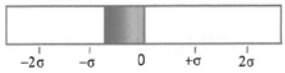
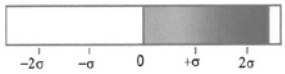
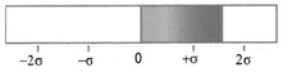
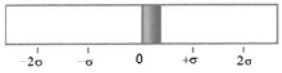
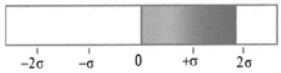
** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore medio nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

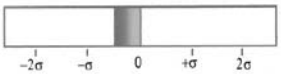
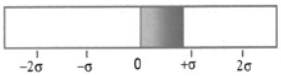
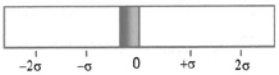
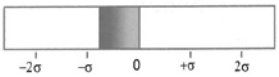
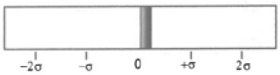
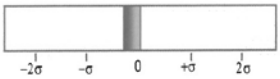
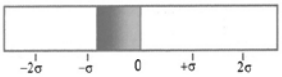
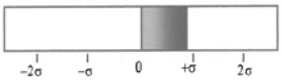
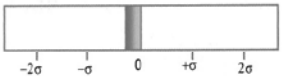
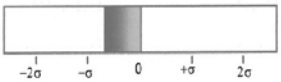
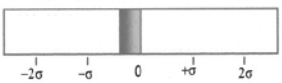
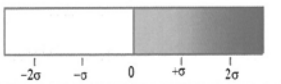
V.2.1.14. Regione Sardegna

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2009	1.151.138	39.531.202
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	873	33.983
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	5.391	168.364

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori medi nazionali e scostamento standardizzato**(*) dalla media

Indicatori	Val. Regio naz.le	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei o cocaina (x 100.000 res.)	11,22	9,47	2,09	18,53		0,84
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 100.000 res.)	5,43	5,90	1,54	-7,97		-0,30
Persone con bisogno di trattamento per uso di cocaina (x 100.000 res.)	5,79	3,57	1,54	62,18		1,43
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,76	0,82	0,25	-7,32		-0,27
Tasso totale utenti per 1.000 res.	4,68	4,17	1,05	12,23		0,49
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	0,01	0,05	0,05	-80,00		-0,72
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	0,03	0,08	0,14	-62,50		-0,30
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	0,02	0,05	0,07	-60,00		-0,46
Percentuale utenti sottoposti a test HIV	27,98	38,25	14,13	-26,85		-0,73
Percentuale utenti positivi al test HIV sul totale utenti testati	26,44	9,75	7,12	171,18		2,34
Percentuale utenti sottoposti a test HBV	42,18	41,42	15,09	1,83		0,05
Percentuale utenti positivi al test HBV sul totale utenti testati	64,47	37,51	17,74	71,87		1,52
Percentuale utenti sottoposti a test HCV	51,94	47,08	14,04	10,32		0,35
Percentuale utenti positivi al test HCV sul totale utenti testati	80,67	61,28	10,85	31,64		1,79

Indicatori	Val. Regio naz.le	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)	10,85	12,05	2,45	-9,96		-0,49
Tasso di mortalità droga correlata (x 10.000 res.)	1,82	1,26	0,71	44,44		0,79
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	79,75	75,27	37,07	5,95		0,12
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	14,65	16,97	6,38	-13,67		-0,36
Soggetti segnalati art.75 per **regione di segnalazione** sul totale utenti in carico ai SerT.	17,03	18,48	7,15	-7,85		0,01
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	5,65	10,25	6,16	-44,88		-0,75
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res	53,86	53,30	26,63	1,05		0,02
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res	8,17	9,08	4,62	-10,02		-0,20
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res	9,95	9,60	1,66	3,65		0,21
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	21,24	23,30	6,59	-8,84		-0,31
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	11,03	21,55	12,60	-48,82		-0,84
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	10,60	7,00	4,13	51,43		0,87
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	43,96	70,00	92,87	-37,20		-0,28
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	9,83	13,04	4,86	-24,62		-0,66
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 100.000 res)	4,60	5,63	2,66	-18,29		-0,39
Tossicodipendenti in affido art.94 sul totale utenti in carico ai SerT.	2,62	1,06	0,54	147,17		2,89

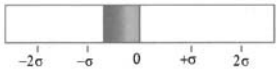
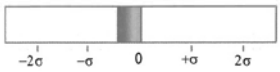
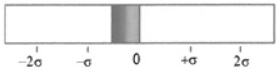
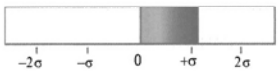
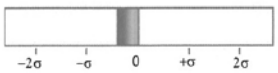
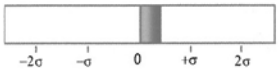
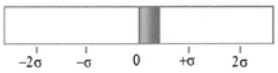
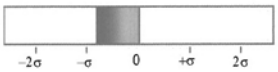
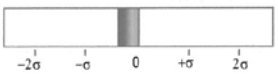
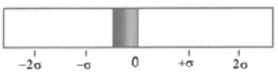
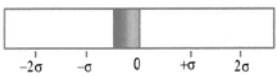
** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore medio nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

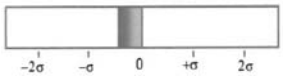
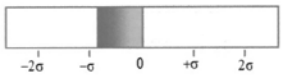
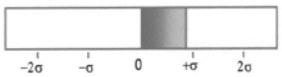
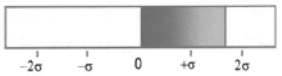
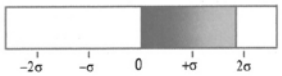
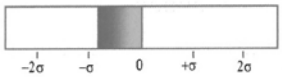
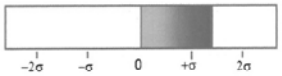
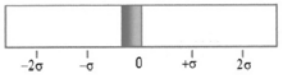
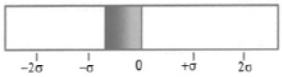
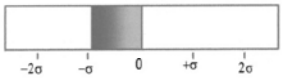
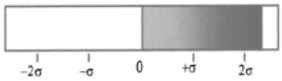
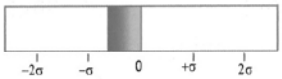
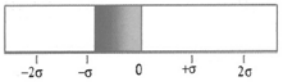
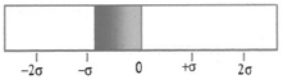
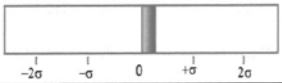
V.2.1.15. Regione Sicilia

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2009	3.337.173	39.531.202
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	3.663	33.983
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	12.477	168.364

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori medi nazionali e scostamento standardizzato**(*) dalla media

Indicatori	Val. Regio naz.le	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei o cocaina (x 100.000 res.)	8,00	9,47	2,09	-15,49		-0,70
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 100.000 res.)	5,24	5,90	1,54	-11,19		-0,43
Persone con bisogno di trattamento per uso di cocaina (x 100.000 res.)	2,76	3,57	1,54	-22,69		-0,53
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	1,10	0,82	0,25	34,15		1,11
Tasso totale utenti per 1.000 res.	3,74	4,17	1,05	-10,31		-0,41
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	0,07	0,05	0,05	40,00		0,40
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	0,06	0,08	0,14	-25,00		-0,11
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	0,08	0,05	0,07	60,00		0,40
Percentuale utenti sottoposti a test HIV	36,12	38,25	14,13	-5,57		-0,15
Percentuale utenti positivi al test HIV sul totale utenti testati	3,87	9,75	7,12	-60,31		-0,83
Percentuale utenti sottoposti a test HBV	39,78	41,42	15,09	-3,96		-0,11
Percentuale utenti positivi al test HBV sul totale utenti testati	30,76	37,51	17,74	-18,00		-0,38
Percentuale utenti sottoposti a test HCV	40,42	47,08	14,04	-14,15		-0,47
Percentuale utenti positivi al test HCV sul totale utenti testati	56,11	61,28	10,85	-8,44		-0,48

Indicatori	Val. Regio naz.le	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)	10,95	12,05	2,45	-9,13		-0,45
Tasso di mortalità droga correlata (x 10.000 res.)	0,66	1,26	0,71	-47,62		-0,85
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	106,32	75,27	37,07	41,25		0,84
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	27,37	16,97	6,38	61,28		1,63
Soggetti segnalati art.75 per **regione di segnalazione** sul totale utenti in carico ai SerT.	28,44	18,48	7,15	53,90		1,80
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	5,12	10,25	6,16	-50,05		-0,83
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res	89,12	53,30	26,63	67,20		1,35
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res	7,46	9,08	4,62	-17,84		-0,35
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res	8,44	9,60	1,66	-12,08		-0,70
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	22,56	23,30	6,59	-3,18		-0,11
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	9,62	21,55	12,60	-55,36		-0,95
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	16,36	7,00	4,13	133,71		2,26
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	11,48	70,00	92,87	-83,60		-0,63
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	8,76	13,04	4,86	-32,82		-0,88
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 100.000 res)	3,28	5,63	2,66	-41,74		-0,88
Tossicodipendenti in affido art.94 sul totale utenti in carico ai SerT.	1,21	1,06	0,54	14,15		0,28

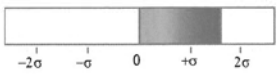
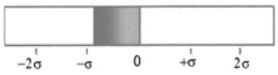
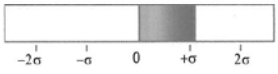
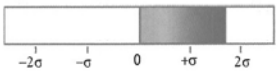
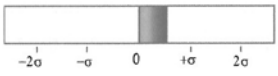
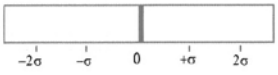
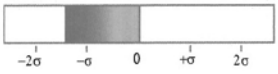
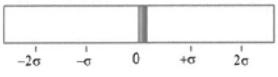
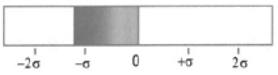
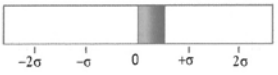
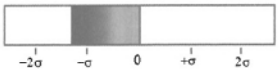
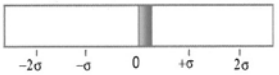
** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore medio nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

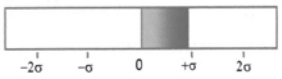
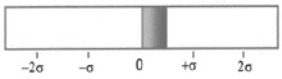
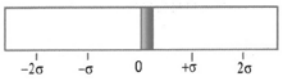
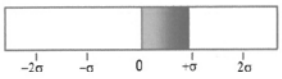
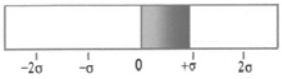
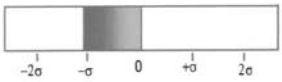
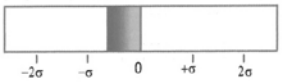
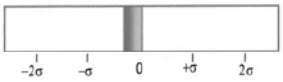
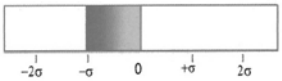
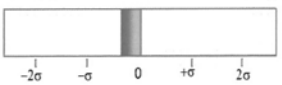
V.2.1.16. Regione Toscana

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2009	2.381.178	39.531.202
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	2.586	33.983
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	14.053	168.364

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori medi nazionali e scostamento standardizzato**(*) dalla media

Indicatori	Val. Regio naz.le	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei o cocaina (x 100.000 res.)	10,52	9,47	2,09	11,14		0,50
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 100.000 res.)	8,27	5,90	1,54	40,17		1,54
Persone con bisogno di trattamento per uso di cocaina (x 100.000 res.)	2,25	3,57	1,54	-36,97		-0,86
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	1,09	0,82	0,25	32,93		1,06
Tasso totale utenti per 1.000 res.	5,90	4,17	1,05	41,49		1,65
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	0,08	0,05	0,05	60,00		0,53
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	0,09	0,08	0,14	12,50		0,08
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	0,06	0,05	0,07	20,00		0,08
Percentuale utenti sottoposti a test HIV	18,32	38,25	14,13	-52,10		-1,41
Percentuale utenti positivi al test HIV sul totale utenti testati	10,73	9,75	7,12	10,05		0,14
Percentuale utenti sottoposti a test HBV	22,78	41,42	15,09	-45,00		-1,24
Percentuale utenti positivi al test HBV sul totale utenti testati	46,22	37,51	17,74	23,22		0,49
Percentuale utenti sottoposti a test HCV	28,82	47,08	14,04	-38,79		-1,30
Percentuale utenti positivi al test HCV sul totale utenti testati	63,98	61,28	10,85	4,41		0,25

Indicatori	Val. Regio naz.le	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)	12,50	12,05	2,45	3,73		0,19
Tasso di mortalità droga correlata (x 10.000 res.)	1,34	1,26	0,71	6,35		0,11
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	108,60	75,27	37,07	44,28		0,90
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	17,47	16,97	6,38	2,95		0,08
Soggetti segnalati art.75 per **regione di segnalazione** sul totale utenti in carico ai SerT.	19,97	18,48	7,15	8,06		0,47
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	11,59	10,25	6,16	13,07		0,22
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res	76,98	53,30	26,63	44,43		0,89
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res	13,27	9,08	4,62	46,15		0,91
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res	9,54	9,60	1,66	-0,63		-0,04
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	16,16	23,30	6,59	-30,64		-1,08
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	23,14	21,55	12,60	7,38		0,13
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	4,37	7,00	4,13	-37,57		-0,64
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	39,56	70,00	92,87	-43,49		-0,33
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	8,03	13,04	4,86	-38,42		-1,03
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 100.000 res)	4,74	5,63	2,66	-15,81		-0,33
Tossicodipendenti in affido art.94 sul totale utenti in carico ai SerT.	1,10	1,06	0,54	3,77		0,08

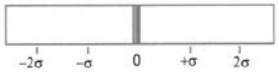
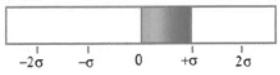
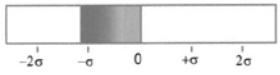
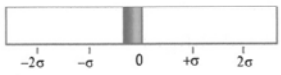
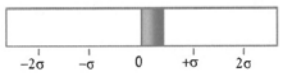
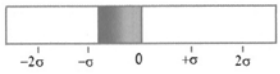
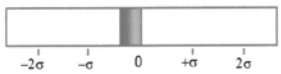
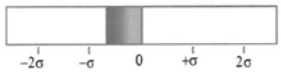
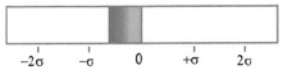
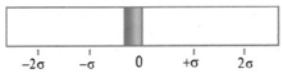
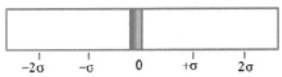
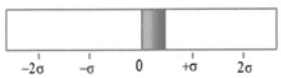
** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore medio nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

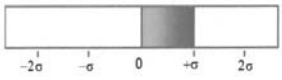
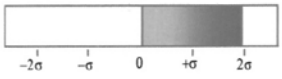
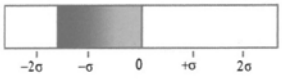
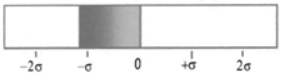
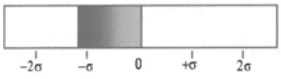
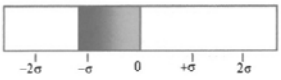
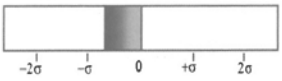
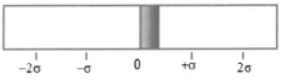
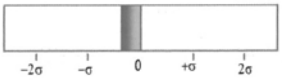
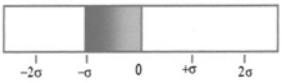
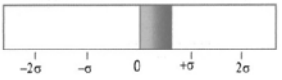
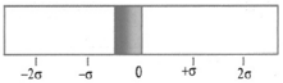
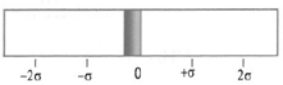
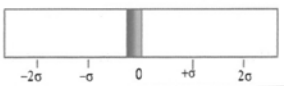
V.2.1.17. Regione Umbria

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2009	573.249	39.531.202
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	426	33.983
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	2.625	168.364

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori medi nazionali e scostamento standardizzato**(*) dalla media

Indicatori	Val. Regio naz.le	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei o cocaina (x 100.000 res.)	9,21	9,47	2,09	-2,70		-0,12
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 100.000 res.)	7,39	5,90	1,54	25,25		0,97
Persone con bisogno di trattamento per uso di cocaina (x 100.000 res.)	1,82	3,57	1,54	-49,02		-1,13
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,74	0,82	0,25	-9,76		-0,33
Tasso totale utenti per 1.000 res.	4,58	4,17	1,05	9,83		0,39
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	0,01	0,05	0,05	-80,00		-0,84
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	0,02	0,08	0,14	-75,00		-0,42
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	0,01	0,05	0,07	-80,00		-0,68
Percentuale utenti sottoposti a test HIV	29,36	38,25	14,13	-23,24		-0,63
Percentuale utenti positivi al test HIV sul totale utenti testati	9,88	9,75	7,12	1,33		0,02
Percentuale utenti sottoposti a test HBV	36,26	41,42	15,09	-12,46		-0,34
Percentuale utenti positivi al test HBV sul totale utenti testati	34,74	37,51	17,74	-7,38		-0,16
Percentuale utenti sottoposti a test HCV	44,01	47,08	14,04	-6,52		-0,22
Percentuale utenti positivi al test HCV sul totale utenti testati	66,27	61,28	10,85	8,14		0,46

Indicatori	Val. Regio naz.le	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)	14,45	12,05	2,45	19,92		0,98
Tasso di mortalità droga correlata (x 10.000 res.)	2,62	1,26	0,71	107,94		1,91
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	71,00	75,27	37,07	-5,67		-0,12
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	6,86	16,97	6,38	-59,58		-1,58
Soggetti segnalati art.75 per **regione di segnalazione** sul totale utenti in carico ai SerT.	9,60	18,48	7,15	-48,05		-1,15
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	2,97	10,25	6,16	-71,02		-1,18
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res	22,15	53,30	26,63	-58,44		-1,17
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res	5,93	9,08	4,62	-34,69		-0,68
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res	10,15	9,60	1,66	5,73		0,34
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	22,17	23,30	6,59	-4,85		-0,17
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	17,10	21,55	12,60	-20,65		-0,35
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	2,62	7,00	4,13	-62,57		-1,06
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	125,08	70,00	92,87	78,69		0,59
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	10,55	13,04	4,86	-19,10		-0,51
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 100.000 res)	4,83	5,63	2,66	-14,21		-0,30
Tossicodipendenti in affido art.94 sul totale utenti in carico ai SerT.	0,91	1,06	0,54	-14,15		-0,27

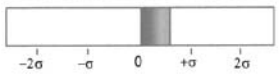
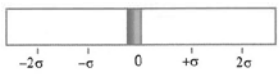
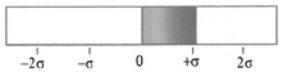
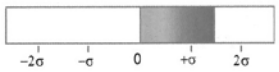
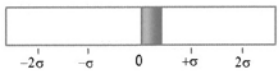
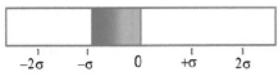
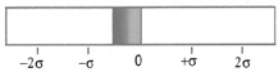
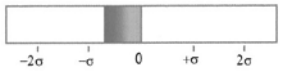
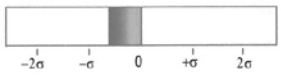
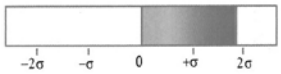
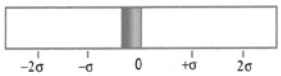
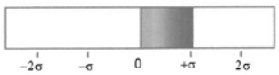
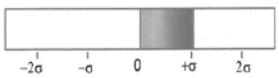
** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore medio nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

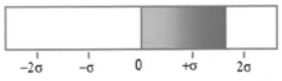
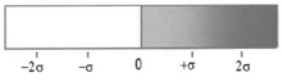
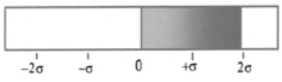
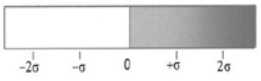
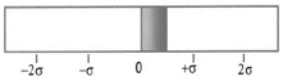
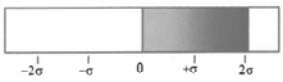
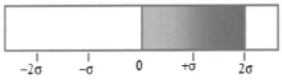
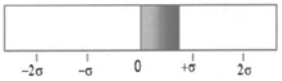
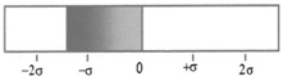
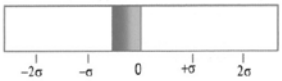
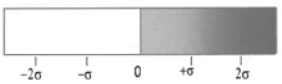
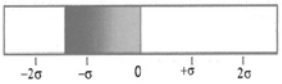
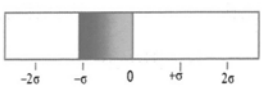
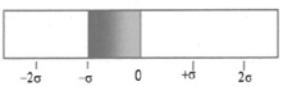
V.2.1.18. Regione Valle d'Aosta

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2009	83.303	39.531.202
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	98	33.983
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	380	168.364

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori medi nazionali e scostamento standardizzato**(*) dalla media

Indicatori	Val. Regio naz.le	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei o cocaina (x 100.000 res.)	10,64	9,47	2,09	12,40		0,56
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 100.000 res.)	5,49	5,90	1,54	-6,95		-0,26
Persone con bisogno di trattamento per uso di cocaina (x 100.000 res.)	5,15	3,57	1,54	44,26		1,02
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	1,18	0,82	0,25	43,90		1,43
Tasso totale utenti per 1.000 res.	4,56	4,17	1,05	9,35		0,38
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	0,00	0,05	0,05	-100,00		-0,95
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	0,00	0,08	0,14	-100,00		-0,52
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	0,00	0,05	0,07	-100,00		-0,72
Percentuale utenti sottoposti a test HIV	63,95	38,25	14,13	67,19		1,82
Percentuale utenti positivi al test HIV sul totale utenti testati	5,35	9,75	7,12	-45,13		-0,62
Percentuale utenti sottoposti a test HBV	68,40	41,42	15,09	65,14		1,79
Percentuale utenti positivi al test HBV sul totale utenti testati	30,95	37,51	17,74	-17,49		-0,37
Percentuale utenti sottoposti a test HCV	61,21	47,08	14,04	30,01		1,01
Percentuale utenti positivi al test HCV sul totale utenti testati	72,41	61,28	10,85	18,16		1,03

Indicatori	Val. Regio naz.le	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)	12,05	12,05	2,45	0,00		0,00
Tasso di mortalità droga correlata (x 10.000 res.)	2,40	1,26	0,71	90,48		1,60
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	171,66	75,27	37,07	128,06		2,60
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	28,95	16,97	6,38	70,60		1,88
Soggetti segnalati art.75 per **regione di segnalazione** sul totale utenti in carico ai SerT.	37,63	18,48	7,15	103,63		3,24
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	13,20	10,25	6,16	28,78		0,48
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res	106,84	53,30	26,63	100,45		2,01
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res	9,60	9,08	4,62	5,73		0,11
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res	12,84	9,60	1,66	33,75		1,96
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	28,16	23,30	6,59	20,86		0,74
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	3,60	21,55	12,60	-83,29		-1,43
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	4,80	7,00	4,13	-31,43		-0,53
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	312,11	70,00	92,87	345,87		2,61
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	6,05	13,04	4,86	-53,60		-1,44
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 100.000 res)	2,76	5,63	2,66	-50,98		-1,08
Tossicodipendenti in affido art.94 sul totale utenti in carico ai SerT.	0,53	1,06	0,54	-50,00		-0,99

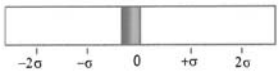
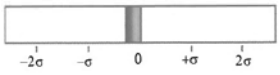
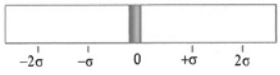
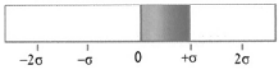
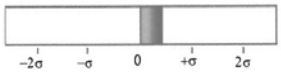
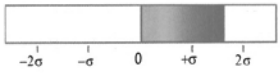
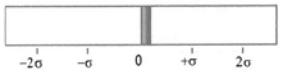
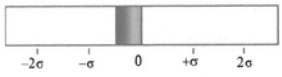
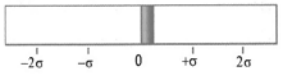
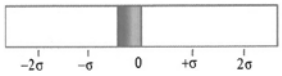
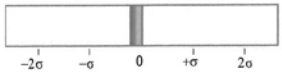
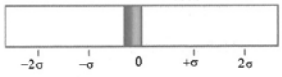
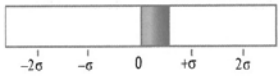
** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore medio nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

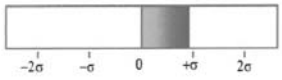
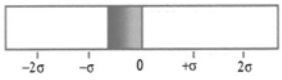
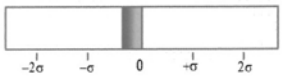
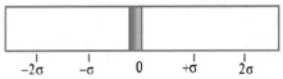
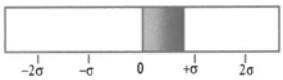
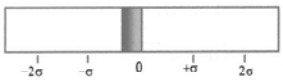
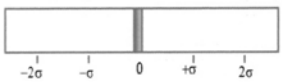
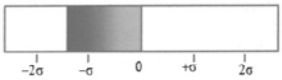
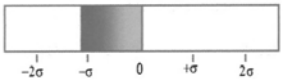
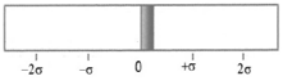
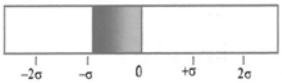
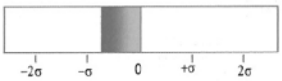
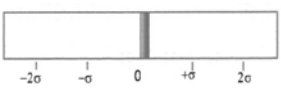
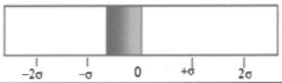
V.2.1.19. Regione Veneto

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2009	3.234.722	39.531.202
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	3.410	33.983
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	14.817	168.364

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori medi nazionali e scostamento standardizzato**(*) dalla media

Indicatori	Val. Regio naz.le	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei o cocaina (x 100.000 res.)	8,73	9,47	2,09	-7,77		-0,35
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 100.000 res.)	5,46	5,90	1,54	-7,46		-0,28
Persone con bisogno di trattamento per uso di cocaina (x 100.000 res.)	3,26	3,57	1,54	-8,68		-0,20
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	1,05	0,82	0,25	28,05		0,93
Tasso totale utenti per 1.000 res.	4,58	4,17	1,05	9,83		0,40
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	0,13	0,05	0,05	160,00		1,58
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	0,09	0,08	0,14	12,50		0,08
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	0,07	0,05	0,07	40,00		0,19
Percentuale utenti sottoposti a test HIV	31,44	38,25	14,13	-17,80		-0,48
Percentuale utenti positivi al test HIV sul totale utenti testati	11,44	9,75	7,12	17,33		0,24
Percentuale utenti sottoposti a test HBV	34,90	41,42	15,09	-15,74		-0,43
Percentuale utenti positivi al test HBV sul totale utenti testati	33,68	37,51	17,74	-10,21		-0,22
Percentuale utenti sottoposti a test HCV	42,47	47,08	14,04	-9,79		-0,33
Percentuale utenti positivi al test HCV sul totale utenti testati	66,93	61,28	10,85	9,22		0,52

Indicatori	Val. Regio naz.le	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)	14,26	12,05	2,45	18,34		0,91
Tasso di mortalità droga correlata (x 10.000 res.)	0,80	1,26	0,71	-36,51		-0,65
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	70,70	75,27	37,07	-6,07		-0,12
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	14,71	16,97	6,38	-13,32		-0,35
Soggetti segnalati art.75 per **regione di segnalazione** sul totale utenti in carico ai SerT.	15,43	18,48	7,15	-16,50		-0,24
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	14,99	10,25	6,16	46,24		0,77
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res	43,25	53,30	26,63	-18,86		-0,38
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res	8,38	9,08	4,62	-7,71		-0,15
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res	7,28	9,60	1,66	-24,17		-1,40
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	15,89	23,30	6,59	-31,80		-1,13
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	24,52	21,55	12,60	13,78		0,24
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	3,22	7,00	4,13	-54,00		-0,92
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	0,43	70,00	92,87	-99,39		-0,75
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	13,21	13,04	4,86	1,30		0,03
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 100.000 res)	6,05	5,63	2,66	7,46		0,16
Tossicodipendenti in affido art.94 sul totale utenti in carico ai SerT.	0,72	1,06	0,54	-32,08		-0,64

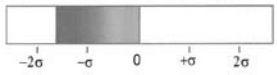
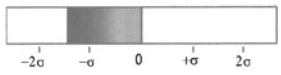
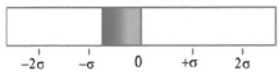
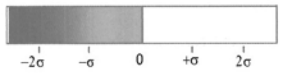
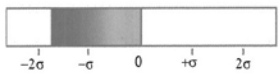
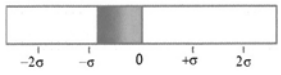
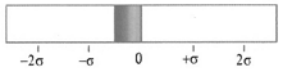
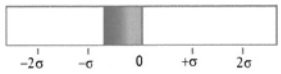
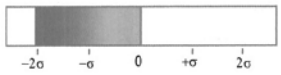
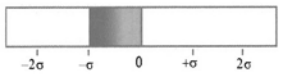
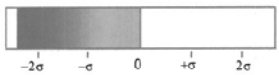
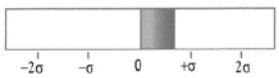
** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore medio nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

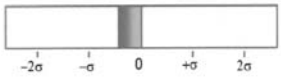
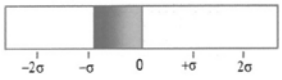
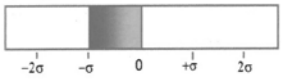
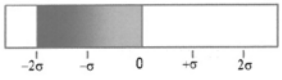
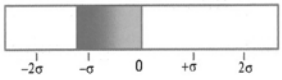
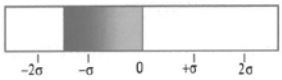
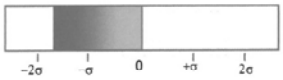
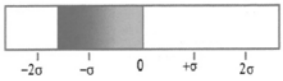
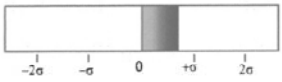
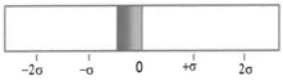
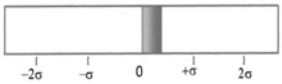
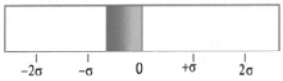
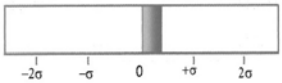
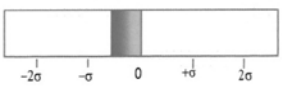
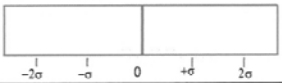
V.2.1.20. Provincia Autonoma di Bolzano

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2009	327.935	39.531.202
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	66	33.983
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	773	168.364

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori medi nazionali e scostamento standardizzato**(*) dalla media

Indicatori	Val. Regio naz.le	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei o cocaina (x 100.000 res.)	6,10	9,47	2,09	-35,56		-1,61
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 100.000 res.)	3,71	5,90	1,54	-37,12		-1,42
Persone con bisogno di trattamento per uso di cocaina (x 100.000 res.)	2,39	3,57	1,54	-33,05		-0,77
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,20	0,82	0,25	-75,61		-2,52
Tasso totale utenti per 1.000 res.	2,36	4,17	1,05	-43,41		-1,72
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	0,01	0,05	0,05	-80,00		-0,85
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	0,00	0,08	0,14	-100,00		-0,50
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	0,00	0,05	0,07	-100,00		-0,73
Percentuale utenti sottoposti a test HIV	9,83	38,25	14,13	-74,30		-2,01
Percentuale utenti positivi al test HIV sul totale utenti testati	2,63	9,75	7,12	-73,03		-1,00
Percentuale utenti sottoposti a test HBV	5,68	41,42	15,09	-86,29		-2,37
Percentuale utenti positivi al test HBV sul totale utenti testati	48,78	37,51	17,74	30,05		0,64
Percentuale utenti sottoposti a test HCV	8,68	47,08	14,04	-81,56		-2,73
Percentuale utenti positivi al test HCV sul totale utenti testati	62,69	61,28	10,85	2,30		0,13

Indicatori	Val. Regio naz.le	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)	11,01	12,05	2,45	-8,63		-0,42
Tasso di mortalità droga correlata (x 10.000 res.)	0,61	1,26	0,71	-51,59		-0,92
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	38,73	75,27	37,07	-48,55		-0,99
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	4,47	16,97	6,38	-73,66		-1,96
Soggetti segnalati art.75 per **regione di segnalazione** sul totale utenti in carico ai SerT.	9,21	18,48	7,15	-50,16		-1,22
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	1,20	10,25	6,16	-88,29		-1,47
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res	8,98	53,30	26,63	-83,15		-1,66
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res	1,80	9,08	4,62	-80,18		-1,58
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res	10,73	9,60	1,66	11,77		0,69
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	34,52	23,30	6,59	48,15		-3,54
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	15,55	21,55	12,60	-27,84		-0,48
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	8,54	7,00	4,13	22,00		0,37
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	7,62	70,00	92,87	-89,11		-0,67
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	14,86	13,04	4,86	13,96		0,37
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 100.000 res)	4,13	5,63	2,66	-26,64		-0,56
Tossicodipendenti in affido art.94 sul totale utenti in carico ai SerT.	1,08	1,06	0,54	1,89		0,03

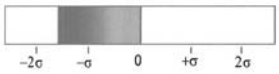
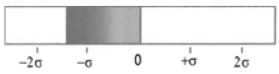
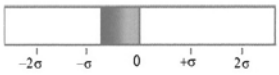
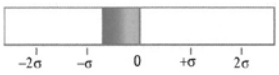
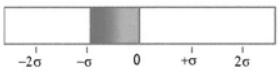
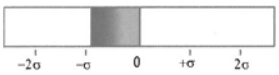
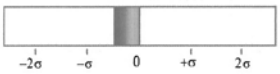
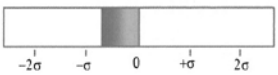
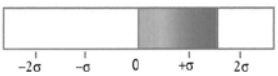
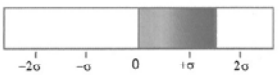
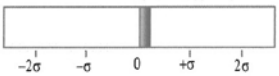
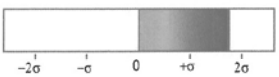
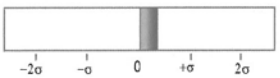
** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore medio nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

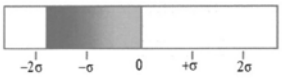
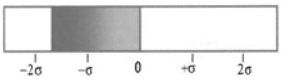
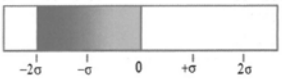
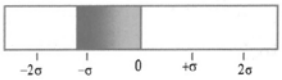
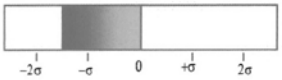
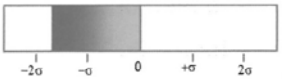
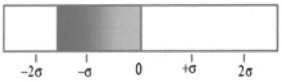
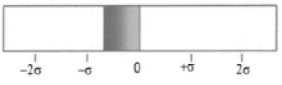
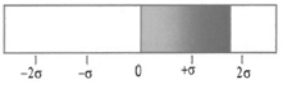
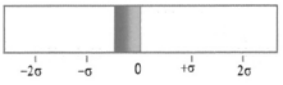
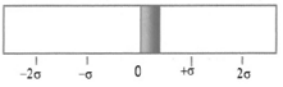
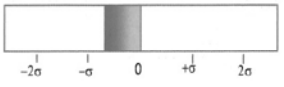
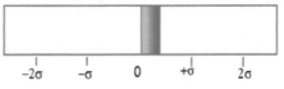
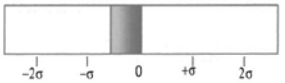
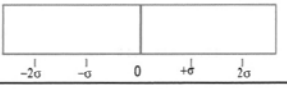
V.2.1.21. Provincia Autonoma di Trento

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2009	340.446	39.531.202
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	223	33.983
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	1.084	168.364

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori medi nazionali e scostamento standardizzato**(*) dalla media

Indicatori	Val. Regio naz.le	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei o cocaina (x 100.000 res.)	6,19	9,47	2,09	-34,61		-1,57
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 100.000 res.)	3,76	5,90	1,54	-31,93		-1,39
Persone con bisogno di trattamento per uso di cocaina (x 100.000 res.)	2,43	3,57	1,54	-19,51		-0,74
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,66	0,82	0,25	-23,74		-0,68
Tasso totale utenti per 1.000 res.	3,18	4,17	1,05	-100,00		-0,94
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	0,00	0,05	0,05	-87,50		-0,92
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	0,01	0,08	0,14	-100,00		-0,48
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	0,00	0,05	0,07	54,85		-0,72
Percentuale utenti sottoposti a test HIV	59,23	38,25	14,13	3,79		1,48
Percentuale utenti positivi al test HIV sul totale utenti testati	10,12	9,75	7,12	54,13		0,05
Percentuale utenti sottoposti a test HBV	63,84	41,42	15,09	9,62		1,49
Percentuale utenti positivi al test HBV sul totale utenti testati	41,12	37,51	17,74	51,19		0,20
Percentuale utenti sottoposti a test HCV	71,18	47,08	14,04	5,81		1,72
Percentuale utenti positivi al test HCV sul totale utenti testati	64,84	61,28	10,85	-36,27		0,33

Indicatori	Val. Regio naz.le	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)	11,01	12,05	2,45	-8,63		-0,42
Tasso di mortalità droga correlata (x 10.000 res.)	0,00	1,26	0,71	-100,00		-1,78
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	12,92	75,27	37,07	-82,84		-1,68
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	4,47	16,97	6,38	-73,66		-1,96
Soggetti segnalati art.75 per **regione di segnalazione** sul totale utenti in carico ai SerT.	9,21	18,48	7,15	-50,16		-1,22
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	1,20	10,25	6,16	-88,29		-1,47
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res	8,98	53,30	26,63	-83,15		-1,66
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res	1,80	9,08	4,62	-80,18		-1,58
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res	8,49	9,60	1,66	-11,56		-0,67
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	34,52	23,30	6,59	48,15		1,70
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	47,88	21,55	12,60	122,18		-0,48
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	1,17	7,00	4,13	-83,29		0,37
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	38,48	70,00	92,87	-45,03		-0,67
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	14,86	13,04	4,86	13,96		0,37
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 100.000 res)	4,13	5,63	2,66	-26,64		-0,56
Tossicodipendenti in affido art.94 sul totale utenti in carico ai SerT.	1,08	1,06	0,54	1,89		0,03

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore medio nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

V.2.2. COMPARAZIONE DEI DATI DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME, MEDIANTE INDICATORI STANDARDIZZATI: SCOSTAMENTI REGIONALI DALLA MEDIA NAZIONALE

Confrontare gli scostamenti delle singole regioni dalla media Nazionale sulle 3 dimensioni: 1.Gravità del fenomeno 2.Risposta assistenziale 3.Risposta di contrasto

In questo paragrafo viene presentato un sistema sperimentale (Delta Drugs 3D) per la creazione di un profilo di sintesi per ciascuna regione a confronto con la situazione media nazionale. Tale analisi viene condotta mediante il calcolo della differenza standardizzata dalla media nazionale di alcuni indicatori sul fenomeno. La standardizzazione rappresenta una metodologia per consentire il confronto di dimensioni disomogenee fra loro e viene calcolata come differenza del valore dell'indicatore regionale dalla media nazionale, rapportato alla variabilità media dell'indicatore tra le regioni (deviazione standard dalla media nazionale).
Sulla base di tali scostamenti standard calcolati per tutti gli indicatori di ciascuna regione, sono state definite tre dimensioni latenti che aggregano gli indicatori in tre gruppi: gravità del fenomeno del consumo di sostanze stupefacenti, la risposta assistenziale attivata dalle regioni a supporto della potenziale domanda e la risposta di contrasto al fenomeno di produzione, traffico e vendita di sostanze illecite.
La dimensione relativa alla gravità del fenomeno è rappresentata dal Dominio Logico G. contente dagli indicatori sul bisogno di trattamento, positività dei test sulle malattie infettive (HIV, HBV, HCV), sulla mortalità negli incidenti stradali e la mortalità droga correlata. La risposta assistenziale è stata definita attraverso il Dominio Logico R.A. contentente gli indicatori sull'utenza assistita nei Ser.T. (distintamente in nuovi utenti e totale), utenza sottoposta a test di screening delle malattie infettive (HIV, HBV, HCV), all'utenza assistita dai SerT e detenuta negli istituti penitenziari ed agli affidi di tossicodipendenti ai servizi sociali (art. 94 DPR 309/90). La dimensione della risposta al contrasto è rappresentata dal Dominio Logico R.C. contente gli indicatori dei soggetti segnalati dalle forze di polizia ai sensi dell'art. 75 DPR 309/90, dei soggetti denunciati alle Autorità Giudiziarie per reati legati all'art. 73 DPR 309/90 e dei soggetti tossicodipendenti ristretti in carcere.

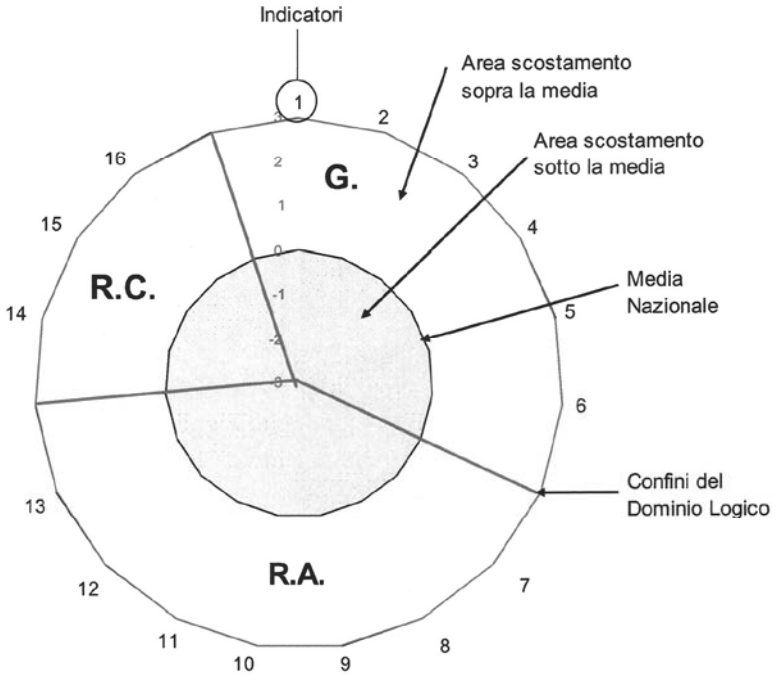
Osservare gli scostamenti standardizzati

Mediante la definizione di queste tre dimensioni latenti, è possibile operare due tipologie di confronto, uno di natura molto sintetica attraverso la somma degli scostamenti di ciascun indicatore regionale dalla media nazionale, all'interno di ciascuna dimensione, che fornisce un valore sintetico per singola dimensione dello scostamento regionale dalla media nazionale (Tabella V.2.1); il secondo tipo di confronto più analitico permette di confrontare il profilo degli indicatori regionali all'interno delle tre dimensioni latenti, tra di loro e rispetto ai profili delle altre regioni.

Evidenziazione degli scostamenti dalla media nazionale: cerchio superiore= sopra media cerchio inferiore= sotto media

Nel sistema Delta Drugs tale profilo viene rappresentato graficamente mediante un grafico "radar" in cui ciascuna dimensione del radar è rappresentato da un indicatore, precisamente dallo scostamento standardizzato dell'indicatore regionale dalla media nazionale. L'area del radar che rappresenta a livello concettuale il profilo regionale dello scostamento dalla media nazionale del fenomeno oggetto di studio, viene suddivisa nelle tre dimensioni latenti (G = gravità, R.A. = risposta assistenziale, R.C. = risposta di contrasto) e in due aree circolari concentriche che delimitano l'area del profilo regionale che differisce posizionandosi sotto la dalla media nazionale, da quella in cui il profilo regionale differisce posizionandosi sopra tale media (Figura VI.2.1).

Figura V.2.1: Sistema DELTA DRUGS 3D



Lo scostamento viene rappresentata in $\pm 3\sigma$

La lettura dei profili regionali rispetto alla media nazionale, evidenzia le situazioni in cui la gravità del fenomeno, risulta interamente o parzialmente inferiore alla media nazionale a fronte ad esempio di una risposta assistenziale superiore alla media nazionale, o viceversa. Analogamente, evidenzia situazioni con elevata gravità del fenomeno ed una risposta assistenziale e di contrasto inferiore rispetto alla media nazionale.

Secondo tale modello concettuale è possibile osservare per alcune regioni profili di gravità superiori alla media nazionale, a fronte di azioni di contrasto e di risposta assistenziale carenti, ovvero profili più equilibrati tra le tre dimensioni, con scostamenti dalla media nazionale orientati omogeneamente verso valori inferiori o superiori al valore medio nazionale.

Lo strumento ha chiaramente bisogno di essere ulteriormente affinato e integrato con altri indicatori ma rappresenta comunque un interessante sistema di osservazione multidimensionale. Relativamente alle rappresentazioni di cui alle (Figure VI.2.1, V.2.2, VI.2.3), va ricordato che il sistema utilizza una metodologia equiponderata tra indicatori e che è allo studio la definizione di una nuova metodologia di ponderazione dei singoli indicatori all'interno della singola dimensione.

Evidenziazione dei paradossi

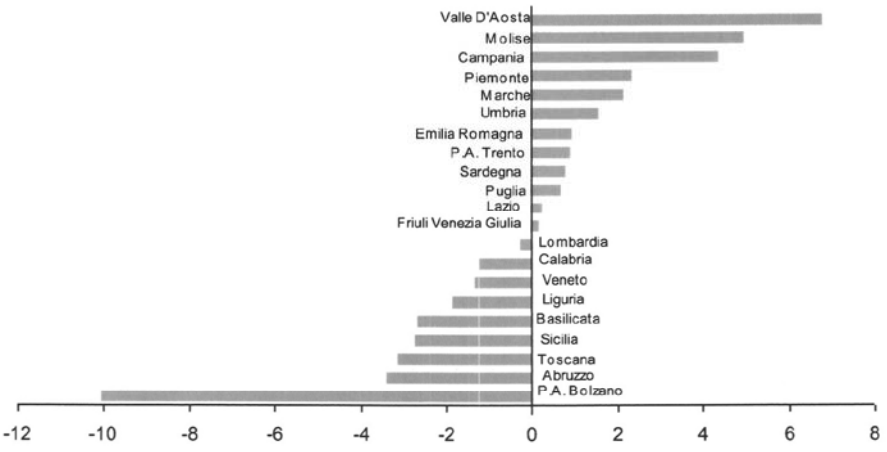
Il sistema mette a fuoco anche quelle che sono le contraddizioni e le "esagerazioni" statistico epidemilogiche dei dati presentati dalle singole regioni a confronto, evidenziando i paradossi in maniera comparata. Permette quindi di poter ridiscutere alcune situazioni paradossali e poter comprendere distorsioni come per esempio la sovra o sottonotifica dei casi o dei fenomeni

Tabella V.2.1: Somma degli scostamenti standardizzati.

	Scostamento in σ[1] composito da		
Regione	**Gravità**	**Risposta assistenziale**	**Risposta di contrasto**
Abruzzo	-3,38	2,44	1,17
Basilicata	-2,67	-5,40	-2,02
Calabria	-1,22	-4,14	-1,87
Campania	4,37	-4,54	-0,65
Emilia Romagna	0,95	5,97	2,16
Friuli Venezia Giulia	0,16	-4,28	-2,19
Lazio	0,26	-1,81	-0,51
Liguria	-1,87	7,35	5,31
Lombardia	-0,26	1,57	-0,65
Marche	2,15	-3,92	-0,24
Molise	4,94	-3,71	-1,69
P.A. Bolzano	-10,07	-4,08	-0,86
P.A. Trento	0,92	-0,63	-2,91
Piemonte	2,36	5,41	1,86
Puglia	0,68	0,29	0,24
Sardegna	0,81	8,11	-0,05
Sicilia	-2,73	-1,58	-0,75
Toscana	-3,14	2,64	0,53
Umbria	1,58	-0,40	-0,08
Valle D'Aosta	6,78	-0,59	3,48
Veneto	-1,33	1,26	-1,37

Nella figura in seguito si evidenzia che le regioni con indice di gravità più elevato sono Val d'Aosta (6,7), la regione del Molise (4,9) segue la regione Campania (4,3); invece le regioni con un indice di gravità molto basso sono la Provincia Autonoma di Bolzano (-10,0) segue l'Abruzzo (-3,3)

Figura V.2.2: Somma degli scostamenti per l'indicatore composito di Gravità



Riguardo invece all'indicatore composito di risposta assistenziale si nota che la regione con più assistenza è la Sardegna (8,1) seguita da Liguria (7,3) e l'Emilia Romagna (5,9). Invece le regioni che risulta con meno assistenza la Basilicata (-5,4)

[1] Somma degli scostamenti standardizzati

Figura V.2.3: Somma degli scostamenti per l'indicatore composito di Risposta Assistenziale.

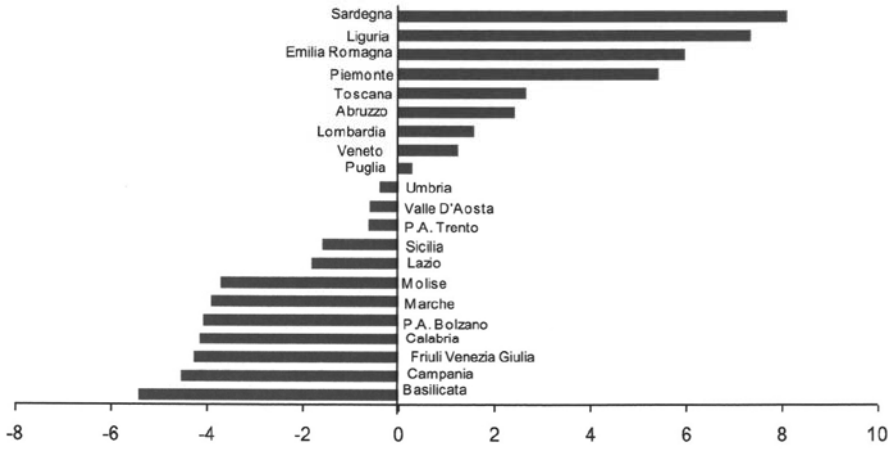


Figura V.2.4: Somma degli scostamenti per l'indicatore composito Risposta di Contrasto.

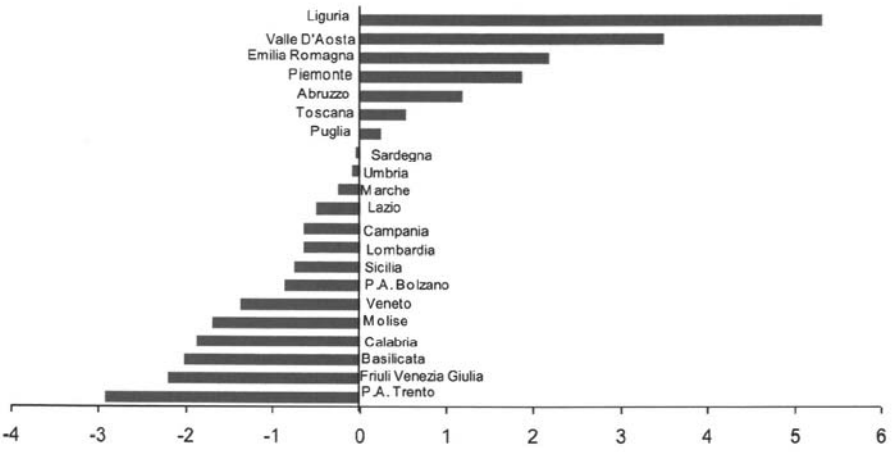
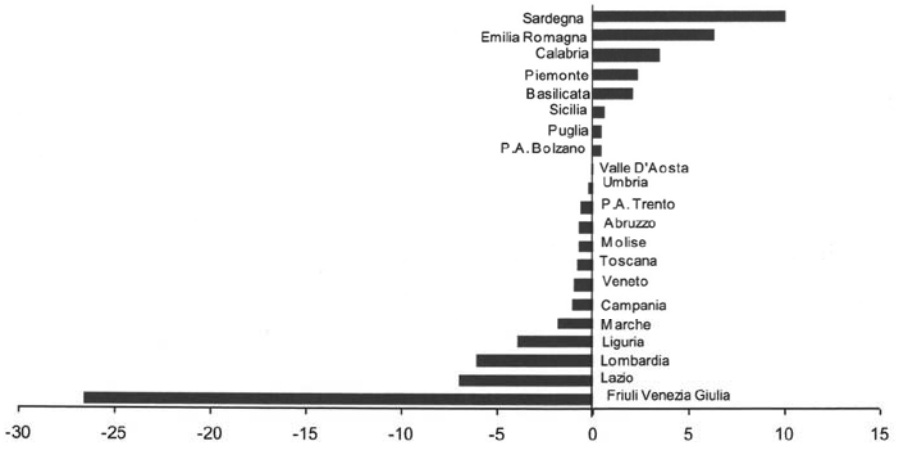
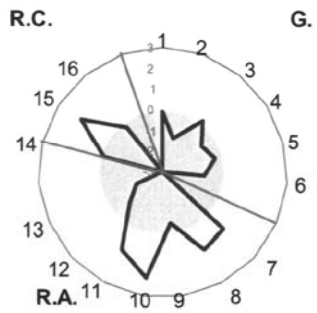


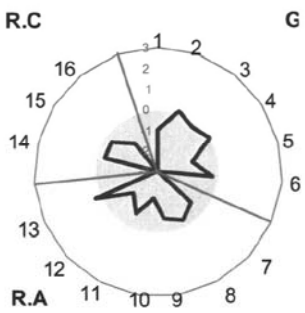
Figura V.2.5: Rapporto tra risposta l'indicatore composito di risposta assistenziale e gravità (Indice tra risposta al fenomeno e bisogno)



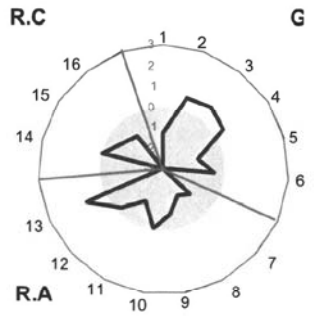
Abruzzo



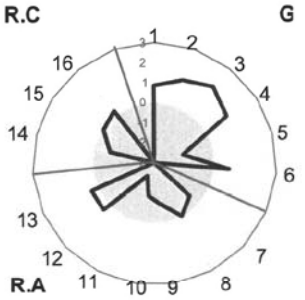
Basilicata



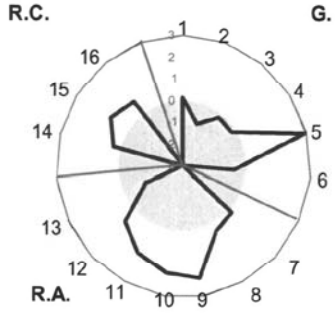
Calabria



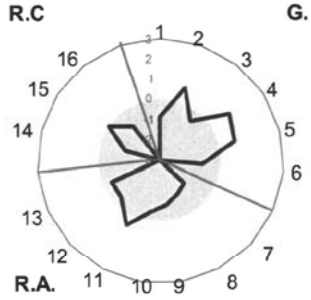
Campania



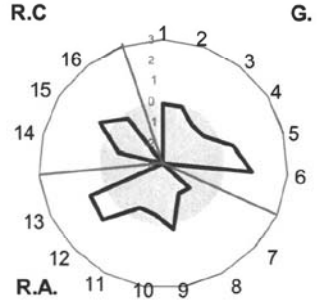
Emilia Romagna



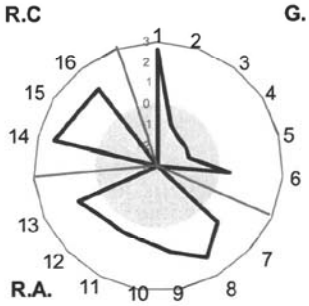
Friuli Venezia Giulia



Lazio



Liguria



Gli indicatori G., R.A. e R.C. sono calcolati mediante lo scostamento standardizzato (□□.

Gravità:

1. Persone con Bisogno di trattamento
2. % positivi HIV
3. % positivi HBV
4. % positivi HCV
5. Mortalità incidenti
6. Mortalità droga correlata

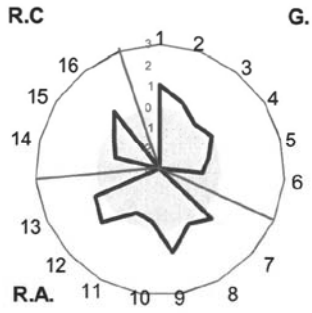
Risposta Assistenziale:

7. Nuovi utenti
8. Totale utenti in carico
9. % sottoposti al test HIV
10. % sottoposti al test HBV
11. % sottoposti al test HCV
12. Detenuti in carico ai SerT
13. Affido tossicodipendenti

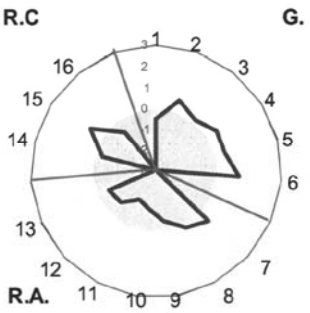
Risposta di contrasto:

14.Segnalazioni art. 75
15. Denunciati art.73
16. Detenuti tossicodipendenti

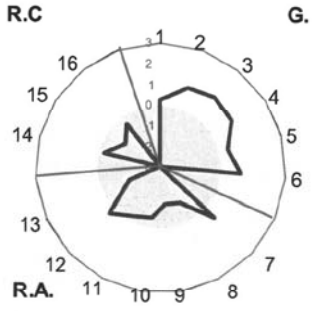
Lombardia



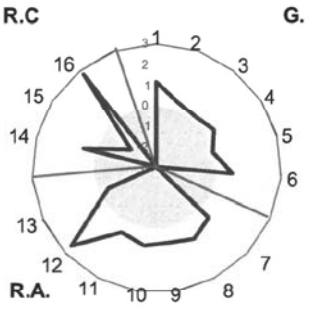
Marche



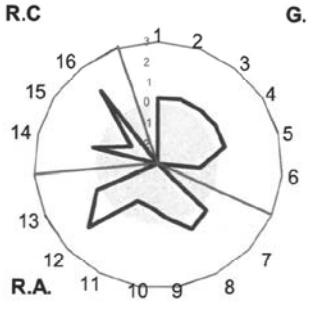
Molise



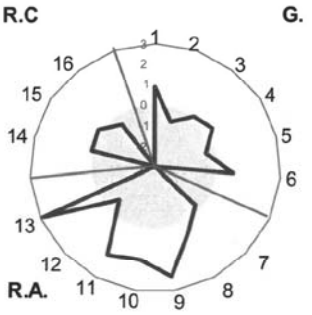
Piemonte



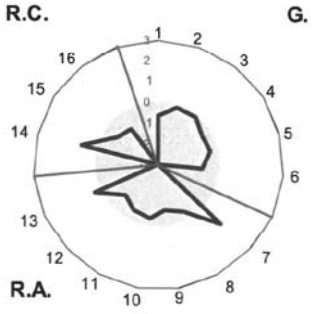
Puglia



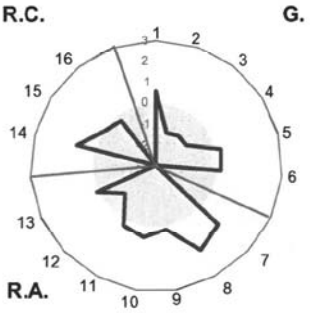
Sardegna



Sicilia



Toscana



Gravità:

1. Persone con Bisogno di trattamento
2. % positivi HIV
3. % positivi HBV
4. % positivi HCV
5. Mortalità incidenti
6. Mortalità droga correlata

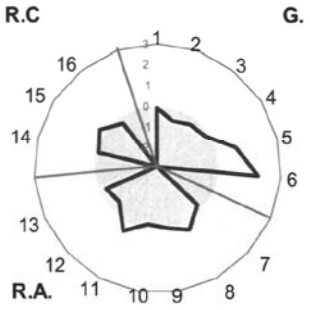
Risposta Assistenziale:

7. Nuovi utenti
8. Totale utenti in carico
9. % sottoposti al test HIV
10. % sottoposti al test HBV
11. % sottoposti al test HCV
12. Detenuti in carico ai SerT
13. Affido tossicodipendenti

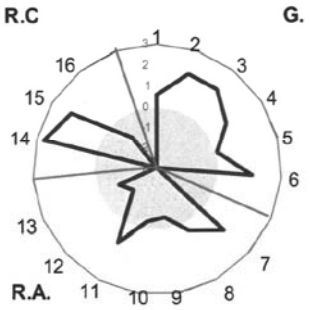
Risposta di contrasto:

14.Segnalazioni art. 75
15. Denunciati art.73
16. Detenuti tossicodipendenti

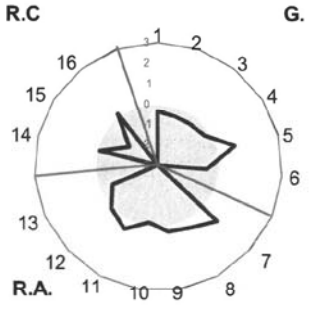
Umbria



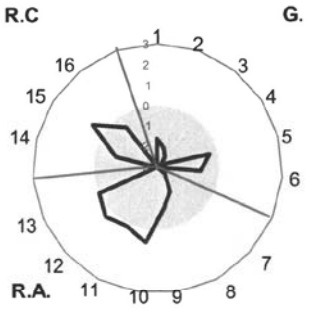
Val d'Aosta



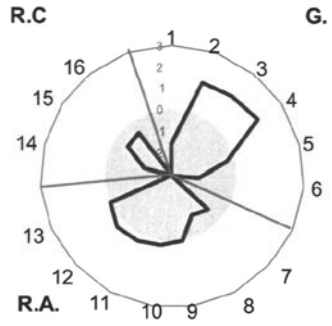
Veneto



P.A. Bolzano



P.A. Trento



Gravità:

1. Persone con Bisogno di trattamento
2. % positivi HIV
3. % positivi HBV
4. % positivi HCV
5. Mortalità incidenti
6. Mortalità droga correlata

Risposta Assistenziale:

7. Nuovi utenti
8. Totale utenti in carico
9. % sottoposti al test HIV
10. % sottoposti al test HBV
11. % sottoposti al test HCV
12. Detenuti in carico ai SerT
13. Affido tossicodipendenti

Risposta di contrasto:

14.Segnalazioni art. 75
15. Denunciati art.73
16. Detenuti tossicodipendenti

V.2.2.1. Analisi bidimensionali su indicatori rilevanti per la valutazione dell'offerta assistenziale

Introduzione

Scopo delle analisi

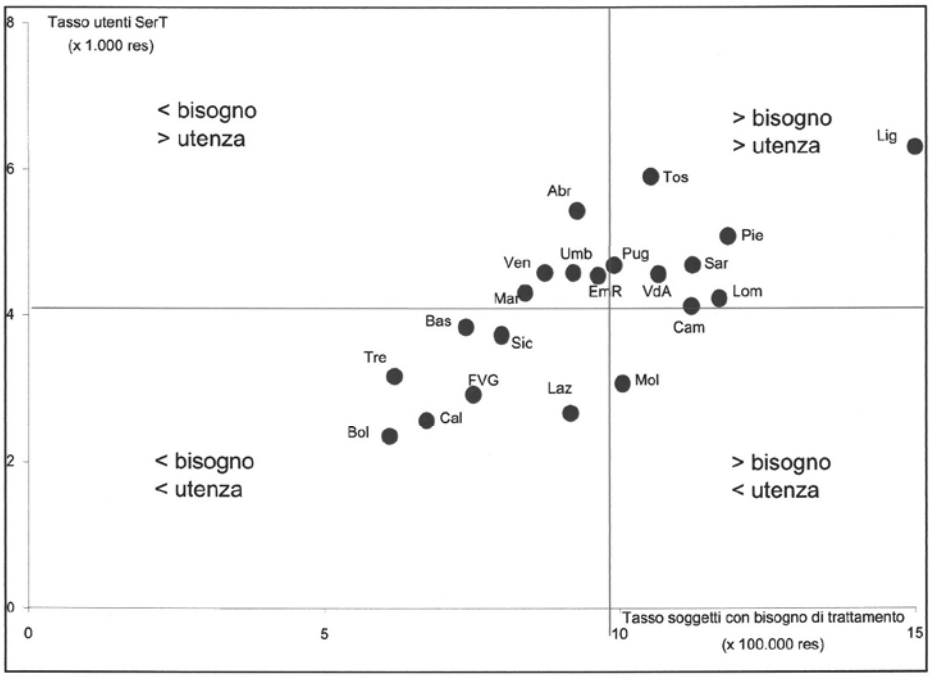
Questa sezione riporta alcune analisi comparative e standardizzate tra le Regioni/PA in riferimento al valore nazionale medio. Attraverso tale metodologia è possibile non solo misurare lo scostamento tra singola Regione/PA verso il dato medio italiano, ma anche, e soprattutto, posizionarle in modo reciproco nei confronti di due variabili tra loro congruenti e opportune, visualizzarne i dati su mappe grafiche a dispersione, e infine dare efficaci interpretazioni della situazione rappresentata

Analisi tra utenza in trattamento e soggetti con bisogno di trattamento

Confronto interregionale tra utenza in trattamento e soggetti con bisogno di cura

Le variabili prese in considerazione sono il tasso di utenti Ser.T. (per 1.000 residenti) e il tasso di soggetti con bisogno di trattamento (per 100.000 residenti). La Figura V.2.6 mostra la distribuzione delle Regioni/PA secondo queste due variabili in un grafico a dispersione.

Figura V.2.6: Utenza in trattamento vs soggetti con bisogno di trattamento



La proiezione delle medie nazionali delle due variabili (utenti in trattamento e soggetti con bisogno di cura per Regione/PA – segmenti rossi) genera quattro quadranti che si distinguono per valori superiori e/o inferiori alla media nazionale. I quadranti che presentano valori tra di loro corrispondenti (tutti e due ">", cioè eccesso rispetto alla media, o tutti e due "<", cioè difetto rispetto alla media nazionale) contengono le Regioni/PA che hanno una situazione congruente: Il quadrante con "< bisogno" e "> utenza" rappresenta invece quelle a fronte di un bisogno inferiore alla media trattano un numero di utenti maggiore della media nazionale. Infine, il quadrante che identifica "> bisogno" e "< utenza" cataloga e posiziona i territori che, hanno un valore di bisogno superiore alla media, ma quello dell'utenza al di sotto del valore medio nazionale.

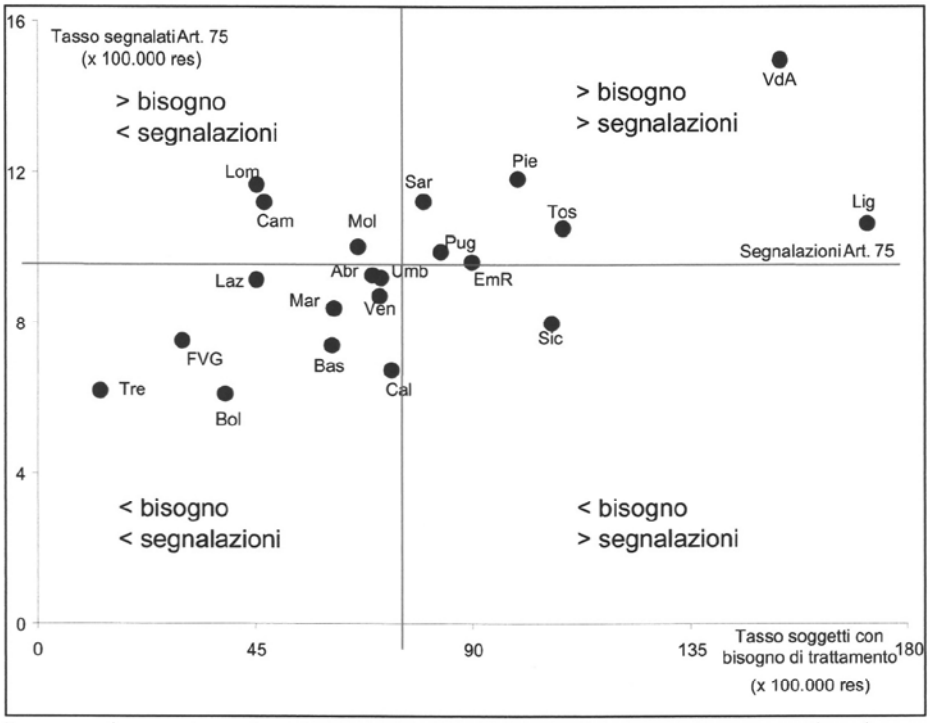
Con questo indicatore potrebbe quindi essere possibile avere una misura del grado di soddisfacimento dell'offerta di trattamento nei confronti della stima di bisogno dello stesso

Analisi tra soggetti segnalati per art. 75 e soggetti con bisogno di trattamento

Confronto interregionale tra utenza in trattamento e soggetti con bisogno di cura

Analogamente a quanto riportato nel paragrafo precedente, è stata condotta una analisi tra il tasso di soggetti con bisogno di trattamento (per 100.000 res) e il tasso di soggetti segnalati per art. 75 (per 100.000 res.). La Figura V.2.7 mostra la distribuzione delle Regioni/PA nei quattro quadranti definiti dai valori medi nazionali.

Figura V.2.7: Soggetti segnalati art. 75 vs soggetti con bisogno di trattamento



La maggior parte delle Regioni/PA mostra valori contenuti nei quadranti con valori congruenti ("> bisogno" corrispondente a "> segnalazioni"; "< bisogno" corrispondente a "< segnalazioni"), mentre solo la Sicilia evidenzia una situazione con un numero di segnalazioni in eccesso rispetto alla media nazionale in corrispondenza di un bisogno inferiore alla media. Lombardia, Campania e Molise cadono nel quadrante dove sono presenti valori di bisogno inferiori alla media ma segnalazioni in eccesso rispetto alla media nazionale

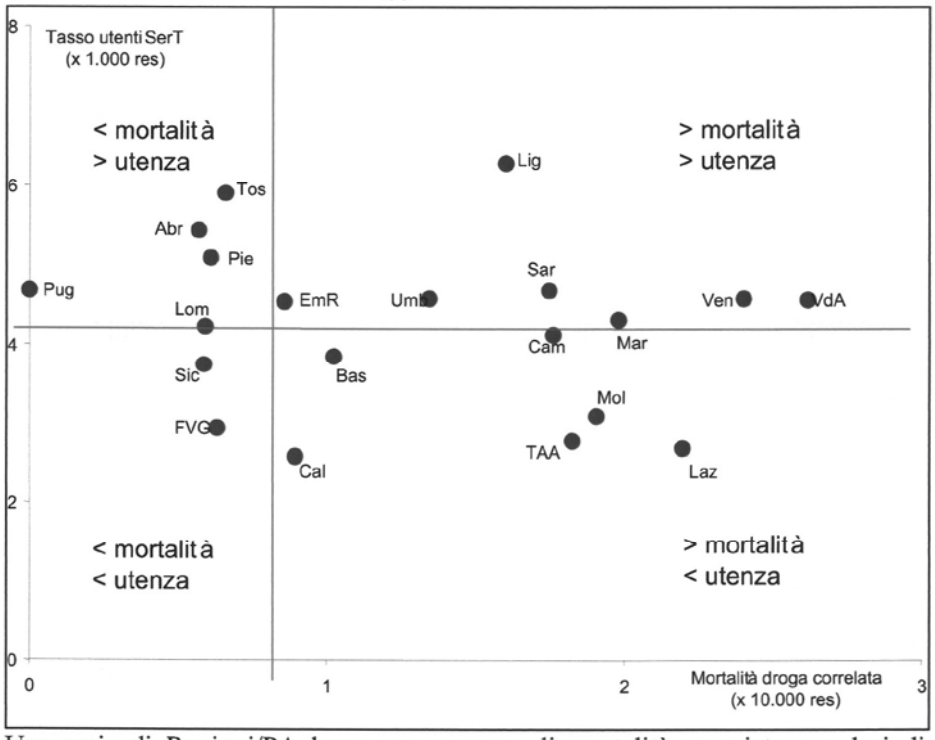
L'analisi potrebbe rappresentare l'impatto delle attività delle Forze dell'Ordine nei confronti del consumo personale.

Analisi tra mortalità droga correlata e utenza in carico al SerT

Confronto interregionale tra utenza in trattamento e mortalità droga correlata

Le variabili considerate in questo caso sono il tasso utenti SerT (per 1.000 res.) e la mortalità droga correlata (per 10.000 res.). la distribuzione delle singole Regioni/PA è rappresentata nella Figura V.2.8.

Figura V.2.8: Soggetti deceduti vs soggetti in trattamento



Una serie di Regioni/PA hanno un eccesso di mortalità associato a valori di utenza inferiori alla media (quadrante "> mortalità" e "< utenza") e quindi mostrano una mortalità aumentata rispetto all'utenza trattata (sempre nei confronti dei valori medi nazionali osservati). Le Regioni/PA che cadono nel quadrante "< mortalità" e "> utenza" sono invece quelle che mostrano un rapporto favorevole tra utenza e mortalità droga correlata, nel senso che i soggetti in trattamento sono oltre la media nazionale in corrispondenza di valori di mortalità più bassi. I quadranti con entrambi i valori con tendenza in eccesso (>) o in difetto (<) hanno corrispondenze tra le variabili, cioè sono entrambe superiori o inferiori alle rispettive medie.

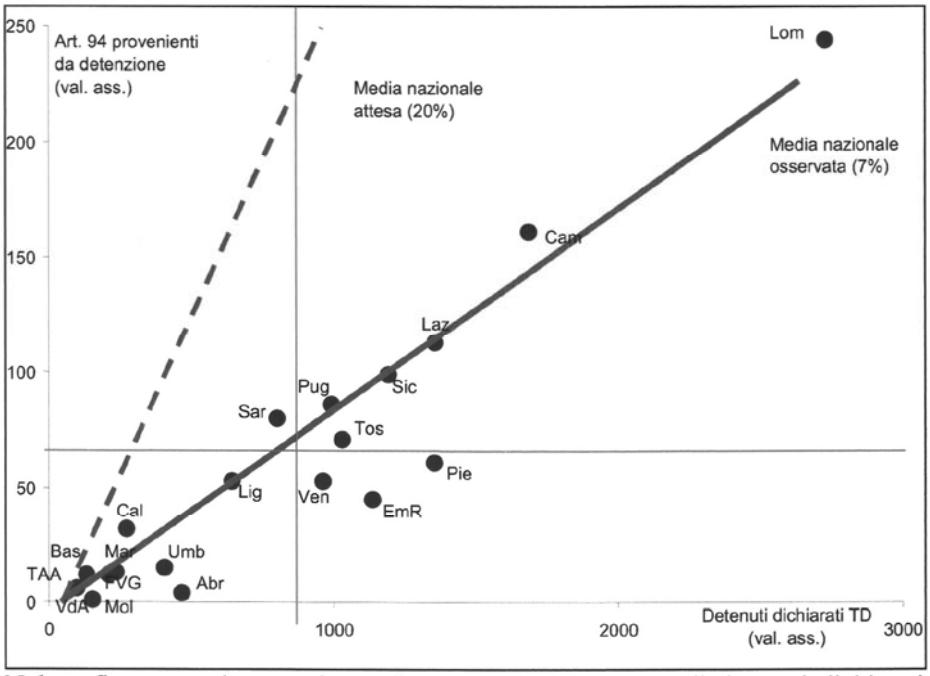
Siccome è noto dalla letteratura scientifica che il trattamento è protettivo nei confronti delle complicanze del consumo di sostanze stupefacenti, l'analisi della mortalità osservata appaiata all'offerta di trattamento consentirebbe di misurare e monitorare l'efficienza di quest'ultima nei confronti dei decessi droga correlati.

Analisi tra numero di detenuti dichiarati tossicodipendenti e soggetti in affidamento per art. 94 provenienti dalla detenzione

Confronto interregionale tra detenuti tossicodipendenti e affidamenti art.94

Per questa analisi sono stati utilizzati i dati in valore assoluto del numero di soggetti detenuti che si sono dichiarati tossicodipendenti e il numero di soggetti che hanno beneficiato dell'affidamento in prova ai sensi dell'art. 94 provenendo direttamente dalla detenzione. In questo modo si è potuto evidenziare la distribuzione per singola Regione /PA di quanti soggetti carcerati sono passati alla pena alternativa (Figura V.2.9).

Figura V.2.9: Numero soggetti dichiarati tossicodipendenti vs numero soggetti in affidamento da detenzione per art. 94



Nel grafico sono riportate le medie nazionali del numero di detenuti dichiarati tossicodipendenti e del numero di soggetti in affidamento per art.94 (linee rosse), la tendenza media nazionale (linea continua verde) e la posizione delle singole Regioni/PA. La media nazionale osservata corrisponde al 7%, il che significa che mediamente il 7% dei soggetti detenuti che si dichiara tossicodipendente usufruisce dell'art. 94 (affidamento in prova); la regione posizionata al di sopra della media regionale ha una percentuale superiore, quella al di sotto una percentuale inferiore. Tutte le regioni, comunque, hanno valori molto vicini al valore medio nazionale.

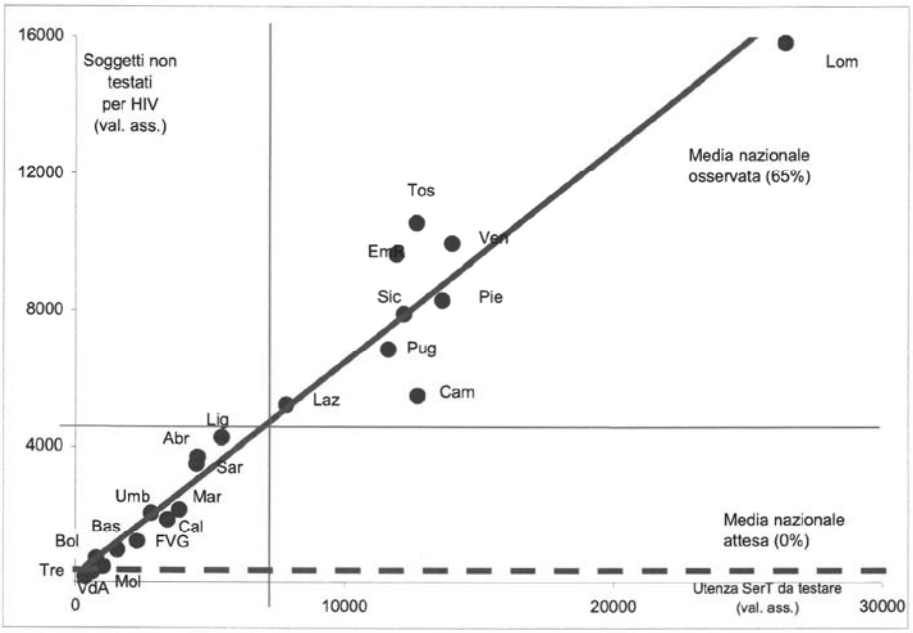
Se ipotizziamo di innalzare la percentuale di soggetti in affidamento da 7% a 20% e di porre quest'ultimo come valore medio atteso e quindi obiettivo da raggiungere (linea verde tratteggiata), tutte le Regioni/PA risultano attualmente ampiamente al di sotto dell'atteso.

La combinazione di questi dati (proporzione tra numero di detenuti dichiarati tossicodipendenti e numero di soggetti in affidamento dalla detenzione per art.94) consentirebbe un monitoraggio dell'offerta di pena alternativa al carcere per i soggetti che ne hanno diritto.

Tale tipologia di analisi potrebbe inoltre trovare un appropriato utilizzo anche in riferimento ad altre variabili che è meglio trattare con valori assoluti.

A seguire si riporta un ulteriore esempio di applicazione per lo studio del grado di testing per le patologie infettive correlate alla tossicodipendenza nell'intento di verificare l'offerta del controllo sierologico per HIV, HBV e HCV da parte dei SerT a favore di soggetti sieronegativi o il cui stato non è noto

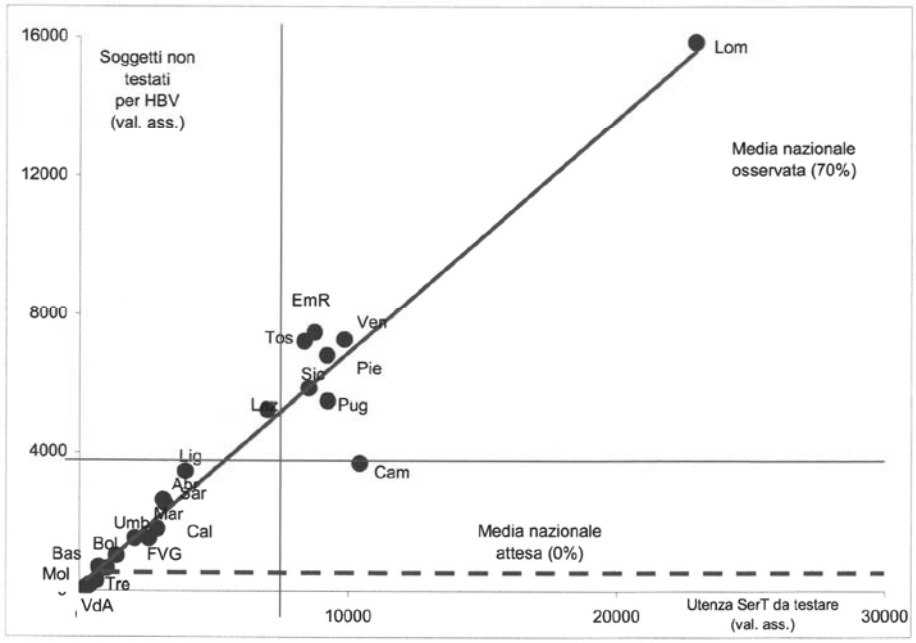
Figura V.2.10: Soggetti da testare e testing per HIV



Tutte le Regioni/PA collocano in modo abbastanza stretto intorno alla media nazionale osservata di testing per HIV corrispondente al 65% (linea verde continua): quelle al di sopra della media riportano valori di assenza di testing superiori al dato nazionale, mentre per quelle al di sotto il valore è inferiore a significare che eseguono test con maggior frequenza; la Campania risulta essere la regione che proporzionalmente ha il valore minore di test per HIV non eseguiti (43%), mentre la Toscana è quella con valore maggiore di non testati (83%).

Il 70% dei soggetti da testare non è testato per HBV

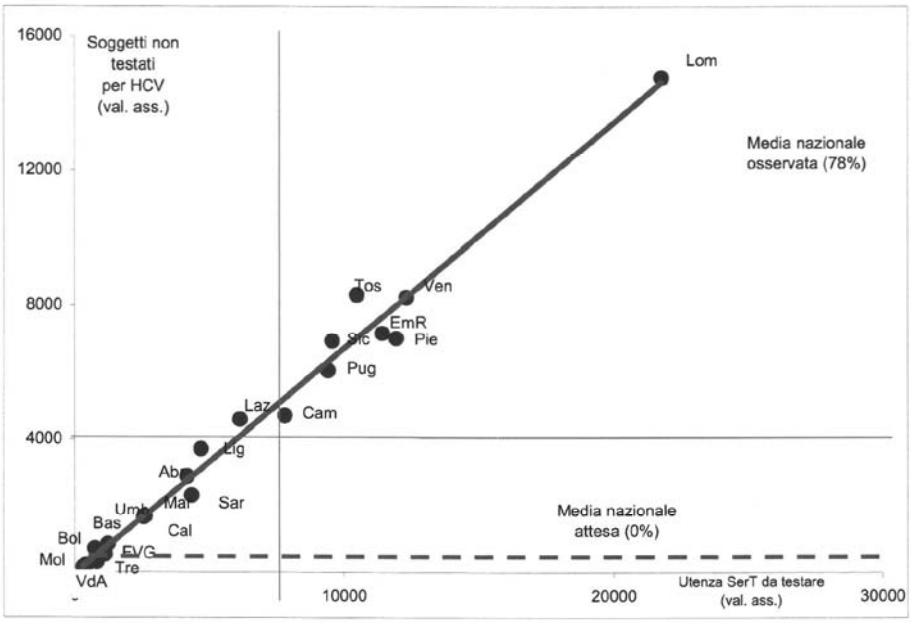
Figura V.2.11: soggetti da testare e testing per HBV



Nel caso del test per HBV la media nazionale di non esecuzione nei soggetti che ne avrebbero bisogno è del 70%

Figura V.2.12: soggetti da testare e testing per HCV

Il 78% dei soggetti da testare non è testato per HCV



Per l'HCV il dato dei soggetti non testati ma da sottoporre a indagine raggiunge il 78%

La lettura d'insieme delle analisi per HIV, HBV e HCV rileva che il testing è poco eseguito sui soggetti di cui o non si conosce il risultato o è nota una precedente sieronegatività che poi non è ricontrollata. In particolare, si osserva che in mancato testing è direttamente correlato alla siero prevalenza della patologia: infatti, le percentuali di soggetti non testati tra quelli da sottoporre a test sono, rispettivamente , 65%, 70% e 78% per HIV, HBV e HCV. Questa analisi, quindi, evidenzia che sono meno testati proprio quei soggetti teoricamente negativi che hanno più probabilità di contrarre l'infezione per malattie ad alta prevalenza (nello specifico HCV)

V.2.3. RELAZIONI CONCLUSIVE

V.2.3.1. Regione Abruzzo

A) Strategie e programmazione attività 2009 (o orientamenti generali)

Emergenza sisma

Nel corso dell'anno 2009, colpita dal grave sisma del 6 aprile 2009 che ha duramente provato anche il sistema dei Servizi per le Dipendenze, ha concentrato principalmente l'attenzione sulle emergenze determinatesi.

Successivamente, aderendo all'invito della Presidenza del Consiglio dei Ministri, è stata adottata la Deliberazione di Giunta Regionale n° 651 del 9.11.2009 *"Interventi per il ripristino della rete dei servizi per le tossicodipendenze in seguito al sisma del 6 aprile 2009 e per attività sperimentali di cura con il coinvolgimento del pubblico-privato"*.

Da tale provvedimento è scaturita la proposta di Accordo di collaborazione con il Dipartimento Politiche Antidroga per l'attivazione del progetto "RICOSTRUIRE".

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

Il sistema dei servizi per le dipendenze, pur nell'emergenza terremoto, ha continuato a garantire la propria funzionalità aderendo anche alle esigenze

determinatesi nei territori maggiormente interessati dalle conseguenze del sisma del 6 aprile 2009.
Inoltre, sono state avviate tutte le procedure per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture pubbliche e del privato sociale interessate (attuazione L.R. n° 32/2007).
C) Principali prospettive emerse nel 2009 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate
Le prospettive aperte riguardano i seguenti aspetti. Sinergia con il DPA

- Necessità di una maggiore attenzione all'attività di prevenzione, in considerazione anche di quanto emerso dalla V Conferenza Nazionale di Trieste tenutasi nel marzo 2009.
- Raccordo costante con il Dipartimento per le Politiche Antidroga e valorizzazione delle esperienze del territorio regionale (anche in linea con il nuovo Piano Nazionale d'azione 2009-2012) e con il Coordinamento Interregionale delle Dipendenze
- Mantenimento standards attività, nonostante i vincoli imposti dal Piano di rientro per il debito sanitario che ha interessato la Regione Abruzzo.
- Convergenza e azioni sinergiche con tutti gli attori presenti nel territorio più o meno coinvolti nelle tematiche della prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze patologiche.
- Attenzione alla tutela della salute nei luoghi di lavoro e alle procedure di accertamento di assenza di tossicodipendenza
- Tutela della salute in ambito penitenziario
- Interazione con tutti i Piani ed i Programmi mirati, tra cui:
  - Protocollo d'intesa Regione Abruzzo e Direzione Scolastica regionale per le azioni di prevenzione rivolta all'intero ambito regionale, da programmare e attuare congiuntamente,
  - Piano regionale della prevenzione (in linea con il Piano nazionale)
  - Progetto "Guadagnare Salute" per il rafforzamento di una cultura di stili di vita sani.

V.2.3.2. Regione Basilicata

A) Strategie e programmazione attività 2009 (o orientamenti generali)
Le Linee strategiche indicate nel documento programmatico per il nuovo Piano Socio/ Sanitario sono le seguenti: Nuovo Piano Socio Sanitario
sviluppo di interventi di prevenzione e di tutela della salute pubblica;
integrazione tra i soggetti diversi delle istituzioni pubbliche e del privato sociale e integrazione socio/sanitaria;

- definizione di un appropriato sistema di valutazione, specifico per le diverse aree di intervento (prevenzione,cura, riabilitazione e riduzione del danno) ciò al fine anche di identificare meglio i bisogni e le buone prassi di intervento;
- riorganizzazione dei servizi al fine di offrire agli utenti una gamma di trattamento differenziata e flessibile per tutte le tipologie di consumo ed in relazione ai bisogni socio/sanitari emergenti;
- riqualificazione dei servizi e degli interventi in ambito penitenziario e rafforzamento della rete esterna al carcere per un efficace intervento delle misure alternative;
- integrazione tra i Dipartimenti di Salute Mentale ed i Ser.T per una effettiva presa in carico di persone con problemi di dipendenze e comorbilità psichiatrica, anche attraverso la stipula di protocolli operativi;
- interventi su tutte le sostanze di abuso, comprese quelle legali e delle dipendenze senza sostanze (gioco d'azzardo patologico) in sintonia con i Piani Nazionali "Alcol e Salute" e "Guadagnare Salute" e "Piano

Nazionale della Prevenzione";
- promozione della salute mirata all'età adolescenziale, in sintonia con le Agenzie educative che operano a favore dei giovani;
- iniziative di formazione, aggiornamento e riqualificazione del personale operante nei Ser.T e nelle Strutture appositamente accreditate.

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

6 Ser.T e 7 Comunità terapeutiche

In Basilicata operano sei servizi per le tossicodipendenze e sette Comunità Terapeutiche.

I Ser.T assicurano le attività nei settori della prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione degli stati di dipendenza da sostanze psicoattive e da comportamenti assimilabili (tossicodipendenze, alcol dipendenza, tabagismo, gioco d'azzardo), della promozione di stili di vita contrari al consumo di sostanze psicoattive legali e non, incluse le cosiddette "Nuove Droghe", della riduzione del danno e del monitoraggio del fenomeno delle dipendenze patologiche nel territorio di competenza.

I Ser.T di Potenza, Melfi e Matera, svolgono anche attività di diagnosi e cura destinata ai detenuti tossicodipendenti e alcol dipendenti presso gli istituti di pena.

Le Aziende U.S.L. adottano i necessari provvedimenti affinché i Ser.T assicurino la disponibilità per ulteriori attività che vengono condotte in stretta collaborazione con diversi soggetti istituzionali: con le Prefetture per quanto riguarda l'applicazione delle misure alternative di cui all'art.75 e 121 del 309/90 e successive modifiche.

Con il Tribunale per i Minorenni e il Centro di Giustizia Minorile per l'affidamento in prova in alternativa alla detenzione rispettivamente degli adulti e dei minori.

Con i Servizi Sociali dei Comuni per l'integrazione socio sanitaria e nell'attuazione dei Piani Sociali di Zona. I Ser.T seguono anche i soggetti con problemi di alcol.

A livello regionale è stato istituito il Centro Alcologico Regionale che ha carattere anche residenziale e ambulatoriale nei casi in cui è necessario il trattamento ospedaliero.

- Sono stati istituiti cinque centri antifumo, una per ciascuna ex Azienda Sanitaria;
- Sono state avviate due sperimentazioni per la cura delle persone con problemi di uso, abuso e dipendenze da cocaina, e per tale specifica problematica è stato organizzato un percorso formativo e di supervisione delle equipe preposte alla presa in carico dei soggetti interessati;
- È stato recepito dalla Giunta Regionale l'accordo in materia di accertamento di non tossicodipendenza dei lavoratori che svolgono mansioni a rischio;
- E' stato implementato a livello locale il Sistema Informativo Nazionale (sind), attraverso l'acquisizione della piattaforma mFp, l'acquisto di hardware per tutti i Ser.T e le Comunità Terapeutiche accreditate, a tal fine sono stati programmati anche interventi formativi per i referenti delle Aziende Sanitarie e delle Comunità Terapeutiche.

C) Principali prospettive emerse nel 2009 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

I servizi di cura e riabilitazione delle dipendenze patologiche in Basilicata si sono strutturati nel corso degli anni, stabilendo uno stretto rapporto di collaborazione con i Comuni attraverso gli ambiti di zona e con il privato sociale accreditato.

Le attività, pertanto, del servizio tossicodipendenze si configurano come attività specialistiche ad elevata integrazione socio/sanitaria, prevenzione universale e mirata, accoglienza e diagnosi, cura e riabilitazione, lavoro di rete. Un vero e proprio centro di eccellenza dal punto di vista organizzativo e della qualità delle prestazioni erogate è il Centro Regionale Alcologico.

Il fenomeno, comunque, delle dipendenze anche nella nostra regione, così come in tutta Italia, è sensibilmente mutato per cui i servizi si confrontano con domande sempre nuove e in continua trasformazione.
Sono in costante incremento e diffusione le droghe legali e illegali, con nuove modalità e abitudini di consumo, in particolare tra i giovani, così come è in costante diminuzione l'uso esclusivo di una singola sostanza, consolidandosi il fenomeno del policonsumo.
Altre difficoltà provengono dall'aumento delle persone in cura ai servizi senza un parallelo e adeguato potenziamento delle professionalità necessarie e dalla progressiva diminuzione dei trasferimenti Statali agli Enti Locali, chiamati a fornire risposte ai bisogni sociali e socio/sanitari sempre più qualificati.
Per rimuovere gli ostacoli sopra richiamati la Regione Basilicata intende intraprendere le seguenti azioni:

5 soluzioni possibili/ auspicate

- Emanazione di Linee di indirizzo per la determinazione dei requisiti minimi per l'autorizzazione e ulteriori standard per l'accreditamento dei servizi di assistenza alle persone tossicodipendenti, al fine di riqualificare e diversificare i servizi in relazione all'evoluzione e al mutare dei bisogni;
- Individuazione di percorsi assistenziali specifici, interveneti ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali per problematiche emergenti;
- Interventi per la prevenzione delle sostanze legali (alcol e tabacco);
- Promozione dell'integrazione socio/sanitaria e realizzazione, a livello Distrettuale di un complesso di servizi posti "in rete" con il concorso dei Ser.T, Enti Locali, Privato Accreditato, Terzo Settore;
- Pieno funzionamento del SIND, sia per soddisfare il debito informatico sia per acquisire dati utili per la programmazione e la valutazione.

V.2.3.3. Regione Calabria

A) Strategie e programmazione attività 2009 (o orientamenti generali)
Il Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie della Regione Calabria ha il compito di:

- verificare l'applicazione delle linee di indirizzo nazionali e regionali previsti dai LEA e dalle vigenti normative;
- attuare le politiche e le strategie sanitarie attraverso la promozione l'indirizzo e l' ordinamento della rete dei servizi in materia di prevenzione e cura delle condotte di abuso e delle dipendenze;
- definire le linee programmatiche socio sanitarie di prevenzione, cura e riabilitazione per lo sviluppo di azioni su tutte le forme di dipendenze atte a promuovere la riduzione del fenomeno;
- collaborare con il settore delle Politiche Sociali del Dipartimento Regionale per l'attivazione di strumenti e atti di indirizzo, al fine della realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria.
- verificare, controllare e monitorare le attività ed i risultati ottenuti dalle strutture pubbliche e private nell'ambito della Dipendenza.
- assicurare l'applicazione delle disposizioni e degli adempimenti della legge n. 45/99;
- verificare gli adempimenti normativi per le problematiche di alcool dipendenza contenute nella legge n.125/2001
- programmare percorsi formativi specifici orientati ad un approfondimento del fenomeno,vista la continua evoluzione.

Nel corso dell'anno 2009 il Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie, nell'ambito delle proprie competenze, ha individuato le seguenti linee di programmazione:

Linee di programmazione

- la riqualificazione e la diversificazione dell'intervento dei Servizi per le Dipendenze (Ser.T.) in relazione all'evolversi del fenomeno, attraverso lo sviluppo di una modalità di lavoro per progetti modulata su criteri di adeguatezza e congruenza ai bisogni e di razionalità nell'impiego delle risorse;
- l'integrazione degli interventi sociali e sanitari e del raccordo tra gli atti di programmazione dei comuni e delle aziende sanitarie;
- il rafforzamento del rapporto di collaborazione tra i Servizi Pubblici ed il Privato accreditato, in un sistema di rete dei servizi, nel rispetto dei ruoli e delle reciproche funzioni;
- lo sviluppo di interventi di sensibilizzazione e di promozione della salute diretti a contrastare la diffusione dei consumi di sostanze psicotrope, legali ed illegali, ed a ridurre i rischi correlati;
- la definizione di protocolli con Prefetture e Forze dell'Ordine;
- lo sviluppo di azioni di promozione della salute mirati per l'età adolescenziale e giovanile, in sinergia con le varie istituzioni che operano in tale ambito
- la definizione delle tipologie di offerte assistenziali all'interno dei rapporti convenzionali tra Aziende Sanitarie e privati, in applicazione dell'Atto di Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 1999 sui requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso.

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

Sulla scorta degli indirizzi generali individuati, il Dipartimento nel corso del 2009:

- Ha predisposto le Linee di indirizzo finalizzate all'accreditamento istituzionale, di intesa con il Coordinamento Regionale degli Enti Ausiliari approvato con Delibera G.R. n. 545 del 2 settembre 2009 - Regolamenti e manuali per l'accreditamento del sistema sanitario regionale - presa d'atto parere consiglio regionale.
- Con DDG n.22576 del 7 Dicembre 2009 "Progetto Potenziamento delle dotazioni informatiche dei Sert e implementazione di un sistema di monitoraggio dell'utenza dei servizi basato sull'utilizzo degli standard europei", si è proceduto all'approvazione dell'ultima fase progettuale, ed in particolare l'istallazione e attivazione della piattaforma software per adempiere alla trasmissione dei flussi informativi, previsti nel progetto SESIT, la configurazione ed attivazione di n.23 istanze per i Sert e n.2 istanze per il Dipartimento.
- Ha istruito la DGR n.299 del 25 maggio 2009 finalizzata al recepimento del Piano Nazionale Alcol e Salute;
- Ha istruito la DGR n.275 del 25 maggio 2009 con la quale la Regione Calabria ha approvato le linee di indirizzo per le procedure relative agli accertamenti sanitari di assenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi
- Ha realizzato il progetto nazionale "Unità Operativa ad elevata integrazione tra i Servizi pubblici e del privato sociale per il trattamento e la riabilitazione dei cocainomani ed i consumatori di psicostimolanti" in rete con dodici regioni italiane, rivolto a soggetti dipendenti/utilizzatori problematici e di amfetamine derivati,
- Ha concluso la prima annualità del progetto "Macramè", per le persone migranti che hanno sviluppato dipendenza da alcool e da sostanze stupefacenti finalizzato a favorire l'accesso ai servizi e migliorare l'offerta delle prestazioni sociali per le persone migranti con problemi

di dipendenza.

- Ha concluso la prima annualità del progetto All Night Long (Giovani e nuove sostanze), una iniziativa di prevenzione primaria, e di ricerca sul consumo delle sostanze sintetiche specificamente indirizzata all'universo giovanile calabrese.
- Ha predisposto il "Piano Regionale Tabagismo"-Linee d'indirizzo della Regione Calabria sugli interventi per la prevenzione, la cura e il controllo del tabagismo-. Approvato con DGR n.168 dell'8 Aprile 2009 finalizzato a perseguire gli obiettivi generali del Piano Sanitario Nazionale, concernenti la modifica degli atteggiamenti e delle abitudini al fumo nella popolazione,
- Ha favorito l'individuazione da parte delle Aziende Sanitarie del Gruppo Operativo Interdipartimentale per il Tabagismo, al fine di garantire una adeguata integrazione professionale ed organizzativa necessaria per soddisfare tutti gli ambiti di intervento, cosi come stabilito nella DGR .n168 dell'8 Aprile 2009.

Attività progettuale

Il Servizio, inoltre, ha realizzato i seguenti progetti:

- Drugs on street, un protocollo di intervento che prevede, sotto il coordinamento della Prefettura, una fruttuosa collaborazione delle Forze dell'Ordine con il personale sanitario delle ASP.
- CCM 3, Sostegno alle iniziative di controllo del tabagismo: dalla pianificazione regionale alla pianificazione aziendale"- Definizione e implementazione di un sistema di monitoraggio del rispetto della normativa sul fumo in Italia
- Servizio Regionale d'Accoglienza Telefonica "Linea Verde Droga";
- Programma nazionale Mamme libere dal fumo;
- Formazione sull'identificazione precoce e l'intervento breve per la prevenzione dei problemi e danni alcol correlati nei contesti lavorativi e nell'assistenza sanitaria di base.
- Unità di prevenzione in strada.

C) Principali prospettive emerse nel 2009 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

Istituito un Gruppo tecnico di coordinamento regionale sulle dipendenze

Il lavoro svolto dal Dipartimento nel corso del 2009 ha senza dubbio condotto al raggiungimento di importanti risultati, ma ha anche evidenziato alcune criticità sulle quali si rende assolutamente necessario impostare il lavoro futuro. In forza di tale consapevolezza, considerata la complessità del fenomeno e le specifiche difficoltà del territorio calabrese, si è ritenuto necessario istituire un *Gruppo tecnico di coordinamento regionale sulle dipendenze* (DDG n.20436 del 16.11.2009) con la finalità di fornire indicazioni a supporto della programmazione socio-sanitaria del settore.

Il Gruppo ha già avviato il proprio lavoro, attraverso un'attenta analisi dei reali bisogni del territorio, sulla scorta dei quali impostare la programmazione specifica di settore.

Una criticità emersa in modo evidente è rappresentata dalla frammentarietà degli interventi, che per quanto programmati, risultano spesso avulsi da un disegno comune e condiviso.

In tal senso, il primo obiettivo futuro, su cui si sta operando, è la realizzazione di un Piano organico per le dipendenze patologiche, che tenga conto degli obiettivi individuati dal livello nazionale ed europeo, coniugandoli con i bisogni specifici del territorio. Elemento di forza di tale processo, va senza dubbio rinvenuto nella compartecipazione dei diversi attori impegnati nel settore, sin dalle fasi di programmazione generale.

Piano organico per le dipendenze patologiche

Il gruppo si è posto l'obiettivo di definire la programmazione per i prossimi tre anni entro giugno 2010, ma sin da subito ha individuato alcune aree sulle quali si rende necessario intervenire.

In particolare:

- al fine di favorire la realizzazione del sistema dei servizi si rende necessario programmare e realizzare percorsi formativi comuni agli operatori del pubblico e del privato accreditato;
- appare strategicamente rilevante la definizione di un sistema permanente di monitoraggio, raccolta e analisi del dato, capace di armonizzare i flussi di informazioni provenienti dai diversi segmenti del sistema;
- considerata la specificità del territorio si ritiene fondamentale la definizione di un sistema di allerta precoce, finalizzato ad identificare possibili sviluppi di uso e dipendenza da parte della popolazione in particolare giovanile
- per sistematizzare ed individuare corrette procedure di valutazione, si dovrà procedere alla definizione di linee guida relative ai diversi ambiti di intervento, con particolare attenzione alla prevenzione ;
- per implementare una reale integrazione sui territori delle diverse provincie, si intende favorire la costituzione di coordinamenti aziendali, all'interno dei dipartimenti di riferimento, che vedano la partecipazione dei diversi attori del sistema.

Occorre infine considerare, al fine di delineare correttamente il quadro, che la Calabria è, in ambito nazionale, tra le regioni che presentano la percentuale minore di spesa sanitaria finalizzata alle dipendenze patologiche. Tale situazione, già di per sé sfavorevole, è aggravata dalla crisi economica del settore sanitario regionale che, come è noto, con un deficit particolarmente rilevante, è regione sottoposta a piano di rientro, nonché dal venire meno del sostegno garantito dal Fondo Nazionale per la Lotta alla Droga, oggi confluito nel fondo sociale indistinto, e che sino ad oggi ha funzionato da surrogato per le difficoltà economiche contingenti.

V.2.3.4. Regione Campania

A) Strategie e programmazione attività 2009 (o orientamenti generali)

In continuità con gli anni passati la Giunta regionale ha esaminato il Piano Sociale Regionale nel quale sono stati previsti indirizzi specifici pre gli Ambienti Territoriali, volti a stabilire Servizi per gli utenti portatori o di bisogni complessi.

- nel Settore delle Dipendenze patologiche, nel Paino Sociale regionale si è prevista la continuità delle "sperimentazioni locali del modello di rete integrata fra i servizi," confermando la volontà di costruire un'azione preventiva, terapeutica e socio-riabilitativa.
- Sono state dedicate finanziarie (DGRC n. 1657 del 30 ottobre 2009 e Decreto Dirigenziale n. 23 del 29 marzi 2010) per progetti socio-formativi individualizzati per utenti con problemi di tossicodipendenza.

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

Area "Politiche di contrasto alle dipendenze e di promozione dell'agio e dell'autonomia delle persone"

Per quest'area di intervento è in atto l'iter di completamento della gestione delle risorse finanziarie pari a *6.200.000,00 delle annualità precedenti* impegnate per progetti innovativi e sperimentali di contrasto alle dipendenze, attivati attraverso l'emanazione di un apposito *Avviso pubblico*.

Sono stati approvati con le risorse disponibili *n. 62 progetti* di durata annuale che sono in fase di conclusione.

Attualmente si sta continuando nel monitoraggio (relazioni trimestrali, questionari) per la valutazione di processo.

Inoltre, sono state impegnate risorse finanziarie par a € 300.000,00 per progetti personalizzati a favore delle *persone affette da Hiv-Aids*, ospiti delle Case Alloggio della regione Campania, che hanno usufruito per la parte sanitaria di fondi vincolati del Ministero delle Salute, con l'obiettivo di contrastare

l'esclusione sociale e di salvaguardare la dignità di persone particolarmente esposte a condizioni di emarginazione socio- economica e culturale, Tali progetti sono stati rifinanziati per tutto l'anno 2009.
Sono state dedicate risorse finanziarie (DGRC n. 679/2007 e Decreto Dirigenziale, n. 807/2007) per *progetti individualizzati socio-formativi per le persone tossicodipendenti*, ospiti nelle strutture residenziali e semi-residenziali, gestite dal pubblico e dal privato sociale. Tali fondi stazionati a favore di n. 21 Ambiti Territoriali (su cui insistono le strutture del pubblico e del privato sociale) di € *2.400.00,00* sono stati assegnati per la prima annualità del triennio 2007-2009. Per questi progetti si è provveduto nel mese di aprile 2009 alla liquidazione a saldo di detti fondi.
Inoltre, sono state dedicate risorse finanziarie pari ad euro 210.000,00 per il progetto, "*Il chicco solidale*" (DGRC n. 679/2007 e Decreto Dirigenziale, n. 911/2007) di esclusione socio-lavorativo rivolto alle *donne detenute* nella Casa Circondariale Femminile di *Pozzuoli*, per contrastare le condizioni che generano forme di povertà, nuova esclusione sociale e di recidiva, in una prospettiva di *welfare* di comunità, in grado di costituire una rete territoriale di protezione pubblico/privato sociale.
In relazione agli interventi/servizi attivati dagli Ambienti Territoriali, con le risorse finalizzate del Fondo nazionale Politiche Sociali confluite nella programmazione dei Piani di zona- area "*dipendenze*"-, il monitoraggio ha evidenziato una programmazione di continuità con l'annualità precedente.

V.2.3.5. Regione Emilia Romagna

A) Strategie e programmazione attività 2009 (o orientamenti generali)
Le strategie del settore, coerenti con il Piano sociale e sanitario 2009-2012, sono declinate nella DGR 1533/06 (linee di indirizzo regionali del settore) e nella DGR 894/08 (Programma regionale dipendenze 2008-2010). Esse si articolano sui seguenti assi: prevenire il consumo di sostanze; ridurre i rischi associati al consumo; individuare precocemente le persone con problemi legati al consumo e costruire percorsi dedicati di accesso ai servizi; facilitare l'accesso ai servizi di cura per sottopopolazioni particolari (consumatori prioritari di cocaina, persone dipendenti da alcol e da tabacco, giovani e giovanissimi); reinserire socialmente le persone con problemi di dipendenza; ridurre il danno. La Regione inoltre dal 2002 sottoscrive accordi con il Coordinamento regionale Enti ausiliari per la condivisione di obiettivi e per la definizione di impegni reciproci.
Per l'anno 2009 la programmazione delle attività, nel percorso sopracitato, si è mossa lungo le seguenti linee strategiche: Linee strategiche

- Monitoraggio dello stato di attuazione del Programma regionale dipendenze
- Monitoraggio dell'applicazione dell'Accordo Regione – Coordinamento Enti ausiliari 2007- 2009 in vista del rinnovo dell'Accordo stesso
- Bilancio del completato processo di accreditamento delle UO Sert e delle strutture residenziali e semiresidenziali gestite dal privato sociale
- Ridefinizione dell'assetto organizzativo Sert nelle AUSL, con la creazione del Dipartimento aziendale salute mentale e dipendenze patologiche.

Dal punto di vista progettuale, si sono programmati interventi specifici di collaborazione tra servizi sociosanitari, Enti locali e Forze dell'ordine, nella logica di programmi di comunità:

- Definizione di linee di indirizzo per la collaborazione tra servizi sociosanitari e Forze dell'Ordine in tema di allerta rapido e di controlli per la guida sotto l'effetto di stupefacenti
- Messa a punto di progettualità congiunta tra servizi sociosanitari, Enti

locali e Forze dell'Ordine per prevenire l'incidentalità stradale alcol correlata
- Applicazione regionale dell'Intesa Stato-Regioni 30/10/07 e Accordo Stato-Regioni 18/09/08, in tema di accertamento di assenza di tossicodipendenza e consumo di sostanze in determinate categorie di lavoratori.

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

Buon raggiungimento degli obiettivi

Nel corso del 2009 si è proceduto a monitorare l'applicazione del Programma regionale dipendenze patologiche 2008 -2010 (DGR 698/08), evidenziando un buon grado di adesione alle azioni e di raggiungimento degli obiettivi da parte delle Aziende sanitarie.

Gli obiettivi del programma regionale dipendenze sono stati supportati con appositi finanziamenti, destinati a progettualità innovative o a iniziative di aggiornamento dei professionisti. Inoltre, si è provveduto a sviluppare le attività di supporto informativo alla programmazione sociale e sanitaria locale, potenziando il sistema informativo delle UO Sert anche in vista delle modifiche dei flussi informativi a livello nazionale.

A partire da una analisi sui dati relativi all'incidentalità stradale alcol correlata e in collaborazione con l'Osservatorio regionale sulla sicurezza stradale, il Servizio politiche per la sicurezza e Polizia locale, il Servizio sanità pubblica, è stato messo a punto un progetto "Guida sicura senza alcol" (DGR 521/2009) che delinea azioni integrate tra servizi sociosanitari e forze dell'ordine, per prevenire il fenomeno.

Analogamente si è proceduto per sperimentare una attività di controllo sulla guida sotto l'effetto di sostanze, approntando al proposito un Protocollo di intesa con la Prefettura di Bologna, (DGR 1804/2009) successivamente sottoscritto dal Prefetto di Bologna e dal Presidente della Regione. Il protocollo delinea le responsabilità e le aree di collaborazione tra forze dell'ordine e servizio sanitario in tema di prevenzione e il controllo della guida sotto l'effetto di sostanze psicoattive. All'interno del medesimo accordo tra Regione e Prefettura di Bologna è prevista l'attivazione sperimentale di un sistema di allerta rapida che consenta, nel rispetto delle diverse missioni, la circolazione d'informazioni tra forze dell'ordine e servizi sanitari in merito alla comparsa sul mercato illegale di sostanze nuove o particolarmente pericolose. Ciò risulta particolarmente utile per i servizi di emergenza-urgenza che a volte si trovano a trattare intossicazioni di natura sconosciuta.

In applicazione dell'Intesa Stato-Regioni 30/10/07 e Accordo Stato-Regioni 18/09/08, sono state emanate indicazioni alle Aziende sanitarie e ai medici competenti in materia di accertamento di assenza di tossicodipendenza e consumo di sostanze in determinate categorie di lavoratori (DGR 1109/2009).

In coerenza con gli obiettivi socio-sanitari indicati nel Piano Sociale e Sanitario regionale 2008-2010 per l'area di bisogno "Giovani", nella Delibera di Giunta 1533/2006 e della Legge regionale 4/2008, ed in attuazione della Delibera dell'assemblea legislativa n, 265/2009, la Delibera della Giunta regionale n. 2078/2009 indica di destinare all'attuazione di interventi rivolti ai giovani una quota pari almeno all'8% delle risorse del Fondo Sociale Locale.

E' stato completato il percorso di accreditamento delle Unità operative Sert e delle strutture del privato sociale (comunità terapeutiche); alcuni punti critici emersi nel corso delle visite di accreditamento sono stati affrontati in un corso di formazione, destinato a professionisti delle UO Sert e degli Enti privati accreditati, aperto ai professionisti della area psichiatria adulti e finanziato dalla Regione. Analogamente sono stati finanziati e portati a termine un corso di formazione sulla prevenzione delle ricadute e uno sulle implicazioni medico-legali del lavoro dei Sert e degli Enti accreditati.

E' stato completato il lavoro istruttorio per la ridefinizione dell'Accordo tra

Regione e Coordinamento Enti Ausiliari 2010 -2012. Tale accordo, che verrà sottoposto alla Giunta regionale all'inizio 2010 per l'approvazione, comprende la ridefinizione delle tariffe e degli impegni reciproci di AUSL e strutture accreditate.
Si è monitorata, valutata e sostenuta l'attività inerente il Centro di riferimento regionale "Luoghi di prevenzione", che propone percorsi di promozione di stili di vita sani e di prevenzione della dipendenza da alcol e da tabacco.
C) Principali prospettive emerse nel 2009 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

Attivato un gruppo di lavoro per definire linee di indirizzo

Dal monitoraggio nello stato di attuazione del Programma regionale dipendenze sono emersi alcuni punti suscettibili di miglioramento: in particolare è stato attivato un gruppo di lavoro che entro il 2010 definirà linee di indirizzo per migliorare i percorsi di accesso allo screening delle patologie correlate e di tutela della salute per le persone trattate da Sert e privato accreditato. Inoltre proseguiranno i lavori dei seguenti gruppi: gioco d'azzardo patologico, riduzione del danno, adolescenti e giovani adulti. Nel corso del 2010 si procederà a ridefinire gli obiettivi del programma per il triennio 2011 -2013.
Il monitoraggio dell'applicazione dell'Accordo Regione - Coordinamento Enti ausiliari ha portato alla ridefinizione delle tariffe e degli impegni reciproci. L'accordo triennale 2010 -2012 è stato approvato nel gennaio 2010, con un incremento tariffario previsto per 3 anni che va ad assorbire i maggiori costi dovuti al rinnovo del contratto della Cooperazione sociale.
Il bilancio del completato processo di accreditamento delle UO Sert e delle strutture residenziali e semiresidenziali gestite dal privato sociale ha evidenziato la necessità di approfondire alcune tematiche, quali la gestione del rischio, le interfacce, la pratica dell'audit clinico. Tali tematiche verranno approfondite attraverso un corso di formazione regionale che vede coinvolte le diverse UO del Dipartimento salute mentale e dipendenze patologiche (Sert, psichiatra adulti, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza) e il privato accreditato nelle stesse aree.
Nel corso del 2010 si comincerà a lavorare sui requisiti di qualità e accreditamento dei servizi sociosanitari (comunità alloggio, gruppi appartamento, unità di strada).

V.2.3.3. Regione Friuli Venezia Giulia

A) Strategie e programmazione attività 2009 (o orientamenti generali)

Peer-education

Le azioni di prevenzione che vengono attuate nella Regione fanno capo ai Dipartimenti di prevenzione e delle dipendenze e si svolgono a livello di istituti scolastici, luoghi di aggregazione giovanile, società sportive ecc. Particolare interesse ed impegno è stato rivolto alla realizzazione di un progetto interregionale che, tra le altre iniziative ha sviluppato un progetto di peer-education in alcune scuole della regione, in analogia a iniziative di medesimo contenuto che si attuano nella provincia di Belluno e nel Land Carinzia. Tale iniziativa ha voluto porre l'accento sulla possibilità di creare gruppi di peer educators (educatori di pari) in grado di svolgere un'azione di educazione nei confronti dei propri compagni usando tecniche e linguaggi facilmente comprensibili e di maggior efficacia rispetto a quelli usati dagli adulti. Questa progettualità è una fra la tante che vengono condotte in regione anche da parte dei Comuni e di Istituti Scolastici.
In particolare Il Dipartimento delle Dipendenze dell'ASS n. 1 ha effettuato 28 interventi nelle classi degli Istituti Secondari di secondo grado e 13 interventi nelle classi degli Istituti Secondari di primo grado (alcuni di questi svolti in collaborazione con l'associazione ASTRA).
Tossicologia Forense ha effettuato 32 interventi nelle classi sulle sostanze presso

scuole secondarie secondo grado.
Su tutto il territorio dell'ASS2 sono state invece attivate iniziative strutturate di promozione ed educazione alla salute, incardinate nella Direzione Sanitaria, cui partecipa il Ser.T per quanto di competenza. I percorsi di prevenzione, già confezionati e scientificamente validati vengono offerti e svolti in tutte le scuole che lo richiedono da ormai oltre dieci anni
In particolare nelle scuole medie inferiori
- nel "progetto dipendenze legali e illegali", attuato negli ultimi cinque anni in collaborazione della Polizia di Stato, sono state inserite 60 classi,
- nel "progetto scuola per genitori" giunto alla seconda edizione e dedicato ai genitori degli istituti scolastici e attuato in collaborazione con altre strutture aziendali, la Polizia di Stato e in una occasione con i Carabinieri, si è lavorato con 10 scuole, nelle scuole medie superiori
- nel "progetto dipendenze legali e illegali" sono state inserite due classi
- nel "progetto Overnigth a scuola" attivato quest'anno, 7 classi,
- nel "progetto dipendenze illegali" attivato quest'anno in collaborazione con la Polizia di Stato, 6 classi.
In particolare all'interno dell'ASS 6 di Pordenone il Servizio Educazione alla Salute ha riunito in un unico tavolo tutti i Servizi che si occupano di prevenzione nel territorio per cercare di coordinare tutti gli interventi, tra i quali il Dipartimento per le dipendenze. Tra gli interventi che si fanno ci sono quelli riguardanti le sostanze stupefacenti.
Con le famiglie si è cercato di lavorare in tutti i settori, quello scolastico, quello delle associazioni di volontariato, all'interno dei comuni, all'interno delle società sportive con interventi informativo-educativi riguardanti

- l'adolescenza,
- gli atteggiamenti a rischio
- le sostanze psicoattive.

con l'obiettivo di fornire strumenti per una corretta impostazione educativa rispetto a questo argomento, per una identificazione precoce di eventuali problemi e per una maggior conoscenza del Servizio che se occupa.
Gli interventi sono diffusi in tutto il territorio.
Gli interventi nelle classi vengono condotti dal personale del Dipartimento dipendenze, Dipartimento di prevenzione dell'ASS 6, dall'Associazione Ragazzi della Panchina, dall'Associazione Giulia,dagli Alcolisti Anonimi e dai componenti ACAT a seconda del tema da affrontare.
B) *Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)*
La Regione FVG ha ricostituito con deliberazione di giunta regionale n. 241 del 05.02.2009 il "Comitato regionale per la prevenzione delle tossicodipendenze e alcolismo" e un "Tavolo tecnico" che affronta con gli operatori dei dipartimenti delle dipendenze e della prevenzione il tema delle dipendenze, anche alla luce delle numerose situazioni di bisogno e di emergenza che si verificano sul territorio regionale.

Ricostituito il Comitato regionale per la prevenzione delle tossicodipendenze ed alcolismo

Per la Regione Friuli Venezia Giulia vi è un unico referente per alcol e tossicodipendenze.
Le Aziende per i servi sanitari sono così strutturate:
Il Dipartimento delle Dipendenze della ASS1 ha due sedi a Trieste, una ospita il Ser.T. , l'altra il Servizio di Alcologia. Nella sede che ospita il Ser.T. , vengono offerti i seguenti servizi: accoglienza, stanze per effettuare i colloqui, una farmacia, ambulatorio per screening per patologie infettive, la segreteria, un centro diurno, uffici.
In particolare, il servizio semiresidenziale consta di 2 Centri Diurni, e di un Centro di promozione della salute; quello residenziale si avvale di comunità terapeutiche convenzionate, e di unità di strada. Il Ser.T. è articolato nelle seguenti U.O.:

U.O. distrettuale per la dipendenza da sostanze illegali Distretto n.1
U.O. distrettuale per la dipendenza da sostanze illegali Distretto n.2
U.O. distrettuale per la dipendenza da sostanze illegali Distretto n.3
U.O. distrettuale per la dipendenza da sostanze illegali Distretto n.4
U.O. per l'AIDS e la riduzione del danno (IAR)
Il Dipartimento delle Dipendenze della ASS2 comprende al suo interno una SOS (Struttura Operativa Semplice) che opera nel Basso Isontino (B.I.) ed ha sede a Monfalcone che opera principalmente nell'ambito delle tossicodipendenze. Per questa SOS è attiva anche una sede distaccata a Grado (apertura 2 giorni alla settimana per attività medico-infermieristiche, compresa la somministrazione di terapie sostitutive, e sociali con la presenza di un'assistente sociale per attività legate alle dipendenze legali e illegali). A Monfalcone si trova un ambulatorio per lo screening per patologie infettive e, presso la stessa sede è previsto anche un trattamento per il "tabagismo" (accoglienza, diagnosi ed intervento di gruppo).
La seconda sede del Dipartimento è sita a Gorizia. Qui operano per l'Alto Isontino (A.I.) due equipe, una per le dipendenze patologiche illegali ed una per quelle legali (alcol, gioco d'azzardo).
Il Dipartimento delle Dipendenze della ASS3 ha due sedi, una a Gemona e una a Tolmezzo.
Nella sede di Gemona vi sono i Servizi alle tossicodipendenze, il Servizio di Alcologia e il trattamento del tabagismo. Nella sede di Tolmezzo, risiede un Servizio di Alcologia.
Sotto il profilo organizzativo, il Dipartimento delle Dipendenze della ASS n. 4 comprende:
la S.O.C. Sert.T. (Servizio Tossicodipendenze), con due Unità Operative : "Equipe Territorio - Carcere" e la "Comunità Diurna"; La Comunità terapeutica Diurna è mista e può accogliere un massimo di 15 persone. Si rivolge a utenti con problematiche di tossicodipendenza e alcoolismo che necessitano di una struttura semi protetta, secondo un programma semi-residenziale.
I Servizi alle Dipendenze dell'ASS n. 5 afferiscono al Dipartimento di Salute Mentale di Palmanova e dispongono di due sedi, una a Palmanova e una a Latisana.
La struttura offre servizi rivolti alla tossicodipendenza, all'alcolismo, ambulatori, uffici, e uno sportello infofumo.
Servizi offerti per la tossicodipendenza:
- programmi (di trattamento individuale; di trattamento familiare; di inserimento in Comunità Terapeutiche Residenziali; di formazione professionale ed inserimento lavorativo; di programmi di disintossicazione ambulatoriale da alcool, oppiacei ed altre sostanze psicoattive; di prevenzione ed educazione alla salute in collaborazione con le scuole e le altre agenzie del territorio; di sorveglianza e screening H.I.V. ed epatiti)
- colloqui di sostegno motivazionale per la predisposizione di programmi alternativi alla carcerazione presso la Casa Circondariale; per le certificazioni relative alla revisione di patenti di guida, porto d'armi, ecc.; ex art. 121 e 75 del D.P.R. 309/90; per smettere di fumare
- consulenza ai reparti ospedalieri (Palmanova e Latisana)
- attività di monitoraggio delle attività svolte sull'utente
Il Dipartimento delle Dipendenze della ASS6 ha 6 sedi:
- Pordenone (SerT)
- Pordenone (distribuzione farmacologica)
- Pordenone (Alcologia)
- Sacile (SerT)
- Maniago (SerT)
- San Vito al Tagliamento (SerT)
Il Dipartimento offre servizi per la Tossicodipendenza e di Alcologia.

Le principali prestazioni offerte comprendono: accertamenti clinici e di laboratorio, consulenze a reparti e servizi, interventi di prevenzione e informazione, elaborazione, attuazione e verifica del programma terapeutico, analisi utente e rapporti famigliari, somministrazione farmaci (ad eccezione dei sostitutivi degli oppiacei), controllo e consegna delle urine, vaccinazioni antiepatite - educazione sanitaria, rapporti con Centro Sociale per Adulti e Magistratura per misure alternative alla detenzione, psicoterapia, inserimenti lavorativi e borse di formazione lavoro, inserimenti in Comunità Terapeutiche Residenziali, gruppo dispensariali per alcolismo, collaborazione con A.C.A.T. .

C) Principali prospettive emerse nel 2009 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

Negli ultimi mesi del 2009 si è provveduto ad una puntuale ricognizione dei servizi, dei volumi di attività, della spesa che le ASS regionali sostengono in questo settore, e una fotografia della situazione esistente circa le comunità terapeutiche. Ciò sarà oggetto di una prima riflessione e della predisposizione di interventi urgenti ed indifferibili

V.2.3.7. Regione Lazio

A) Strategie e programmazione attività 2009 (o orientamenti generali)

Gli obiettivi strategici, mantenuti nel corso degli anni, sono stati assegnati a due diversi Assessorati (Sanità e Politiche Sociali) e sono stati definiti in termini di:

- promozione di azioni volte alla domanda di droga e dei rischi connessi all'uso (prevenzione)
- promozione di azioni volte al miglioramento della qualità di vita delle persone con patologia da dipendenza (cura e riabilitazione)
- miglioramento della qualità dei servizi (valutazione e formazione).

Assente un progetto obiettivo attivo per l'anno 2009

La Regione Lazio, pur in assenza di un progetto obiettivo attivo per l'anno 2009, ha sviluppato la propria strategia in ambito di patologie della dipendenza su alcuni assi principali:

- governo e monitoraggio dei servizi pubblici e privati
- adeguamento dei servizi per ottemperare alla domanda di salute e agli indirizzi programmatici nazionali
- produzioni di indicazioni organizzative e di indirizzi professionali finalizzati al miglioramento della qualità dell'assistenza
- promozione dell'integrazione dei servizi pubblici e privati.

La particolare criticità finanziaria della Regione Lazio, impegnata nel Piano di Rientro dal debito, ha determinato che tutte le azioni realizzate fossero basate sulla massima ottimizzazione delle risorse disponibili e sulla promozione delle competenze professionali.

Particolare attenzione è stata posta per risanare il debito con gli Enti del privato sociale, che vantavano forti crediti nei confronti delle Aziende Sanitarie Locali.

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

Linee di attività

In relazione agli assi strategici di azione sono state realizzate le seguenti linee di attività principali:

- governo e monitoraggio dei servizi pubblici e privati
  - prosecuzione dell'implementazione presso tutti i servizi pubblici del sistema informativo regionale, con addestramento capillare del personale e monitoraggio costante dei dati di esercizio e di risultato
  - produzione di circolari e indirizzi regionali in merito all'organizzazione dei servizi
- adeguamento dei servizi per ottemperare alla domanda di salute e agli indirizzi programmatici nazionali
  - programmazione e finanziamento con fondo regionale dei servizi previsti dai Livelli Essenziali di Assistenza (48 progetti in ambito

sanitario che ricoprono il fabbisogno di assistenza di prima accoglienza o di assistenza specialistica attualmente non fornita da servizi accreditati in ambito regionale)
    - regolarizzazione del debito per rette relative all'assistenza residenziale e semiresidenziale, in linea con le azioni di risanamento previste dalla Regione
- produzioni di indicazioni organizzative e di indirizzi professionali finalizzati al miglioramento della qualità dell'assistenza
    - emanazione di "Manuale operativo per il professionisti sanitari dei servizi per le Tossicodipendenza addetti all'assistenza sanitaria ai detenuti tossicodipendenti" (DGR 230/2009)
    - emanazione di indicazioni operative e di circolari esplicative in materia di accertamenti di assenza di tossicodipendenza in lavoratori che svolgono mansioni a rischio; costituzione del Gruppo di Lavoro Regionale specialistico in materia; regolazione e monitoraggio delle azioni realizzate dalle ASL in materia
    - programmazione e avvio formazione del personale che opera nelle strutture pubbliche e private: corso annuale dal titolo "Appropriatezza dei percorsi assistenziali per le dipendenze patologiche. Prospettive di integrazione tra servizi e di cooperazione interprofessionale", rivolta a 150 professionisti del settore
    - promozione dell'integrazione dei servizi pubblici e privati
        - realizzazione azioni previste dall'Accordo sottoscritto dalle Regioni con FICT e CNCA
        - attuazione di Tavoli integrati per condivisione programmazione regionale
        - promozione dello scambio professionale e operativo nell'ambito del programma di formazione regionale
        - predisposizione degli atti e presentazione proposta a cura dell'Assessorato al Bilancio (febbraio 2010) per approvazione aumento della retta per l'assistenza residenziale e semiresidenziale

C) Principali prospettive emerse nel 2009 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

Le principali prospettive riguardano: Prospettive

- lo sviluppo ulteriore della promozione di competenza professionale, attuata sia in ambito formativo sia in ambito di Gruppi di Lavoro specifici finalizzati alla definizione di indicazioni operative ed organizzative rivolte ai servizi pubblici e privati;
- la definizione di linee programmatiche per il triennio 2010- 2012, con definizione del fabbisogno di assistenza sanitaria in ambito di patologie della dipendenza non definita nel Piano regionale generale
- la realizzazione dell'aumento della retta per l'assistenza residenziale e semiresidenziale, in modo che sia allineata almeno alla media delle altre Regioni
- realizzazione di azioni congiunte e/o coordinate tra Assessorato alla Sanità e Assessorato alle Politiche Sociali
- completamento dell'implementazione del sistema informativo regionale, tramite adozione del software regionale
- sviluppo di azioni di valutazione di outcome
- accreditamento dei servizi previsti dall'Atto di Intesa Stato Regioni del 1999, ovvero prosecuzione dei progetti che assicurano i servizi di base

V.2.3.8. Regione Liguria

A) Strategie e programmazione attività 2009 (o orientamenti generali)

- La Deliberazione della Giunta Regionale n. 1662 del 16 Dicembre 2008 "Indirizzi alle Aziende Sanitarie per il riordino delle attività sanitarie distrettuali ai sensi dell'art. 39 della legge regionale n.41/2006" prevede, al punto 5a del deliberato, che le Aziende Sanitarie Locali provvedano all'unificazione dei Dipartimenti delle Dipendenze con i Dipartimenti di Salute Mentale.
  Tale scelta spinge l'Azienda a prevedere una articolazione della forma organizzativa, a livello Dipartimentale, definendo criteri per l'organizzazione e la gestione dei professionisti, ai fini dell'ottimizzazione dei processi assistenziali, garantendo nel contempo anche una corretta e congruente allocazione delle risorse.
- Il Piano Sociosanitario Regionale 2009-2011, approvato con Deliberazione del Consiglio Regionale n. 22 del 30 Settembre 2009, è stato realizzato con una struttura a rete. La logica della rete rappresenta un modello organizzativo di attori diversi da quelli tradizionali della gerarchia e del mercato. Come superamento di questi modelli, infatti, quello della rete implica il mantenimento di gradi di autonomia e scelta discrezionale da parte dei vari nodi; nodi che, nello stesso tempo, lavorano secondo principi di mutualità anziché subordinazione gerarchica.
  Il Piano è stato quindi concepito a reti verticali, orizzontali e di sistema, per consentire una programmazione a matrice.

  Programmazione a matrice

  La Rete Verticale sulla Prevenzione prevede, tra i suoi obiettivi, la prevenzione delle patologie determinate da dipendenze e comportamenti dannosi o contrari al mantenimento di una buona salute fisica e psichica. La Rete Orizzontale "Psichiatria e Dipendenze" dà come obiettivo l'emanazione di indirizzi relativi all'unificazione dei Dipartimenti delle Dipendenze e i Dipartimenti di Salute Mentale.
  La Rete Orizzontale "Salute in Carcere" prevede inoltre l'obiettivo di strutturare interventi per tossicodipendenti e comorbilità.

B) *Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)*

- A completamento di quanto previsto dalla D.G.R. n. 1239 del 19 Ottobre 2007, "Sicurezza stradale: modalità operative e direttive vincolanti ai Direttori Generali delle AA.SS.LL. per l'accertamento della presenza di sostanze stupefacenti e/o psicotrope su campioni biologici" è stata approvata la Deliberazione della Giunta Regionale n. 358 del 27 Marzo 2009 "Sicurezza stradale: tariffe per l'accertamento della presenza di sostanze stupefacenti e/o psicotrope su campioni biologici".
- Con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 566 del 12 Maggio 2009 "Indicazioni per le procedure relative agli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti in lavoratori addetti a mansioni che comportano rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi"sono state disciplinate la procedure relative agli accertamenti sanitari in questa particolare categoria di lavoratori. Nello specifico si autorizza allo svolgimento di tale procedura sia il medico competente che il laboratorio, pubblico o privato, autorizzato dalla Regione.
- Con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 1460 del 2 Novembre 2009 "Approvazione del questionario di valutazione dei requisiti di accreditamento, di cui alla D.G.R. n. 529 del 25 Maggio 2007, delle

strutture residenziali che ospitano pazienti psichiatrici, tossicodipendenti, affetti da AIDS/HIV", si è voluto avviare un percorso di qualità delle strutture, che già hanno un accreditamento istituzionale, ospitanti, tra gli altri, anche tossicodipendenti. Con tale questionario, predisposto tramite l'analisi delle attività organizzative, di cura e di assistenza alla persona, nonché degli aspetti strutturali ed impiantistici, si sono volute rendere omogenee le valutazioni di accreditamento.

V.2.3.9. Regione Lombardia

A) Strategie e programmazione attività 2009 (o orientamenti generali)

Il sistema di intervento regionale

La strategia di fondo prevede un sistema integrato tra servizi pubblici e privati accreditati all'interno di ognuno dei 15 Dipartimenti delle Dipendenze territoriali.
La rete dei servizi ambulatoriali, sia pubblici (Servizi Tossicodipendenze – SerT) che privati no profit (Servizi Multidisciplinari Integrati – SMI), assicura la disponibilità dei principali trattamenti relativi alla prevenzione, cura e riabilitazione dall'uso di sostanze, nonché lo screening delle patologie correlate.
La rete delle strutture residenziali (Comunità terapeutiche) e semi residenziali (Centri diurni) offre percorsi di cura e riabilitazione differenziati, sia nelle modalità di intervento, sia nei tempi dell'iter di cura; a conclusione del percorso sono spesso previste attività di reinserimento sociale.
Ad integrazione del sistema di cura, sono presenti i servizi di accoglienza e i cosiddetti servizi di prossimità o di bassa soglia che garantiscono un accesso immediato e non selezionato, un aggancio precoce e una riduzione dei rischi connessi all'uso di sostanze.

Le peculiarità del sistema di intervento lombardo

Nel panorama italiano, il sistema di intervento lombardo presenta le seguenti caratteristiche:

- è un sistema *diffuso* di servizi, con Ambulatori e Comunità a libero accesso e gratuite;
- é un sistema *specializzato* perché presenta diverse tipologie di Comunità rispondenti a diversi bisogni di cura e unità specializzate (Unità cocaina);
- è un sistema *libero* perché i cittadini lombardi hanno accesso diretto alle Comunità e ai servizi;
- è un sistema *adeguato* perché tutti i servizi pubblici e privati sono accreditati. E' stato introdotto nel 2008 il sistema Budget nel finanziamento delle Comunità;
- l'incremento delle risorse a disposizione delle Comunità dal 2007 al 2009 è stato del 65%, per un ammontare di circa 43.000.000 €/anno;
- è un sistema *innovativo* che ha prodotto i due documenti di Linee guida per una prevenzione efficace, sia relativamente ad adolescenti e preadolescenti, che alla popolazione generale

Gli interventi di prevenzione

Bisogna contrastare il contatto dei più giovani con le sostanze, la cui diffusione è quasi ubiquitaria. Regione Lombardia si è dotata di strumenti idonei, come le *Linee guida* in ambito preventivo, sulla base delle linee guida del National Institute on Drug Abuse statunitense, adattate alla realtà lombarda. Questa azione è particolarmente innovativa perché *uniforma e rende* disponibili i finanziamenti per gli interventi di prevenzione unicamente a chi utilizza le nostre linee guida.
Nel 2009 è stata portata regime l'attività della *Rete regionale di prevenzione*: questo ha consentito di applicare le linee regionali in tutti i distretti del territorio, in modo collaborativo tra Enti Locali ed ASL.
La collaborazione con gli Enti Locali, attraverso la elaborazione concordata dei Piani di Zona, ha visto, nel corso del 2009, il 100% di collaborazioni avviate. E' stata predisposta una scheda specifica di rilevazione dei progetti relativi all'area

delle dipendenze elaborati nei Piani di Zona.

Conoscere meglio il fenomeno

L'*Osservatorio Regionale Dipendenze*, che operava già da diversi anni in modo sperimentale tramite le attività del Laboratorio Previsionale, ha visto nel 2009 il suo avvio definitivo. Compito dell'Osservatorio è quello di analizzare il fenomeno "Droga" nelle sue molteplici espressioni, di coordinare la rete degli osservatori territoriali, di monitorare i cambiamenti e di comprendere le possibili evoluzioni, al fine di adeguare per tempo la risposta del sistema di intervento.

I risultati dell'attività di ricerca e la programmazione 2010 sono stati presentati a dicembre 09 in un convegno.

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

La politica di Regione Lombardia è sempre stata quella del contrasto a *tutte* le forme di dipendenza e di *aiuto* a tutti i soggetti deboli e alle loro famiglie. In questa logica si è attuato lo sforzo di questi anni per arrivare – così come lo abbiamo costruito- ad un sistema *diffuso* di servizi pubblici e privati in tutto il territorio regionale, i cui risultati vengono evidenziati qui di seguito:

Specifica	*Quantità*
N° *Dipartimenti delle Dipendenze*	***15***
N° *servizi ambulatoriali*	***91***
N° *Utenti*	***38.000***
N° *detenuti*	***9.900***
N° *Comunità terapeutiche*	***138***
N° *Posti accreditati*	***2.564***
N° *Utenti con programma terapeutico nelle Comunità*	***5.500***
N° *Servizi di prossimità*	***28***
Copertura *Piani di Zona*	***100%***
N° Interventi di *prevenzione*	***310***
N° Interventi di *prevenzione alcol*	***171***
Risorse annue destinate all'area dipendenze	***> 100 milioni di €***
Incremento risorse economiche per le comunità terapeutiche	***+ 65%***

C) Principali prospettive emerse nel 2009 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

I *profondi mutamenti* avvenuti nel campo dei fenomeni d'abuso ha portato negli ultimi anni a ritenere indispensabile, per un efficace contrasto del fenomeno delle dipendenze, l'elaborazione di strategie di intervento complessive.

Anche gli studi previsionali ci confermano che i cambiamenti sono profondi e rapidissimi: le informazioni sulla rete corrono velocissime e le mode, i costumi, gli stili di vita e l'uso di sostanze mutano in continuazione. Dobbiamo misurarci con questa realtà in rapida e continua evoluzione.

Le criticità emerse ed affrontate nel corso del 2009 sono relative a:

- Necessità di riqualificazione del sistema di intervento
- Conoscenza tempestiva delle modificazioni nel consumo di sostanze e negli stili di vita
- Sostegno alla famiglia

La riqualificazione dei Ser.T.

Regione Lombardia, nell'intento di stabilizzare e rafforzare il sistema di intervento, così da evolvere verso una maggiore appropriatezza degli interventi, ha avviato un percorso di riqualificazione dei servizi ambulatoriali volto a determinare modalità e prassi organizzative che consentano una presa in carico effettiva ed efficace.

L'operato dei servizi ambulatoriali deve infatti vedere i suoi capisaldi nel

processo di presa in carico, nell'integrazione delle diverse professionalità, nella valutazione degli esiti degli interventi e in un approccio volto al recupero e ad un effettivo reinserimento della persona in trattamento. Stiamo investendo nella formazione per realizzare una compiuta sinergia tra risorse umane, organizzative e conoscenza.

Un sistema che si rinnova: il rilancio delle Comunità.

Le comunità terapeutiche rivestono un ruolo determinante nel percorso di cura, trattamento e reinserimento delle persone dipendenti. Abbiamo introdotto nel sistema ulteriori elementi di forte innovazione: la certificazione dello stato di tossicodipendenza (può essere rilasciata anche da soggetti privati accreditati); la libertà di scelta dell'utente rispetto alla struttura presso la quale iniziare il programma terapeutico; l'estensione del tempo massimo di permanenza in comunità per garantire un effettivo reinserimento sociale. Abbiamo anche introdotto un premio per l'effettivo reinserimento lavorativo delle persone al termine del programma di comunità.

Le conoscenze in rete

L'Osservatorio Regionale (OReD) nasce come strumento *strategico* per la lettura e l'interpretazione dei dati e delle informazioni sui fenomeni di abuso e dipendenza (da sostanze – legali e illegali - ma anche da comportamenti additivi) in modo da supportare l'elaborazione delle politiche di intervento regionali e da fornire elementi di conoscenza utili a orientare al meglio e tempestivamente gli interventi sociali, sanitari, educativi messi in campo in Lombardia.

La famiglia come risorsa.

Bisogna sviluppare una forte azione preventiva di contrasto che veda un sempre più stretto rapporto tra SerT/SMI, Comunità Terapeutiche, Consultori, Famiglie e scuola, così da offrire un sostegno concreto ad un bisogno familiare sempre più presente. In questa direzione va l'attuazione dei "Progetti sperimentali innovativi per la riorganizzazione dei Consultori familiari al fine di ampliare e potenziare gli interventi sociali a favore delle famiglie". Sono previste 3 modalità di attuazione (3 "misure") che prevedono, in ogni territorio regionale, lo sviluppo e il potenziamento di un sempre più stretto coordinamento tra soggetti pubblici e del Terzo settore per gli interventi a favore della famiglia, nello specifico della droga. In considerazione del costante aumento del contatto tra giovanissimi e droga nel corso degli ultimi anni (ad esempio, tra i 13 e i 15 anni, l'uso di cannabis passa dal 3% al 24%) l'obiettivo di contenere - entro il 2015 - l'aumento del consumo di droghe tra i giovanissimi è una sfida difficile, ma che si deve assolutamente accettare.

V.2.3.10. Regione Marche

A) Strategie e programmazione attività 2009 (o orientamenti generali)

Strategie adottate

La Regione ha definito la programmazione individuando le priorità e destinando le risorse per l'anno 2009. Le principali strategie adottate sono le seguenti:

- garantire la continuità ad alcuni servizi residenziali specialistici, semiresidenziali e di strada;
- individuare le priorità per i Dipartimenti per le Dipendenze Patologiche (DDP) (consolidamento dell'organizzazione dei DDP, riqualificazione del sistema di offerta articolato in macrosettori e livelli d'intervento, così come previsto dall'atto di riordino del sistema integrato dei servizi, consolidamento di servizi di counseling e di trattamento delle dipendenze da alcol, da tabacco, e da gioco d'azzardo patologico);
- indirizzare le attività nelle seguenti aree d'intervento: organizzazione dei servizi, integrazione socio-sanitaria, integrazione pubblico-privato sociale e trattamenti;
- definire le linee d'indirizzo per i percorsi assistenziali ed organizzativi dei DDP;
- programmare un percorso formativo per gli operatori sui percorsi

assistenziali e sul modello integrato pubblico-privato sociale di presa in carico degli utenti;
- programmare una campagna informativa regionale sull'uso di sostanze, destinata al target genitoriale;
- aumentare le rette per i trattamenti residenziali e semiresidenziali;
- avviare lo studio della ridefinizione del sistema di offerta residenziale e semiresidenziale, sulla base del fabbisogno;
- recepire l'intesa stato-Regioni in materia di accertamento di non tossicodipendenza in lavoratori che svolgono mansioni a rischio;
- realizzare il Sistema Informativo sulle Dipendenze.

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

E' stata garantita la continuità annuale con un fondo per l'integrazione socio-sanitaria (circa € 1.400.000,00) che integra il sistema tariffario dei servizi residenziali specialistici, dei centri diurni e degli interventi non residenziali (unità di strada, inclusione socio-lavorativa).

L'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) ha presentato il programma annuale degli interventi sulla base degli indirizzi e delle priorità regionali, articolato in Piani attuativi elaborati da ciascuno dei 9 Dipartimenti per le Dipendenze. Il Programma ed i Piani sono stati valutati e finanziati dalla regione con un budget specifico.

I Piani di DDP hanno perseguito l'adeguamento organizzativo (uffici di staff), la ricerca di modalità più efficaci di integrazione con gli Ambiti Territoriali Sociali e con il terzo settore, e l'offerta di trattamenti più efficaci per particolari dipendenze come quelle da droghe legali, da cocaina o da gioca d'azzardo, sulla base della EBM.

La Giunta Regionale ha deliberato le linee d'indirizzo per la definizione dei percorsi assistenziali presso i DDP, ed in particolare ha previsto l'adozione di un modello di accesso diretto al sistema e di presa in carico integrata da parte di equipe specifiche multiprofessionali costituite da operatori pubblici e del privato sociale accreditato. Ciascun DDP ha tradotto le linee d'indirizzo regionali in procedure operative standard, da applicare nel corso del 2010.

Equipe multiprofessionali

Al fine di accompagnare questo cambiamento, è stato organizzato un percorso di formazione e supervisione delle equipe preposte alla presa in carico integrata.

La Giunta Regionale ha poi approvato un progetto di campagna informativa, coerente con la analoga campagna nazionale, finalizzata ad aprire un dialogo tra servizi per le dipendenze ed i genitori di adolescenti e giovani, preoccupati per eventuali comportamenti a rischio da parte dei figli. Le famiglie si rivolgeranno al numero verde regionale che fornirà un primo ascolto e, se necessario, orienterà verso i servizi territoriali appositamente formati nel corso del 2010.

Grande soddisfazione ha destato l'accordo tra Regione ed Enti Ausiliari accreditati, per l'aumento delle rette in misura del 40% per le comunità terapeutiche e del 45% per le strutture con pazienti con comorbidità psichiatrica.

un apposito gruppo di progetto ha avviato lo studio finalizzato alla ridefinizione quantitativa e qualitativa del sistema di offerta residenziale e semiresidenziale sulla base del fabbisogno. Preventivamente la Giunta Regionale ha effettuato la ricognizione dell'offerta (posti letto) disponibile e del fabbisogno (posti letto).

Inoltre, è stato recepito dalla Giunta regionale l'accordo in materia di accertamento di non tossicodipendenza in lavoratori che svolgono mansioni a rischio. E' stato istituito un comitato regionale di monitoraggio per l'attuazione dell'accordo.

Infine, è stato implementato a livello locale il Sistema Informativo Nazionale Dipendenze (SIND), attraverso l'acquisizione ufficiale della piattaforma MFP, l'acquisto di hardware per tutti i DDP, la programmazione di un intervento di formazione sul campo per gli operatori referenti del SIND.

C) Principali prospettive emerse nel 2009 nello svolgimento delle attività e

soluzioni possibili/auspicate

In generale, adottando un nuovo modello organizzativo del sistema integrato territoriale abbiamo incontrato resistenze al cambiamento, innanzitutto culturali. Riconoscere agli enti ausiliari accreditati pari dignità e responsabilità dei servizi pubblici, pur con ruoli e funzioni diverse, ha determinato la necessità di interventi formativi e di accompagnamento al cambiamento.

Un passaggio determinante del cambiamento è stato quello di aver definito modalità omogenee di accesso ai servizi del DDP e di presa in carico, pur nel rispetto della storia e delle specificità dei territori. Questo fornisce maggiori garanzie di rispetto dei diritti dei cittadini e di qualità del sistema.

Modalità omogenee di accesso ai servizi del DDP

Nel corso del 2010 dovremo lavorare sull'inclusione socio-lavorativa, tipologia di intervento sottoutilizzata per mancanza di risorse, a differenza della fine degli anni '90. Anche in questo caso sono necessarie linee guida regionali che garantiscano omogeneità nel trattamento dello svantaggio sociale, pur nel rispetto dei complessi microsistemi locali ove operano numerosi soggetti (centri per l'impiego, enti locali, imprese, terzo settore, organizzazioni sindacali, servizi sanitari, ...).

Uno degli interventi ritenuti strategici per il 2010 sarà il pieno funzionamento del SIND, in modo da soddisfare il debito informativo e da acquisire dati funzionali alla programmazione ed alla valutazione.

V.2.3.11. Regione Molise

A) Strategie e programmazione attività 2009 (o orientamenti generali)

- Miglioramento della prevenzione primaria sul territorio e delle attività preventive dei servizi territoriali per le dipendenze.
- Incremento delle collaborazioni con le Istituzioni scolastiche territoriali e Associazioni che si occupano della prevenzione.

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

- Prosecuzione delle attività di prevenzione primaria in materia di alcolismo, tabagismo e sostanze stupefacenti, in collaborazione con le Istituzioni scolastiche, LILT , Università degli Studi del Molise e il mondo dell'Associazionismo.
- Elaborazione delle procedure per gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi - CU n. 99 del 30.10.2007 e Accordo Stato/Regioni (rep. atti n. 178 del 18.09.2008).

C) Principali prospettive emerse nel 2009 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

- Predisposizione del Piano Regionale per le Tossicodipendenze per un'articolata strategia regionale in materia di dipendenze e nuove dipendenze, che tengano conto anche di forme di collaborazione con altri soggetti istituzionali.
- Pianificazione di nuove strategie volte al superamento delle criticità dovute alla carenza di informatizzazione e messa in rete dei servizi pubblici per le tossicodipendenze.
- Miglioramento delle collaborazioni con i servizi territoriali e continuità nelle attività con le Istituzioni scolastiche e Associazioni che si occupano di prevenzione.

V.2.3.12. Regione Piemonte

A) Strategie e programmazione attività 2009 (o orientamenti generali)

- Approvazione del provvedimento inerente le linee di indirizzo regionali circa le modalità di "Accertamento di assenza di tossicodipendenza nei luoghi di lavoro" (D.G.R. n. 13-10928 del 9.03.2009).
- Approvazione del nuovo atto di intesa regionale di revisione degli standard organizzativo- strutturali dei servizi privati accreditati per le dipendenze - (D.G.R. n. 61-12251 del 28.09.2009).
- Approvazione del provvedimento sull'accreditamento istituzionale (D.G.R. n. 63-12253 del 28.09.2009).
- Approvazione del provvedimento di riparto di fondi regionali aggiuntivi indirizzati alla rete dei servizi privati provvisoriamente accreditati (D.G.R. n. 15-12608 del 23.11.2009).
- Siglato Accordo Generale Regione CEAPI (Coordinamento Enti Ausiliari del Piemonte) in data 30.11.2009 (l'Accordo è stato recepito con la D.G.R. n. 4-13454 del 8.03.2010)
- Approvazione dell'elenco delle strutture private accreditate, definitivamente o con riserva, nell'area delle dipendenze patologiche (D.G.R. n. 96-13036 del 30.12.2009).

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

- Con la DGR n. 13 del 9.03.2009 sono state approvate le linee di indirizzo regionali sulle procedure atte ad accertare l'assenza di tossicodipendenza nei luoghi di lavoro.
  Sono stati identificati i Coordinatori aziendali, figure di riferimento per l'Assessorato con cui poter interloquire e ravvisare ogni tipo di criticità.
- Con la D.G.R. n. 61 del 28.09.09 è stato approvato l'atto di intesa che stabilisce i nuovi standard, strutturali, organizzativi e funzionali delle strutture terapeutiche private provvisoriamente accreditate. Il provvedimento rappresenta una complessa ed approfondita revisione di tutti i parametri di funzionamento delle strutture private, residenziali e semiresidenziali, socio-sanitarie nell'ambito della cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei soggetti affetti da patologie della dipendenza, con o senza sostanze, o da HIV/AIDS.
- Con la D.G.R. n. 63-12253 del 28.09.09 sono stati approvati i requisiti e le procedure per l'accreditamento istituzionale delle strutture private per la salute mentale e le dipendenze. Il provvedimento contiene le tipologie di strutture da accreditare, la tempistica da rispettare nei procedimenti amministrativi e i moduli da compilare per la presentazione delle domande.
- Con la D.G.R. n. 15-12608 del 23.11.2009 si assegna, una tantum, un finanziamento regionale integrativo di €. 3.000.000.,00 quale riconoscimento del complessivo graduale miglioramento, degli standard strutturali e funzionali-organizzativi, della rete delle strutture terapeutiche private delle dipendenze. L'Amministrazione regionale ha destinato questi fondi prendendo atto che dal 2004 al 2009 le rete delle strutture di cui sopra ha investito nel migliorare la qualità dei servizi nel loro complesso, avvicinandoli considerevolmente agli standard approvati con la D.G.R. n. 63-12253 del 28.09.09 .
- Con l'Accordo generale del 30.11.2009, stipulato tra la Regione (Assessorato Sanità) e il CEAPI (Coordinamento Enti Ausiliari del Piemonte), si individua un budget complessivo di spesa regionale da destinare alle attività residenziali e semiresidenziali per l'anno 2010 per complessivi 30.500.000 euro. Tale budget è stato accertato previa

analisi dei costi storicamente sostenuti dalla Regione negli anni 2005-2008 per le attività residenziali e semiresidenziali delle strutture terapeutiche private accreditate, incrementati dai costi della revisione delle rette giornaliere a seguito dell'approvazione dei nuovi standard approvati con la D.G.R. 61/2009. Le nuove rette giornaliere riconoscono la valorizzazione della qualità dei servizi (dal punto di vista strutturale, della professionalità dei loro operatori e del migliorato rapporto operatori/utenti). Inoltre viene dato mandato di istituire un Gruppo regionale di monitoraggio dell'Accordo.

- Con la D.G.R. n. 96-13036 del 30.12.2009 si approva l'elenco delle strutture accreditate definitivamente o con riserva nell'area delle dipendenze, previa comunicazione della valutazione delle Commissioni di Vigilanza delle ASL. Inoltre si approva la proroga dei termini di scadenza per la presentazione della domanda di accreditamento, per tutte quelle strutture risultanti ancora provvisoriamente accreditate, al 31agosto del 2010.

C) Principali prospettive emerse nel 2009 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

Consolidamento organizzativo

Nel 2009 le principali prospettive emerse sono state soprattutto incentrate sul consolidamento dell'organizzazione dipartimentale delle dipendenze.

Ogni ASL ha il Dipartimento delle Dipendenze organizzato secondo un modello incentrato su una forte integrazione pubblico-privato (Comitato partecipato di Dipartimento).

Il Dipartimento diventa il "luogo" dove programmare gli interventi, orientati in base agli obiettivi generali regionali, e dove far convergere tutti i soggetti che operano nel contrasto alle dipendenze.

Dal 2009 sono avviati i Piani Locali delle Dipendenze, quale strumento che mira a responsabilizzare maggiormente i territori nel programmare ed attuare interventi più aderenti alle peculiarità di ogni territorio.

Queste strategie mirano a far si che le azioni sulle dipendenze siano maggiormente contemplate nelle politiche generali socio-sanitarie nel loro complesso.

V.2.3.13. Regione Puglia

A) Strategie e programmazione attività 2009 (o orientamenti generali)

L'anno 2009 è stato caratterizzato, per quanto attiene l'area di intervento delle Dipendenze Patologiche, da innovative azioni di sistema volte a definire una modalità di intervento territoriale di contrasto alla diffusione di sostanze e per l'inclusione sociale e lavorativa di tossicodipendenti.

Approvati il Piano Regionale delle Politiche Sociali e quello Salute

Infatti, nell'anno 2009 sono stati approvati il secondo Piano Regionale delle Politiche Sociali di durata triennale (2009-2011) e il Piano Regionale Salute (2009-2010).

In virtù dei documenti programmatori sopra richiamati, da un lato è stato rafforzato il ruolo svolto dal Dipartimento Dipendenze Patologiche di coordinamento di tutti gli interventi attuati nel territorio, da l'altro si è inteso sviluppare la costituzione di sinergie tra gli operatori del pubblico e del privato sociale coinvolti nelle azioni di contrasto e recupero.

A tal riguardo, si fa presente che il Piano Regionale delle Politiche Sociali, ribadisce il contenuto del 4° comma dell'art. 110 del Regolamento regionale n. 4/2007 il quale dispone che "al fine di definire le progettualità nell'ambito dell'area dipendenze dei Piani sociali di Zona, i Comuni e le ASL sviluppano una progettazione integrata, con la partecipazione all'Ufficio di Piano del Direttore del Dipartimento per le Dipendenze Patologiche o suo delegato".

L'area "Dipendenze" è tra le aree prioritarie di intervento del Piano Regionale

delle Politiche Sociali, che si pone l'obbiettivo di costruire un sistema integrato di interventi e servizi, pertanto, tramite i Piani di Zona devono essere attivati negli Ambiti Territoriali specifici progetti e/o servizi, riguardanti soggetti pubblici e del privato sociale, finalizzati alla prevenzione, di supporto al recupero e per l'inclusione sociale e/o lavorativa, comprendenti quindi tutte le attività oggetto della presente rilevazione.

Obiettivi specifici

Gli obiettivi specifici per la programmazione 2009-2011 del Piano Regionale delle Politiche Sociali nell'ambito delle dipendenze patologiche, sono i seguenti:

Mettere a sistema le azioni progettuali di prevenzione universale e selettiva, sviluppate negli anni dai servizi per le dipendenze e da enti e associazioni che operano nel settore, superando la logica del lavoro per progetti e individuando modelli di intervento che prefigurino la costituzione di "tavoli permanenti locali" della prevenzione e dell'inclusione, in cui si confrontino e operino congiuntamente gli operatori dei servizi pubblici, i referenti scolastici, gli operatori del terzo settore;

Favorire il collegamento trasversale, programmatico, gestionale e operativo, tra le molteplici politiche che influenzano la promozione di stili di vita positivi e la prevenzione delle dipendenze: politiche giovanili (ad es., il programma regionale "Bollenti Spiriti"), politiche scolastiche, politiche della formazione / lavoro, politiche sociali e sanitarie;

Attuare metodologie di intervento di tipo partecipativo, mediante adeguata formazione rivolta agli adulti che hanno responsabilità educative verso bambini, adolescenti e giovani (genitori, insegnanti, educatori, allenatori sportivi, insegnanti di scuola guida, ecc.), e che favoriscano le modalità orizzontali di trasmissione delle informazioni, quali l'educazione tra pari negli adolescenti;

Favorire interventi a bassa soglia sui giovani nei contesti aggregativi (concerti, rave party, mondo della notte, ecc.) dove maggiore è il rischio dell'uso e abuso di sostanze.

Anticipare il momento di inizio delle attività di prevenzione delle dipendenze, differenziando gli approcci e puntando anche sullo sviluppo dei fattori protettivi, soprattutto nelle fasce giovanili (es. lavorare con i genitori nella scuola elementare e media inferiore);

Abbassare la soglia di fruibilità dei servizi al fine di ridurre il periodo di latenza tra primo uso e primo trattamento anche attraverso interventi di riduzione del danno;

Istituire a livello di Ambito Territoriale almeno un Centro Permanente Territoriale di Contrasto alle dipendenze patologiche (C.P.T.C.) per l'emersione e la progettazione di interventi mirati alle dipendenze patologiche nell'area della prevenzione e dell'inclusione sociale e lavorativa delle persone con dipendenze. Il centro, collegato con i servizi del welfare d'accesso dell'ambito territoriale, con la PUA e con il Centro per l'Impiego, si configura come un servizio sperimentale ai sensi dell'art. 33, comma 4 del Regolamento regionale n. 4/2007, con funzioni di prevenzione sul territorio dell'ambito territoriale, di inserimento sociale e lavorativo delle persone con dipendenze e di riduzione del danno. Fanno parte del C.P.T.C. il Tavolo permanente locale per la prevenzione e l'inclusione sociale, gli operatori del welfare d'accesso dell'Ambito Territoriale, i soggetti del terzo settore individuati attraverso la procedura della cooprogettazione pubblica, i referenti del Dipartimento delle dipendenze e/o Ser.T. territorialmente competente.

Risorse disponibili

In relazione ai predetti obbiettivi specifici, si evidenzia che le risorse minime disponibili per la realizzazione degli obiettivi operativi, da integrare secondo la programmazione definita dal Piano sociale di Zona, sono costituite:

- dalla percentuale minima del 5% delle risorse rivenienti dal Fondo Nazionale Politiche Sociali e Fondo Globale Socio Assistenziale assegnate al II triennio di programmazione;

- dalla quota di spesa a valere su risorse proprie comunali apportata quale cofinanziamento delle risorse trasferite;
- dai fondi non utilizzati nell'area prioritaria "Dipendenze" rivenienti dalla programmazione del primo triennio;
- dai fondi aggiuntivi erogati agli Ambiti Territoriali con la determinazione dirigenziale 13 novembre 2008, n. 870, relativi alla quota del Fondo nazionale lotta alla droga assegnata alla Regione Puglia per l'anno 2002, ammontanti complessivamente a € 7.424.204,46;
- dalle quote del Fondo sanitario regionale di parte corrente indistinta assegnate alle Aziende Sanitarie Locali ai sensi dell'art. 14 della legge regionale 6 settembre 1999, n. 27, da individuare nell'ambito dei PAT distrettuali;
- dai fondi attivabili in relazione alle linee d'azione del Piano pluriennale di attuazione 2007–2010 FESR Asse III "Inclusione sociale e servizi per la qualità della vita e l'attrattività territoriale", dai fondi attivabili nell'ambito del PO FSE 2007-2013 e del PAR FAS.

Con determinazione della Dirigente del Settore Politiche di Benessere Sociale e Pari Opportunità 6 febbraio 2009, n. 68, ai sensi del Regolamento regionale 28 febbraio 2000, n. 1 "Criteri e modalità per il finanziamento regionale dei progetti di lotta alla droga" è stata approvata la graduatoria finale delle domande di finanziamento dei progetti triennali di lotta alla droga, predisposta da una apposita Commissione consultiva regionale istituita ai sensi dell'art. 11, comma 1, dello stesso Regolamento, a valere sulla quota del Fondo nazionale assegnata alla Regione Puglia per l'anno 2001.

A fronte della disponibilità finanziaria di € 7.296.255,00, sono stati complessivamente finanziati 76 progetti, di cui 38 finanziati agli enti pubblici e 38 agli enti del privato sociale, tenendo conto dei requisiti disposti dal richiamato Regolamento 1/2000 e avendo cura di assicurare, laddove possibile, una distribuzione tale da attivare progetti nel maggior numero di Ambiti Territoriali, tenendo altresì conto dei progetti già in corso di realizzazione.

Dei 38 progetti finanziati agli enti pubblici, 31 progetti sono stati finanziati ai Comuni, o loro associazioni, tenuto conto del ruolo fondamentale che rivestono i Piani Sociali di Zona relativamente agli interventi di prevenzione e di reinserimento sociale e lavorativo dei tossicodipendenti.

Dei progetti finanziati agli enti del privato sociale ben 21 sono finalizzati al reinserimento lavorativo dei tossicodipendenti.

I predetti progetti, sono parte sostanziale del sistema di offerta dei servizi attivato dai Piani Sociali di Zona, collocandosi tra gli interventi assicurati dal sistema integrato dei servizi sociali, di cui alla legge regionale 10 luglio 2006, n. 19, nell'area "Dipendenze", per cui sono stati selezionati in quanto configurano l'istituzione di servizi che possono continuare ad esistere in relazione anche agli interventi da attuare nell'ambito del Piano Regionale delle Politiche Sociali.

Nel corso dell'anno 2009 per quanto riguarda altri interventi ascrivibili a pieno titolo nell'ambito della prevenzione universale, sono stati finanziati:

- le associazioni di promozione sociale e le organizzazioni di volontariato che operano negli ambiti delle responsabilità familiari, pari opportunità, disabilità, minori, contrasto alla povertà, immigrazione, progetti volti alla realizzazione di "Azioni di Sistema per l'associazionismo familiare" nell'ambito degli interventi per le politiche familiari, con l'obiettivo di promuovere e valorizzare le risorse di solidarietà delle famiglie e delle proprie associazioni di rappresentanza, in un'ottica di superamento di logiche di assistenzialismo verso forme di cittadinanza attiva delle famiglie;
- interventi a carattere innovativo e sperimentale con riferimento alle politiche di prevenzione del disagio, sulla base di progetti presentati anche da Enti ausiliari per le tossicodipendenze.

- diversi "Laboratori Urbani" all'interno del Programma "Bollenti Spiriti" Immobili dismessi, edifici scolastici in disuso, palazzi storici abbandonati, ex monasteri, mattatoi, mercati e caserme sono stati ristrutturati, dotati di attrezzature, arredi e strumenti per diventare nuovi spazi pubblici per i giovani, affidati con bando pubblico ad organizzazioni giovanili, per diventare luoghi per l'arte, lo spettacolo e il recupero delle tradizioni; luoghi di uso sociale e sperimentazione delle nuove tecnologie; servizi per il lavoro, la formazione e l'imprenditorialità giovanile; spazi espositivi, di socializzazione e di ospitalità (complessivamente 165 Comuni coinvolti su tutto il territorio regionale, 132 fabbricati interessati da interventi, un investimento complessivo di oltre 50 milioni di Euro, 40 dei quali a carico della Regione Puglia, trattasi della più importante operazione di infrastrutturazione materiale a servizio della creatività e del protagonismo giovanile mai varata da una regione italiana).

V.2.3.14. Regione Toscana

A) Strategie e programmazione attività 2009 (o orientamenti generali)

Nei propri atti di programmazione, sanitaria e sociale, la Regione Toscana ha perseguito con continuità il principio dell'integrazione delle offerte terapeutiche così da favorire la continuità assistenziale ed assicurare un razionale utilizzo dei servizi e dei livelli di assistenza.

In questo processo è stato decisivo il ruolo dei Servizi Tossicodipendenze (SERT) che oltre ad assicurare le attività di prevenzione, di diagnosi, cura, riabilitazione e reinserimento sociale si sono fatti promotori della cooperazione tra soggetti pubblici e non, per un'integrazione tra Pubblico e Terzo Settore che è stata fortemente valorizzata a partire dalla Legge Regionale 72/97.

Le controversie ideologiche sono state pertanto superate a favore di una "politica del fare", rispettosa delle differenze e con l'obiettivo comune di dare risposte concrete ed efficaci alle persone con problemi di dipendenza.

I servizi pubblici e privati sono stati dotati di un software gestionale unico per tutto il territorio regionale e specifici atti hanno precisato il diverso apporto dei servizi al circuito di cura e definito gli standard minimi da assicurare ai cittadini in ordine sia alla valutazione diagnostica multidisciplinare sia nella predisposizione dei programmi terapeutici e socio–riabilitativi.

È stata realizzata una rete di Centri Antifumo unica in Italia e sono stati anche introdotti nei Livelli Essenziali di Assistenza regionali specifici pacchetti assistenziali per la disassuefazione dal tabagismo.

Per altre patologie (ad es. gioco d'azzardo patologico), ad oggi non comprese nei LEA, sono state favorite specifiche sperimentazioni, anche residenziali.

È stato dato un concreto impulso alla formazione professionale per dipendenze, come quella da cocaina, per la quale sono tuttora carenti terapie farmacologiche di comprovata efficacia.

Per l'alcolismo e le problematiche alcolcorrelate si è provveduto ad istituire sia il Centro Alcologico Regionale che le equipe alcologiche territoriali e rafforzata la rete dell'associazionismo e dell'auto mutuo–aiuto.

È stato attuato il riordino delle strutture residenziali e semiresidenziali per garantire risposte appropriate ai molteplici bisogni di cura ed un sistema tariffario articolato per intensità di cura nelle quattro diverse aree di intervento in cui si articolano oggi i servizi di accoglienza, terapeutico–riabilitativi, specialistici (doppia diagnosi, osservazione diagnosi e orientamento, madri con figli) e pedagogico–riabilitativo.

Sono state avviate concrete azioni a sostegno di progetti di riduzione del danno e per persone a forte marginalità sociale.

È stato infine avviato il processo di accreditamento istituzionale dei SERT in

un'ottica di qualità e di efficacia nell'erogazione delle prestazioni.
Al fine di favorire il consolidamento della rete del sistema integrato regionale dei servizi rivolti a fronteggiare le dipendenze, di realizzare strategie di intervento condivise ed uniformi nei vari ambiti territoriali, di elaborare piani di rilevanza interaziendale e regionale, la Giunta regionale con apposita delibera ha istituito il Comitato Regionale di Coordinamento sulle Dipendenze.
Il Comitato ha funzioni di rilevazione dei bisogni, verifica sull'adeguatezza degli interventi e supporto tecnico all'azione di governo della Giunta regionale.
Al Comitato partecipano rappresentanti dei servizi pubblici e del privato sociale operanti nel settore delle dipendenze.
Al Comitato compete altresì il supporto ai competenti assessorati per l'organizzazione e la realizzazione, almeno una volta ogni tre anni, di una Conferenza regionale degli operatori del sistema dei servizi pubblici e del privato sociale con la finalità di favorire la più ampia partecipazione degli operatori, di evidenziare le buone prassi esistenti nel territorio regionale sui temi della tossicodipendenza da sostanze illegali, sull'efficacia del sistema dei servizi.

La rete dei servizi residenziali e semiresidenziali

Il riordino delle strutture semiresidenziali e residenziali, sia a gestione pubblica che degli Enti Ausiliari, avviato dal 2003, ha perfezionato la specificità dei servizi e si è dimostrato di fondamentale importanza nel percorso di cura e riabilitazione per le persone con problemi di tossico–alcoldipendenza.
Tutte le strutture, sia pubbliche che degli Enti Ausiliari, hanno raggiunto l'adeguamento ai requisiti minimi strutturali, organizzativi e funzionali previsti, così che sono regolarmente autorizzate tutte le strutture che operano sul territorio regionale. In virtù di questo risultato, possiamo affermare che, ad oggi, la Toscana è l'unica regione d'Italia ad aver concluso un percorso di riordino così complesso che, con un quinquennio di lavoro comune tra operatori pubblici e privati ha prodotto, quale ulteriore risultato, un'approfondita ed estesa conoscenza dei punti di forza e delle criticità del sistema.

Gli interventi di bassa soglia

Con riferimento a quanto previsto dal PISR 2007–2010 e nel PSR 2008-2010 "Gli interventi a bassa soglia", è stato dato un forte impulso programmatico regionale su tali interventi che, in particolare per quanto concerne i soggetti tossico/alcoldipendenti, si è concretizzato con progettualità specifiche sviluppatesi in quelle aree territoriali (Firenze, Pisa, Livorno) dove il fenomeno è più presente.

La rete informativa e l'osservazione epidemiologica regionale

La Regione Toscana, con una precisa scelta tecnico–metodologica e di innovazione tecnologica, ha realizzato da anni un articolato sistema di verifica e di valutazione degli interventi dei SERT con particolare cura per la formazione degli operatori sulla raccolta, elaborazione e utilizzo dei dati (cartella elettronica SIRT). La cartella elettronica SIRT è divenuta il principale strumento per la gestione unificata dei percorsi assistenziali da parte di tutti i soggetti pubblici e privati operanti in Toscana ed il sistema regionale, allineato anche con il Sistema Informativo Nazionale sulle Dipendenze (SIND), è stato certificato come conforme rispetto a quanto richiesto dall'Osservatorio europeo.
Il fabbisogno di dati e informazioni per la ricerca epidemiologica e per il monitoraggio di efficienza e di efficacia dei servizi impongono di mantenere un elevato livello di integrazione tra il nuovo sistema informativo e le strutture preposte al monitoraggio, studio ed intervento sulle dipendenze.
A tale scopo è già stato prodotto un insieme di indicatori, alimentati dall'enorme patrimonio informativo prodotto dal SIRT e funzionali al governo del sistema regionale e locale delle dipendenze La sfida del prossimo triennio consiste nel portare a regime l'utilizzo degli indicatori per far sì che i dati raccolti siano adeguatamente valorizzati, a fini conoscitivi e gestionali, sia per soddisfare le sempre maggiori richieste di approfondimento della conoscenza del fenomeno sia per orientare le scelte programmatiche in modo più mirato ed appropriato ai bisogni ed alla loro continua evoluzione.

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

- *I SERT*

L'Organizzazione dei servizi per le dipendenze e la partecipazione

Sul territorio regionale sono attivi 40 SERT (più di uno in ogni Zona-Distretto).
I requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi per l'accreditamento istituzionale dei SERT sono disciplinati dalla Deliberazione del Consiglio regionale n. 70 del 19 luglio 2005.
Le Aziende USL e le Società della Salute adottano i necessari atti affinché i SERT assicurino la disponibilità dei principali trattamenti relativi alla cura, riabilitazione e reinserimento sociale delle persone con problemi di uso, abuso e dipendenza da sostanze stupefacenti legali e illegali e da dipendenza senza sostanze, nonché la prevenzione e la cura delle patologie correlate, anche in collaborazione con altri servizi specialistici, e svolgano le funzioni ad essi assegnati da disposizioni regionali e nazionali.
I SERT sono riconosciuti come strutture complesse qualora abbiano un'utenza in trattamento con dipendenze da sostanze illegali e legali non inferiore alle 400 unità.

- *I Dipartimenti delle Dipendenze*

Le Aziende USL, al fine di assicurare l'omogeneità dei processi assistenziali e delle procedure operative nonché l'integrazione tra prestazioni erogate in regimi diversi, si avvalgono dei Dipartimenti di coordinamento tecnico delle dipendenze.
Il Dipartimento è coordinato da un professionista nominato dal Direttore Generale, in base alle vigenti norme.
Il Coordinatore del Dipartimento partecipa ai processi decisionali della direzione dell'Azienda USL e delle Società della Salute nelle forme e con le modalità stabilite nei rispettivi atti.
Nelle Aziende USL monozonali il coordinatore del Dipartimento coincide con il responsabile del SERT.

- *I Comitati delle Dipendenze*

Al fine di realizzare una cooperazione improntata all'ottimizzazione della rete degli interventi del pubblico, degli Enti Ausiliari e degli organismi rappresentativi del Terzo Settore nell'ambito delle risposte preventive, di cura e reinserimento sociale e lavorativo per le persone con problemi di dipendenza è costituito in ogni Azienda USL il Comitato delle Dipendenze.
Il Comitato è lo strumento di supporto alla programmazione territoriale per le azioni di governo nel settore delle dipendenze.
È presieduto dal coordinatore del Dipartimento delle Dipendenze ed è composto, oltre che dai rappresentanti dei servizi pubblici e del privato sociale operanti nel settore, da soggetti rappresentativi delle realtà locali interessate alle azioni di contrasto alle droghe ed alle dipendenze (Uffici territoriali del Governo–Prefetture, Questure, Forze dell'Ordine, Amministrazione Penitenziaria, Istituzioni scolastiche, Cooperative e associazioni di mutuo–auto–aiuto).
Il Comitato del Dipartimento delle Dipendenze supporta le Società della Salute e l'Azienda USL nel coordinamento e nella verifica delle attività di prevenzione, diagnosi, cura e reinserimento sociale e lavorativo nel settore delle dipendenze e opera per favorire l'integrazione operativa tra servizi pubblici e del privato sociale nella copertura dei servizi esistenti e sull'attivazione di eventuali nuovi servizi.

Il Comitato Regionale di Coordinamento sulle Dipendenze

Al fine di favorire il consolidamento della rete del sistema integrato regionale dei servizi rivolti a fronteggiare le dipendenze, di realizzare strategie di intervento condivise ed uniformi nei vari ambiti territoriali, di elaborare piani di rilevanza interaziendale e regionale, la Giunta regionale ha costituito il Comitato Regionale di Coordinamento sulle Dipendenze.
Il Comitato ha funzioni di rilevazione dei bisogni, verifica sull'adeguatezza degli interventi e supporto tecnico all'azione di governo della Giunta regionale.
È presieduto dal Direttore Generale del Diritto alla Salute o suo delegato e ad

esso partecipano rappresentanti dei servizi pubblici e del privato sociale operanti nel settore delle dipendenze.

Al Comitato compete altresì il supporto ai competenti assessorati per l'organizzazione e la realizzazione, almeno una volta ogni tre anni, di una Conferenza regionale degli operatori del sistema dei servizi pubblici e del privato sociale con la finalità di favorire la più ampia partecipazione degli operatori, di evidenziare le buone prassi esistenti nel territorio regionale sui temi della tossicodipendenza da sostanze illegali, sull'efficacia del sistema dei servizi.

La rete dei servizi residenziali e semiresidenziali

I posti in comunità residenziali e semiresidenziali autorizzati e convenzionati con le Aziende USL nell'anno 2009 sono 1109 di cui 950 gestiti da Enti Ausiliari e 159 a gestione diretta delle Aziende USL).

Le equipe alcologiche

In ogni SERT è attiva una Equipe Alcologica. Nell'anno 2009 risultano operative 40 equipe alcologiche. A livello regionale è presente il Centro Alcologico Regionale.

I Centri Antifumo

In ogni Azienda USL è attivo almeno un Centro Antifumo (nell'anno 2009 risultano operativi 27 Centri Antifumo ubicati sia in ambito ospedaliero che a livello territoriale presso i SERT).

Nel corso dell'anno 2009 sono state realizzate le seguenti azioni/attività:

- costituito il Comitato Regionale di Coordinamento sulle Dipendenze;
- sottoscritto un Protocollo di Intesa tra la Regione Toscana e il Coordinamento regionale degli Enti Ausiliari della Regione Toscana che innova il precedente Patto di collaborazione sottoscritto nel 1998 e che ha definito il sistema tariffario per le prestazioni residenziali e semiresidenziali per gli anni 2009 e 2010;
- sottoscritto un Protocollo di Intesa tra la Regione Toscana, il Coordinamento Toscano Comunità di Accoglienza, le Società della Salute di Pisa e Firenze, la Conferenza dei Sindaci di Livorno per attività e azioni sul versante della marginalità sociale e della riduzione del danno;
- sottoscritto un Protocollo di Intesa tra la Regione Toscana, l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi, l'Azienda USL 8 di Arezzo, l'Azienda USL 10 di Firenze, l'Azienda USL 7 di Siena e la Provincia di Lucca, per il rafforzamento dei Centri di Documentazione sulle Dipendenze (RETECEDRO);
- emanate linee di indirizzo per la prevenzione e cura delle persone con problemi di Gioco d'Azzardo Patologico,
- emanate linee di indirizzo per la prevenzione dei problemi alcolcorrelati;
- ampliata la sperimentazione regionale degli inserimenti lavorativi per persone con problemi di tossico/alcoldipendenza;
- avviate 5 sperimentazioni regionali per la cura delle persone con problemi di uso, abuso e dipendenza da cocaina;
- promossi e finanziati i master universitari di Firenze e Pisa sulle dipendenze;
- partecipazione alla V Conferenza Nazionale sulle Droghe di Trieste;
- organizzazione e partecipazione al Convegno promosso dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e P.A. sulla Governance nelle Dipendenze di Torino;
- coordinamento del gruppo tecnico interregionale tossicodipendenze istituito in seno alla Commissione Salute delle Regioni e P.A.;
- proseguito il processo di accreditamento dei SERT;
- implementato e sviluppato il Sistema Informativo Regionale sulle Dipendenze Patologiche (SIRT) con l'approvazione della tabella di classificazione delle prestazioni del sistema integrato regionale delle dipendenze;
- promosse e finanziate numerose progettualità/azioni per la prevenzione,

la cura, il reinserimento sociale e lavorativo nell'area delle Dipendenze da sostanze illegali, legali (alcol e tabacco) e da dipendenza senza sostanze (GAP) nonché per la promozione di stili di vita sani.

C) Principali prospettive emerse nel 2009 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

L'impegno programmatico profuso dalla Regione Toscana, si è concretizzato in alcune realtà territoriali che sono divenute veri e propri punti di eccellenza per il modello organizzativo, mentre altrove sono state riscontrate difficoltà che hanno ostacolato un'omogenea applicazione del modello nell'intero territorio regionale.

Tali difficoltà possono così riassumersi:

- aumento assai rilevante delle persone in cura ai servizi; tale incremento, cui si associa un diverso e più dinamico approccio diagnostico terapeutico, in alcune realtà non è stato affiancato da un parallelo e adeguato potenziamento delle risorse necessarie;
- istituzione del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali nel quale è confluito anche l'ex Fondo Nazionale per la Lotta alla Droga, privando così di fatto il settore di risorse economiche finalizzate per la realizzazione di interventi organici e innovativi, soprattutto a livello locale;
- progressiva diminuzione dei trasferimenti statali agli enti locali a fronte di un aumento delle competenze degli stessi e delle risposte socio-assistenziali e socio-sanitarie da garantire;
- difficoltà operative legate alle recenti modifiche dell'assetto organizzativo del sistema socio-sanitario regionale (Società della Salute, Aree Vaste);
- disomogeneità da parte delle Aziende USL nell'applicazione delle disposizioni regionali; le criticità maggiori sono state riscontrate nelle Aziende USL dove non sono stati costituiti i Dipartimenti delle Dipendenze;
- permanere in molte parti della società civile e dei servizi di uno stigma delle dipendenze come comportamenti devianti, immorali, criminali; tali orientamenti contribuiscono a ritardare l'accesso ai servizi, ad impedire diagnosi precoci e a deresponsabilizzare i pazienti verso le cure;
- notevole incremento e diffusione delle droghe, legali e illegali, con nuove modalità e abitudini di consumo in particolare nelle fasce giovanili.

Per rimuovere tali difficoltà la Regione Toscana intende agire nel corso dell'anno 2010 attraverso le seguenti azioni:

- avviare un percorso di condivisione a livello di Azienda USL e di Zona-Distretto (SdS) sulle politiche per le dipendenze e sui servizi dedicati sia attraverso incontri specifici che all'interno del Comitato Regionale di Coordinamento sulle Dipendenze.
- Stimolare le Direzioni Aziendali alla costituzione dei Dipartimenti delle Dipendenze e dei Comitati delle Dipendenze nelle Aziende USL dove non sono ancora presenti.
- Avviare una forte azione regionale per la prevenzione delle sostanze legali (alcol e tabacco).
- Avviare una collaborazione più strutturata e formalizzata con l'ARS e con il CAR per la ricerca, l'innovazione, l'informazione e l'osservazione epidemiologica regionale.
- Inserire nel Nomenclatore Tariffario Regionale le prestazioni erogate dai SERT.
- Ampliare la sperimentazione regionale sugli inserimenti lavorativi e renderne il modello stabile e con finanziamenti certi dedicati.
- Valutare e rendere stabili le varie sperimentazioni regionali avviate

(GAP; Alcol; Cocaina; Tabacco, Prevenzione. Riduzione del Danno).
- Ridefinire la rete dei servizi residenziali e semiresidenziali e il relativo sistema tariffario attraverso un rafforzamento della concertazione e integrazione tra Regione/Servizi Pubblici/Enti Ausiliari.

V.2.3.15. Regione Umbria

A) Strategie e programmazione attività 2009 (o orientamenti generali)
Tra le attività regionali sviluppate nel 2009 nell'area delle dipendenze, sono da evidenziare alcuni ambiti di particolare rilevanza:

Programmazione regionale

Nel 2009 sono stati elaborati ed approvati il Piano Sanitario Regionale 2009-2011 ed il Piano Sociale Regionale 2010-2012, che trattano entrambi, in maniera coerente, il tema delle dipendenze. In particolare, per quanto riguarda il Piano Sanitario Regionale, il tema delle dipendenze è inserito tra le azioni prioritarie individuate per il prossimo triennio; attraverso percorsi di confronto ampiamente partecipati, che hanno visto il coinvolgimento di tutti gli attori impegnati a vario titolo nel campo, sono stati definiti:
- le linee generali di intervento,
- le priorità di azione
- gli elementi fondamentali per la riorganizzazione del sistema di intervento.

Priorità di salute pubblica: campagna di prevenzione della mortalità per overdose

Sono proseguite le attività rivolte alla prevenzione dei decessi per overdose, avviate negli anni precedenti sia per iniziativa regionale che nell'ambito di progetti nazionali.
I dati relativi alla mortalità per overdose, infatti, hanno posto per anni (fino al 2007) la Regione Umbria tra i territori maggiormente interessati dal fenomeno; al 31 dicembre 2009, i dati risultano, rispetto al 2007, praticamente dimezzati.
Oltre al monitoraggio continuo del fenomeno, sono state attivate le seguenti azioni:
- azioni di collaborazione interistituzionale
- potenziamento degli interventi di riduzione del danno
- campagna informativa diretta ai target a rischio, ai familiari, ai potenziali testimoni di overdose, associata alla distribuzione di naloxone fl.
- azioni integrate tra i servizi coinvolti (Servizi di emergenza-118, Ser.T, Unità di strada).

Formazione

E' stato definito, attraverso un percorso partecipato e sulla base dei bisogni formativi evidenziati, e quindi realizzato, il corso di formazione regionale "Il fenomeno cocaina: chiavi di lettura e strumenti per un approccio integrato", che ha visto la partecipazione di circa 120 operatori, afferenti a servizi sociosanitari di diversa tipologia sia pubblici che del privato sociale accreditato, e ad altre istituzioni interessate al tema.

Innovazione del sistema di intervento

Sono state sviluppate iniziative di confronto e lavoro comune in ambito interistituzionale, in particolare sul tema della prevenzione selettiva, poiché tale strategia di intervento, articolata secondo le indicazioni dell'EMCDDA, appare la più idonea in relazione agli obiettivi di intercettare precocemente i fenomeni problematici emergenti ed offrire risposte specifiche adeguate ai bisogni ed ai linguaggi di target molteplici.

Attività di livello regionale

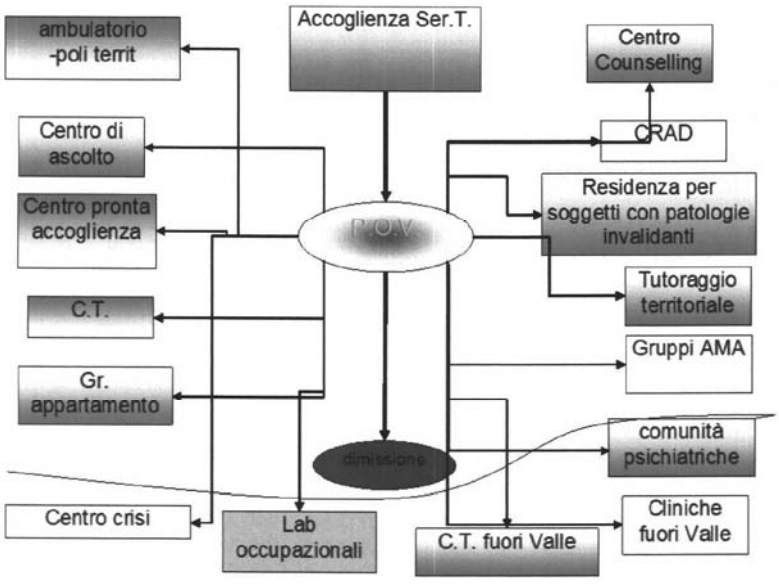
E' stata assicurata la partecipazione costante alle attività di confronto e coordinamento interregionale, in particolare nell'ambito del Coordinamento tecnico interregionale e, sul piano operativo, attraverso la partecipazione a numerosi progetti nazionali.

V.2.3.16. Regione Valle d'Aosta

A) Strategie e programmazione attività 2009 (o orientamenti generali)
La configurazione del sistema regionale definito nell'Atto di riordino approvato dalla Giunta Regionale il 21 dicembre 2007 con delibera n. 3747 è l'ultimo passaggio di un processo di riorganizzazione che la Regione Valle d'Aosta ha sviluppato con una serie di provvedimenti.
L'Atto di riordino di cui alla DGR n. 3747 del 21 dicembre 2007:

- riconosce centralità alla persona, non disgiunta dalle esigenze della collettività (dalla famiglia agli altri committenti fino alla società civile), obbligando ad un cambiamento concettuale, terminologico e metodologico che porti a superare un approccio centrato sui servizi. Ne è derivata la necessità di un cambiamento forte da un insieme di servizi o trattamenti, ad una rete di servizi nella quale i processi di collaborazione sono espliciti e costruiti in modo partecipato
- individua una articolazione più ampia di proposte e di programmi, a vari livelli di accesso considerando le dipendenze patologiche come il risultato di un complesso intreccio di fattori individuali, biologici, psicologici, pedagogici, sociali e culturali, che producono quadri diversificati di patologie
- sostituisce le categorie di servizi e i relativi standard della precedente programmazione risalente al 2003 con nuove tipologie di unità di offerta e relativi standard introducendo in particolare un servizio di "tutoraggio" territoriale
- approva la programmazione regionale relativa alla quantità di posti da attivare per ciascuna tipologia di servizi, nonché le relative tariffe.

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)
Dalla programmazione è emersa una rete di servizi rappresentabile con la figura seguente. Non si tratta della rete già esistente ma della rete alla quale tendere. Alcuni servizi infatti già sono attivi, altri vanno ridisegnati, altri vanno progettati ex-novo, per altri ancora vanno coinvolti altri attori oltre a quelli esistenti.



La rete dei servizi da raggiungere

Il gruppo P.O.V. è una modalità organizzativa di coordinamento fra i servizi pubblici e privati ed è guidato dal direttore del Ser.T. o suo delegato, non è quindi un servizio, e per il suo funzionamento richiede che i servizi coinvolti propongano

referenti tecnici:

- competenti e orientati allo studio dei nuovi fenomeni,
- che garantiscano continuità di presenza così da favorire la costruzione di un clima di collaborazione stabile, la costruzione di relazioni di fiducia consolidate e un linguaggio comune all'interno del POV,
- che abbiano potere di assumere decisioni per conto del proprio servizio in relazione alla presa in carico dei casi discussi.

C) Principali prospettive emerse nel 2009 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

Ogni modello organizzativo come va accompagnato nel suo processo di costruzione così richiede di essere sostenuto nella fase di implementazione anche se la qualità della partecipazione deve dare i suoi frutti in questa seconda fase.

Ma l'implementazione non va letta come attuazione pedissequa dei dettati, come traduzione operativa, acritica delle decisioni. La fase di implementazione deve essere una fase connotata dalla cultura del miglioramento continuo e quindi della tensione all'apprendimento, allo sviluppo della qualità. Lo sviluppo della rete è un processo continuo nel quale sono attive in contemporanea azioni di progettazione, sperimentazione, messa a regine e valutazione.

In questa prospettiva sono stati individuati alcuni fronti sui quali il presidio deve essere particolarmente attento.

Quattro sono i fronti da presidiare:

- Il governo della programmazione regionale
- Il governo del processo di cura
- Lo sviluppo della qualità dei servizi
- La prevenzione

V.2.3.17. Regione Veneto

A) Strategie e programmazione attività 2009 (o orientamenti generali)

Fra i determinanti dello stato di salute i seguenti tre fattori rappresentano sia una minaccia sia una sfida al Sistema socio sanitario del Veneto.

Il consumo di tabacco costituisce di gran lunga il più importante fattore di rischio per la salute, in particolare per le malattie cardio-vascolari, neoplastiche e respiratorie. Purtroppo il fenomeno della riduzione tra gli adulti è stato compensato dal recente aumento del consumo annuale di tabacco tra i giovani che coinvolge circa 1/3 della popolazione veneta di 15-54 anni, senza sostanziali differenze di genere, ad eccezione di quelle rilevate tra i soggetti più giovani di 15-24 anni, tra i quali le prevalenze riferite al collettivo femminile risultano superiori a quelle dei coetanei.

Ciò costituisce la più forte minaccia ai progressi ottenuti relativamente allo stato di salute della popolazione veneta.

Il consumo di alcol si è ridotto bruscamente e sostanzialmente dagli anni '60 e non rappresenta più una delle cause principali di morte precoce e disabilità anche se possono e devono ancora essere fatti progressi. Similmente al tabacco, però, il consumo e quindi inevitabilmente l'abuso di alcol tra le giovani generazioni è cresciuto nel corso degli ultimi anni.

Il consumo di eroina e altre sostanze psicoattive nelle giovani generazioni rimane una minaccia considerevole per la salute. Più recentemente l'uso di cocaina, ecstasy ed altre droghe sintetiche si è diffuso rapidamente.

Ciò ha determinato l'Amministrazione regionale a sviluppare il *Progetto Dipendenze 2009*, al fine di consolidare i buoni risultati raggiunti ed affrontare le problematiche emergenti.

Il Progetto definisce gli obiettivi e le strategie delle azioni regionali per il corrente esercizio.

Per le finalità di cui sopra, il Progetto individua le aree e le azioni prioritarie

d'intervento, i criteri per l'organizzazione e lo svolgimento delle attività sanitarie e sociali, indicando, altresì, le modalità della loro integrazione e precisando anche i rapporti con gli enti locali, le famiglie e tutti i soggetti pubblici e privati presenti nella comunità locale, in attuazione del principio di sussidiarietà. La Regione assicura le necessarie risorse per garantire sul territorio regionale i livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1 del decreto legislativo n. 502 del 1992 e all'articolo 22, commi 2 e 4, della legge 8 novembre 2000, n. 328.
Con questo atto, la Regione dà attuazione al Piano nazionale lotta alla droga e al Piano nazionale alcol, prevedendo, inoltre, di valutare gli orientamenti che saranno assunti dalla Consulta degli esperti e degli operatori sociali sulle tossicodipendenze (DPR 309/90), costituita con Decreto dell'11 dicembre 2008, della Presidenza del Consiglio dei Ministri, ai fini del loro recepimento per l'aggiornamento del presente Progetto.

Obiettivi: Proposta di PSSR, in fase di approvazione, alla valutazione dei bisogni

Le dipendenze connesse a particolari stili di vita.
L'obiettivo è contrastare le conseguenze di stili di vita fortemente condizionati da specifiche forme di dipendenza, che costituiscono rilevanti fattori di rischio per la salute, con particolare riferimento al fumo di tabacco, all'abuso di alcol e all'utilizzo di sostanze stupefacenti. Educare i giovani ad assumere comportamenti corretti e promuovere stili di vita sani, significa prevenire forme di dipendenza (es. abuso di alcol, utilizzo di stupefacenti), depressioni e disturbi del comportamento.
Le tre aree sulle quali vanno programmati interventi di ordine prioritario sono quelle relative al fumo di tabacco, all'utilizzo di sostanze stupefacenti e all'abuso di alcool.
Per quanto riguarda il fumo di tabacco, in Italia ogni anno si verificano 90 mila morti attribuibili al fumo di tabacco che è di gran lunga la prima causa di decesso evitabile nel nostro Paese. Il tabacco provoca più decessi di quelli legati all'alcool, all'AIDS, alle droghe illegali, agli incidenti stradali, ai suicidi e agli omicidi considerati assieme.
E' necessario condurre un efficace intervento integrato contro il fumo di tabacco attraverso:

- la promozione, sensibilizzando la popolazione ad una vita libera da fumo;
- la prevenzione, evitando che i giovani inizino a fumare;
- la protezione, difendendo i non fumatori dall'esposizione al fumo ambientale (fumo passivo);
- il trattamento, promuovendo la cessazione e aiutando i fumatori a smettere;
- lo studio e il monitoraggio dei programmi di prevenzione e controllo.

Per quanto riguarda l'uso di sostanze stupefacenti, esso sta assumendo proporzioni sempre più ampie e preoccupanti, soprattutto se si considera la forte diffusione che negli ultimi anni vi è stata di nuove sostanze con rituali di consumo socialmente più accettati e, assai di frequente, associati ad alcool e psicofarmaci. Resta grande, inoltre, la percentuale di persone che presenta tossicodipendenza da eroina e che, ad un'analisi tecnica approfondita, appare tutt'altro che ridotta od in via di contenimento.
Per fronteggiare questo fenomeno, la Regione del Veneto ha attivato un Sistema integrato preventivo assistenziale per le dipendenze da sostanze d'abuso che, grazie ad una rete capillare di servizi pubblici e privati accreditati, fornisce prestazioni di natura preventiva, terapeutico-riabilitativa e di reinserimento sociale e lavorativo.
Obiettivo generale è l'adeguamento del modello organizzativo di intervento per sostenere le persone che presentano rischio, uso o dipendenza da sostanze stupefacenti o psicoattive, in modo da renderlo in grado di prevedere e rispondere in maniera tempestiva ed adeguata all'evoluzione dei bisogni collegati all'emergere di nuovi tipi di droghe e diverse modalità di abuso.

La programmazione in materia individua le seguenti azioni in ordine di priorità:
prevenzione selettiva,
trattamenti innovativi riferiti a vecchie e nuove dipendenze con attenzione alle fasce adolescenziali
reinserimento socio lavorativo,
attività di informazione e sensibilizzazione

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

Ser.T, assistenza residenziale e semi residenziale C.T., Fondo lotta alla droga.

Le Risorse finanziarie

Le risorse assegnate alle Aziende ULSS nel 2009 , pari ad euro 25.000.000,00, per garantire i livelli di assistenza rapportati alla effettiva domanda per gli inserimenti in Comunità terapeutiche (residenziali, semiresidenziali ecc). *Gestione Fondo lotta alla droga: triennio 2009/2011, attraverso progetti pilota su linee d'intervento coerenti con gli obiettivi di salute individuati dalla programmazione regionale, da realizzare mediante coordinamenti e reti fra soggetti del Sistema* Ai fini di perseguire gli obiettivi in atto, per il triennio 2009 – 2011, con la DGR n. 456 del 28.02.2006, sono state definite le caratteristiche dei Piani Triennali di Intervento a valere sul Fondo Regionale di Intervento per la Lotta alla Droga per il triennio 2006/2008.
Riparto del Fondo: 2009, euro 3.150.000=

- 80%, euro 2.520.000, tra Ambiti Territoriali (ULSS) per la realizzazione dei "Piani triennali di intervento – Area dipendenze";
- 20%, euro 630.000, per la realizzazione di progetti di interesse regionale e, soprattutto, per l'avvio di sperimentazioni gestionali per nuovi modelli erogativi ed organizzativi, sviluppare azioni di risposta alla cronicità e analisi e ricerca, secondo principi di trasparenza e di pari diritto di partecipazione.

I Piani sono stati elaborati collegialmente dall'Azienda ULSS e dall'Esecutivo della Conferenza dei Sindaci, e attuati attraverso coordinamenti in un sistema a rete.
Aree in ordine prioritario di intervento:

- (30%), prevenzione selettiva
- (30%), trattamenti innovativi riferiti a vecchie e nuove dipendenze con attenzione alle fasce adolescenziali
- (30%), reinserimento socio lavorativo,
- (10%), attività di comunicazione ed informazione.

Azioni di supporto al progetto dipendenze 2009

L'apporto del Programma Regionale sulle Dipendenze (PRD), DDGGRR n. 3151 e n. 4557 del 2007, del Dipartimento per le Dipendenze dell'Azienda Sanitaria n. 20, viene stabilito con la delibera di approvazione del relativo piano annuale di lavoro e coordinato con le azioni del presente Progetto.

Sistema informativo regionale delle dipendenze

Il Sistema informativo regionale dipendenze deve costituire lo strumento per lo sviluppo di un approccio di rete che veda integrato il settore delle dipendenze con gli altri soggetti del Servizio Socio-Sanitario, allargato al Volontariato e al Non profit, al fine di garantire un approccio di presa in carico globale dei bisogni del singolo, in una dimensione a forte integrazione socio-sanitaria.
Il SIRD oltre alla Rete regionale delle dipendenze, deve garantire l'interoperabilità con i vari database: CNR, Ministero della Salute, Giustizia, Interni, in termini di garanzia e validità del dato e snellimento delle procedure di inserimento delle informazioni richieste.

Formazione

E' necessario realizzare un programma di formazione regionale sui temi delle dipendenze che preveda momenti di formazione specifici (ECM), per il personale dei Ser.T e delle Comunità terapeutiche, aventi come tema gli aspetti professionali del trattamento e della prevenzione.
In questo ambito è opportuno vengano compresi momenti di sensibilizzazione e di incontro tra tutte le componenti della rete di riferimento, caratterizzati dalla forte

impronta di esperienza di testimonianza.

Misurabilità e trasparenza del Sistema regionale per le dipendenze

Punto qualificante del Sistema è la sua misurabilità al fine di consentire il monitoraggio e la valutazione della capacità del sistema stesso di perseguire le linee strategiche indicate dalla Regione. In tal modo si assicura la possibilità di una reazione tempestiva per correggere eventuali deviazioni dalla direzione tracciata o malfunzionamenti dello stesso.

Questo principio informa tutto il processo di programmazione, dalla fase di definizione delle linee strategiche alla fase di elaborazione dei piani e programmi attuativi. La valutazione confronterà esplicitamente le azioni ed i risultati ottenuti con quelli previsti.

Pertanto, ogni strategia e programma dovranno prevedere un piano di valutazione che parta dalla loro traduzione in obiettivi misurabili, individui indicatori rilevanti e relativi strumenti informativi, per arrivare alla definizione del sistema di reporting.

I risultati della valutazione devono essere oggetto della massima diffusione nei confronti di tutti i portatori di interessi (stakeholder), attraverso mirati strumenti di comunicazione.

Verifica della sostenibilità del Sistema regionale per le dipendenze

La sostenibilità è intesa come capacità del sistema nel suo complesso di mettere in atto in modo non traumatico, equilibrato e partecipato le azioni strategiche previste dal PSSR.

Tenuto conto di questa ampia definizione si devono garantire:

- la sostenibilità economica, attraverso lo sviluppo di soluzioni al problema dell'adeguatezza e dell'utilizzo delle risorse, anche tenuto conto dell'andamento generale dell'economia e dell'invecchiamento della popolazione che nei prossimi anni accrescerà il trend di crescita dei costi del sistema socio sanitario;
- la sostenibilità sociale attraverso un processo di coinvolgimento attivo dei cittadini e delle istituzioni al fine della condivisione delle politiche di cambiamento e della partecipazione, sostegno e responsabilizzazione per la loro implementazione;
- la sostenibilità professionale, attraverso politiche ed interventi di formazione ed educazione degli operatori del SSSR a tutti i livelli che devono acquisire le competenze e gli strumenti per governare, organizzare, gestire ed attuare l'innovazione e il cambiamento. Parallelamente deve essere sviluppata una strategia di coinvolgimento di tutti gli operatori al fine di orientare l'attività di ogni giorno agli obiettivi strategici del SSSR.

Avvio di sperimentazioni gestionali per nuovi modelli erogativi ed organizzativi

Mediante:

- l'adozione delle migliori pratiche gestionali ed organizzative adeguate all'evoluzione sociale ed epidemiologica, delle conoscenze scientifiche e dei sistemi di cura (innovazione organizzativa);
- l'introduzione di metodiche, di tecnologie diagnostiche, terapeutiche e valutative di provata efficacia e condivise. Ciò a garanzia di una lettura oggettiva e documentata dei livelli di qualità assicurati dal processo riabilitativo (innovazione tecnologica biomedica);
- l'introduzione delle tecnologie informatiche e telematiche che promuovano la crescita qualitativa dei servizi (innovazione tecnologica informatica e telematica).

Nell'ambito delle sperimentazioni gestionali sarà valutata, da parte della Regione, l'opportunità di attivare le necessarie azioni di supporto:

- Buone prassi cliniche e miglioramento organizzativo
- Studi e ricerche
- Collaborazioni tecnico scientifiche e coordinamenti operativi
- Attività di reporting
- Comunicazione ed informazione

- Aggiornamento scientifico e formazione

I progetti di cui sopra saranno sottoposti all'attenzione della Commissione tecnico consultiva che ha partecipato alla definizione del progetto dipendenze.

Verifica nuove domande delle CT per autorizzazione all'esercizio

La verifica delle nuove domande delle CT avviene tramite il procedimento di cui alla L.R. 22/2002 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali", tenuto conto che la programmazione dei posti non incide direttamente sulla quantificazione della spesa che è, ora, determinata in relazione alla effettiva domanda di prestazioni.

Coordinamento regionale

Ai fini della attuazione e della verifica dei risultati conseguiti attraverso il presente Progetto, sarà costituito un Coordinamento regionale presieduto dalla Regione, mediante il Segretario regionale Sanità e Sociale, e composto di esperti delle strutture regionali competenti, delle Aziende, delle Comunità Terapeutiche e delle altre categorie che operano nell'area delle dipendenze. Il Coordinamento predispone, a tal fine, relazioni semestrali sullo stato di realizzazione delle attività in oggetto.

In questa prospettiva il privato verrà ad assumere un ruolo di effettiva complementarietà con il servizio pubblico, con un ruolo distinto, concorrente nella definizione/individuazione delle priorità definite dalla pianificazione locale.

Nell'ambito delle attività di coordinamento, vengono attivati gruppi di lavoro con il compito di approfondire, studiare, elaborare e formulare proposte nelle seguenti aree:

- Doppia diagnosi e applicazione dei protocolli,
- Formazione,
- Dipartimenti e rapporto pubblico privato-sociale,
- Alcologia e patenti di guida,
- Programmazione regionale e accreditamento istituzionale,
- Gioco d'azzardo patologico,
- Altre che si rendessero necessari in itinere (es. competenze dei Ser.T per la sicurezza negli ambienti di lavoro in riferimento a lavoratori con uso/abuso/dipendenza di alcol e sostanze psicotrope).

L'attuazione dei progetti indicati nel presente documento avverrà con l'apporto professionale della Commissione tecnico consultiva.

C) Principali prospettive emerse nel 2009 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

Il Sistema dei Servizi delle Dipendenze necessita di una definizione maggiormente precisa degli ambiti di intervento e della connotazione giuridica della componente pubblica e del privato.

L'articolazione territoriale del sistema deve avvenire attraverso una pianificazione triennale in relazione ai bisogni delle aree dipartimentali, assicurando ad ognuna i seguenti servizi essenziali:

- il ruolo del distretto e del medico di base,
- il coordinamento dei gruppi di auto – aiuto in funzione della prevenzione selettiva,
- l'attivazione di un servizio ambulatoriale con funzioni di supporto e accompagnamento per esigenze riferite alla diagnosi o alla valutazione del trattamento,
- servizi fissi o mobili, di prevenzione, di animazione del territorio in collaborazione con le agenzie educative territoriali,
- progetti di accompagnamento per situazioni e contesti cronicizzati,
- programmazione e coordinamento degli interventi territoriali nei settori dell'alcolismo e del tabagismo.

L'introduzione del concetto di "*programma terapeutico individualizzato*" che include le prestazioni ritenute necessarie e appropriate, collegato alla responsabilizzazione sulla gestione delle risorse economiche, dovrebbero

consentire alle Aziende di salvaguardare sia il livello essenziale di assistenza di cui trattasi sia la programmazione degli interventi sulla base dei finanziamenti assentiti.
Ogni progetto individualizzato, per la sua realizzazione, potrà prevedere l'erogazione integrata di prestazioni assicurate dai servizi pubblici e dal privato, per il quale ognuno dovrà garantire la propria parte di intervento. Per ciascun utente in carico ad un servizio deve essere individuato tra gli operatori un referente socio-sanitario (Case manager) Già previsto nel sistema di accreditamento.
Ciò implica una necessaria, maggiore e puntuale distribuzione nel territorio regionale di servizi, in grado di assicurare prestazioni specifiche e specialistiche dedicate a particolari tipologie di dipendenze.
Tali servizi potranno fare riferimento ad un bacino territoriale dimensionato sull'area vasta. Tale impostazione dovrà comunque salvaguardare la programmazione generale, la libertà di scelta del singolo e degli stakeholders relativamente al processo riabilitativo e al luogo di trattamento.

V.2.3.18 Provincia Autonoma di Bolzano

A) Strategie e programmazione attività 2009 (o orientamenti generali)

Istituita l'unità di coordinamento nel settore delle dipendenze

Nel luglio del 2009 la Provincia Autonoma di Bolzano, come previsto dalla Legge provinciale n.3 del 18 maggio 2006 "Interventi in materia di dipendenze", ha istituito "l'unità di coordinamento nel settore delle dipendenze", che rappresenta un importante strumento a favore dell'integrazione socio-sanitaria e della concertazione delle misure e degli interventi posti in atto a livello provinciale.
Il coordinamento è composto da cinque esperti rappresentanti dei settori più significativi: Servizi sanitari, Servizi sociali, Organizzazioni private e Uffici provinciali competenti e si avvale della collaborazione di rappresentanti delle istituzioni giovanili, della scuola, del mondo del lavoro, dell'economia e dei comuni.
Il suo compito è di:

- elaborare linee di indirizzo e piani di intervento;
- valutare e coordinare progetti di settore;
- garantire il coordinamento tra gli uffici provinciali che si occupano delle dipendenze in ogni aspetto ed il sistema dei servizi nella logica del lavoro di rete e dell'integrazione socio-sanitaria;
- monitorare il fenomeno.

B) Presentazione(Organizzazione e consumo sintetico delle principali attività)

I servizi sanitari e sociali, sia pubblici che privati, nell'anno 2009 hanno affrontato importanti sfide e hanno portato avanti processi di sviluppo e miglioramento del sistema:

Prevenzione

Nel settore della *prevenzione* è stata dedicata particolare attenzione allo sviluppo della campagna provinciale di sensibilizzazione per un consumo consapevole dell'alcol, con il motto "la comunità come forza di sostegno", con l'obiettivo di conferire particolare visibilità all'impegno con cui molteplici membri della nostra società combattono l'abuso dell'alcol.
E stato lanciato un nuovo "logo" come simbolo di identificazione di tutte le future iniziative realizzate a livello provinciale nel campo della prevenzione dell'alcoldipendenza.
Significativo è stato anche il risultato dell'indagine sulla campagna di prevenzione alcol realizzata per valutarne l'impatto sulla popolazione che ha attestato risultati positivi in merito alle misure finora poste in atto, con forte assenso e condivisione dei messaggi e delle immagini trasmesse.
Sono proseguite le offerte di sostegno e collaborazione specialistica a genitori, bambini e giovani in ambito scolastico e ad associazioni in varie forme con la

divulgazione di informazioni, di materiale stampato ed internet, di proposte di eventi informativi, l'accompagnamento di attività nell'ambito della promozione della salute, l'elaborazione e conduzione di progetti, lo sviluppo di concetti, la formazione e l'aggiornamento di moltiplicatori e esperti, contributi specialistici sui media ed informazione e consulenza sulle sostanze, sui comportamenti a rischio, sulle problematiche psico-sociali connesse rivolte a persone che usano sostanze, loro familiari e/o partner.

Cura e riabilitazione

Nell'ambito della *cura e riabilitazione* delle diverse forme di dipendenza, le misure adottate per garantire continuità assistenziale, qualità delle prestazioni ed impiego più efficace delle risorse hanno portato a:

- ridefinire il fabbisogno di posti letto nelle comunità terapeutiche per tossicodipendenti sul territorio provinciale anche in funzione della gestione di modelli clinici per pazienti con doppia diagnosi
- consolidare la collaborazione interistituzionale con il Commissariato del Governo per migliorare e professionalizzare ulteriormente gli interventi di prevenzione selettiva e mirata a favore dei giovani fermati dalle Forze dell'Ordine perché trovati in possesso di sostanze stupefacenti
- incentivare la collaborazione con il Centro di Riabilitazione "Bad Bachgart" per dare continuità ambulatoriale ai trattamenti di disassuefazione da alcol
- predisporre progettualità di intervento ambulatoriale e riabilitativo - anche in regime di degenza – a favore di pazienti con problematiche di gioco d'azzardo patologico.

L'anno 2009 ha segnato la fase operativa di implementazione nel Sistema dei Servizi per le dipendenze del software denominato "Ippocrate". Il progetto prevede di informatizzare entro il 2010 anche i servizi sanitari ad essi collegati con l'obiettivo di una rilevazione omogenea ed oggettiva dei dati clinico-gestionali .

Reinserimento sociale e lavorativo

Nel settore del *reinserimento sociale e lavorativo*, nel 2009 alcuni servizi sul territorio provinciale sono stati rinnovati e/o allargati: centro diurno di bassa soglia a favore di persone con problemi di dipendenza; laboratori protetti e riabilitativi a favore di persone con malattie psichiche e/o dipendenza.

E' stata anche elaborata una nuova Carta dei Servizi a favore di utenti con malattia psichica e/o dipendenza con l'obiettivo di informare la cittadinanza in merito ai compiti, agli obiettivi e al funzionamento dei servizi sociali, nonché alle modalità di accesso e di collaborazione con gli altri servizi del territorio.

Integrazione sociosanitaria: un gruppo di lavoro interistituzionale, coordinato dai competenti uffici dell'Assessorato alla famiglia, sanità e politiche sociali, ha elaborato una convenzione tra la Provincia di Bolzano e il Ministero della Giustizia i quali, nell'ambito delle rispettive competenze ed in applicazione del Decreto legislativo sul riordino della medicina penitenziaria 22 giugno 1999, n. 230, si impegnano ad assicurare l'assistenza sanitaria e il reinserimento sociale e lavorativo dei detenuti in collaborazione con l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige ed i Servizi sociali.

Un documento di grande valenza per il settore delle dipendenze, è rappresentato inoltre dal "Piano di settore del Servizio per le dipendenze di Merano" quale strumento di pianificazione e concertazione degli interventi in quanto elaborato con l'appoggio e la collaborazione di una vasta rete di organizzazioni e di servizi sanitari e sociali, pubblici e privati.

C) Principali prospettive emerse nel 2009 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

Nel corso dell'anno 2009, l'unità di coordinamento e i servizi da essa rappresentati hanno concordato la necessità di

- ridefinire la politica sulle dipendenze per i prossimi anni, attraverso l'aggiornamento dei contenuti nel documento "Linee d'indirizzo" in

vigore dal 2003: prevenzione, cura e riabilitazione, reinserimento sociale e lavorativo, riduzione del danno e sicurezza.
- analizzare le modalità di riorganizzazione delle prestazioni in relazione alla necessità di mantenere l'attuale qualità, tenendo conto delle risorse disponibili, con particolare attenzione a problematiche emergenti quali gioco d'azzardo e alcol e a target particolarmente vulnerabili (giovani, persone con doppia diagnosi).
- informatizzare tutti i Servizi per le dipendenze e i servizi ad essi collegati, attraverso il sistema di rilevazione dati denominato "Ippocrate" per una raccolta di dati fra loro confrontabili e per una più efficace programmazione degli interventi di settore.
- elaborare i criteri di accreditamento per i servizi sociali nel settore dipendenze al fine di ottimizzare la qualità degli interventi.

V.2.3.19 Provincia Autonoma di Trento

A) Strategie e programmazione attività 2009 (o orientamenti generali)
A seguito delle elezioni provinciali sullo scorcio dell'anno 2008 è stata insediata la nuova Giunta provinciale e nel 2009 il nuovo Assessore alla Salute e politiche sociali ha dato avvio alla rivisitazione delle relazioni tra Amministrazione provinciale, Ser.T. aziendale ed enti ausiliari al fine di verificarne la funzionalità ed introdurre eventuali miglioramenti.

PAGINA BIANCA

Parte Sesta

Indicazioni generali

PAGINA BIANCA

CAPITOLO VI.1.

POSSIBILI INDIRIZZI PER IL PIANO DI AZIONE NAZIONALE

VI.1.1. Premessa

VI.1.2. Principi generale per una azione comune e coordinata

VI.1.3. Prevenzione

VI.1.4. Trattamento e prevenzione delle patologie correlate

VI.1.5. Riabilitazione e reinserimento socio-lavorativo

VI.1.6. Valutazione e monitoraggio

VI.1.7. Ricerca scientifica

VI.1.8. Legislazione e contrasto: droga e crimine

VI.1.9. Coordinamento, organizzazione e programmazione

VI.1. Possibili indirizzi per il Piano di azione nazionale

VI.1.1. Premesse

Le basi per i nuovi indirizzi:
1. i dati contenuti nella relazione al Parlamento
2. Il Piano di Azione Europeo
3. La V Conferenza sulle Droghe
4. Le indicazioni della Conferenza 2010 delle Nazioni Unite

1. Questa Relazione insieme al Piano di Azione Europeo per la lotta alla droga hanno fornito una serie di importanti indicazioni che possono sicuramente costituire la base per la stesura del piano di azione nazionale. Oltre a questo, nella V Conferenza Nazionale sulle Politiche Antidroga tenutasi a Trieste nel mese di marzo del 2009, gli operatori dei dipartimenti delle dipendenze (Sert e Comunità Terapeutiche), le Amministrazioni Centrali, le Regioni e le Province Autonome, le Amministrazioni Locali hanno tracciato precise linee di indirizzo e di orientamento tecnico scientifico per la realizzazione di strategie ed azioni concrete per i prossimi tre anni. Dall'analisi approfondita e condivisa tra i vari attori è scaturita una serie di attente e competenti considerazioni[1] che devono costituire la base vincolante per la preparazione del Piano di Azione Nazionale (PAN). Un'ulteriore fonte di informazioni strategiche è la Conferenza 2010 delle Nazioni Unite che ha ulteriormente consolidato alcune linee generali che sono state riprese, sviluppate ed adattate alla realtà italiana.

Coordinamento e confini

2. È bene ricordare che in relazione alla forte differenziazione degli interventi e delle strategie a livello delle singole Regioni in virtù della loro autonomia di programmazione ed azione, le droghe e le organizzazioni criminali che le gestiscono, non rispettano certo i confini regionali, provinciali o comunali. Così anche le malattie infettive correlate all'uso di queste sostanze. Gli spacciatori non conoscono la geografia italiana e non riconoscono le competenze e le autonomie dei vari territori. Proprio per questo è necessario ritrovare e mantenere nel futuro un'unità di intenti all'interno di un coordinamento nazionale più volte richiesto a gran voce proprio dalla V Conferenze Nazionale di Trieste. Riconoscere questo significa accettare un volere della comunità professionale e del volontariato di settore che in primo luogo ha sottolineato la grande differenziazione tra i vari sistemi regionali esistenti e i problemi derivanti, e, in secondo luogo ha richiesto che questa frammentazione possa cessare e debba essere risolta con un coordinamento nazionale vero ed efficace.

Andare oltre

3. È necessario pertanto andare oltre i vecchi schemi di programmazione parcellizzata e di organizzazioni che non sono coordinati nell'azione. È necessario introdurre principi innovativi e ritrovare soprattutto un agire comune scevro da ideologie e condizionamenti di parte.

Professionisti ed organizzazioni competenti e responsabili

4. Fondamentale sarà per dare una vera svolta nel nostro Paese, valorizzare sempre di più la necessità che a svolgere compiti di coordinamento, programmazione, formulazione di strategie e progettualità nazionali, siano professionisti competenti, in possesso di una formazione tecnico-specialistica adeguata al ruolo istituzionale e al compito che vengono chiamati a svolgere e in grado di ricoprire appropriati livelli di responsabilità ed in possesso di una corrispondente ed adeguata posizione professionale. È tempo oramai che anche il nostro Paese si allinei con quanto avviene a livello non solo Europeo ma anche internazionale, dove già da tempo si è abbandonata la logica "dell'incaricato ideologico"

[1] *Sintesi degli orientamenti espressi dagli operatori nelle 5° Conferenza Nazionale sulle tossicodipendenze.*

indipendentemente dalle competenze tecnico-scientifiche reali e dal livello professionale di responsabilità, e si è invece riconosciuta la necessità, assicurando così anche la stessa sopravvivenza del sistema, di valorizzare e promuovere professionisti del settore realmente in grado di affrontare il problema sulla base della formazione professionale presente, della sensibilità e dell'equilibrio dimostrato ma soprattutto della capacità di creare reti collaborative e progettualità coordinate avendo un livello istituzionale tale da permettere una piena assunzione di responsabilità delle proprie decisioni ed azioni.

VI.1.2. Principi generali per una azione comune e coordinata

Proteggere le future generazioni

5. Al pari e concordemente con tutti i paesi Europei, vi è la necessità di realizzare un piano di azione nazionale che nasca dall'imperativa necessità di avere indicazioni generalizzate e generalizzabili per la definizione degli interventi antidroga al fine di proteggere le future generazioni dalla tragedia della tossicodipendenza, riconoscendo che questo, anche nel nostro Paese così come in tutti gli altri Stati europei, è fondamentale per affrontare in modo coordinato ed efficace il problema della diffusione e dell'uso delle droghe.

Un approccio integrato e bilanciato

6. Il nostro Paese si dovrebbe impegnare, al pari degli altri Paesi Europei, a rispondere al problema della droga attraverso un approccio integrato tra la riduzione della domanda e dell'offerta di droga sulla base dei principi di responsabilità condivisa e di proporzionalità, in piena coerenza con i principi fondamentali della dignità di tutti coloro che sono toccati dal problema globale della droga, compresi i tossicodipendenti, e nel pieno rispetto delle libertà fondamentali e dei diritti umani. A questo proposito, però, si ribadisce che la legislazione italiana, ma ancora prima i principi etici che sottendono le azioni di prevenzione, cura e riabilitazione non riconoscono come diritto della persona il "diritto a drogarsi" sia per gli inequivocabili danni alla salute che questo può provocare sia per le conseguenze negative verso terze persone in contatto con chi usa queste sostanze, sia per le gravissime perdite sociali che questo comporta.

No alla discriminazione e alla stigmatizzazione

7. Per contro, sono da identificare precocemente e contrastare con fermezza tutte le eventuali forme di discriminazione e stigmatizzazione delle persone tossicodipendenti o che abusano di sostanze alcoliche, favorendo, invece, il loro accesso precoce alle cure e al reinserimento sociale.

Il coordinamento come elemento chiave

8. L'approccio di cui si sente l'esigenza e se ne condivide l'orientamento, anche seguendo le indicazioni provenienti dall'Unione Europea, è quindi di tipo integrato e multidisciplinare e si concentra su due principali settori di intervento: la riduzione della domanda e, la riduzione dell'offerta. Oltre a questo, sono da considerare come temi trasversali: la cooperazione, in quanto la natura globale del problema della droga richiede approcci regionali, nazionali, europei ed internazionali; il coordinamento, come elemento chiave per stabilire e condurre una strategia di successo contro le droghe; infine, la ricerca, l'informazione e la valutazione con una conseguente migliore comprensione del problema della droga e lo sviluppo di una risposta ottimale ad esso, incluse le chiare indicazioni circa i meriti e i difetti delle azioni delle attività intraprese.

9. La strategia italiana deve puntare quindi a ridurre il consumo di droga nel Paese soprattutto attraverso le attività di prevenzione e, allo stesso tempo, a creare migliori condizioni di trattamento e riabilitazione dei soggetti con dipendenza. Per questo è necessario aumentare l'impegno nel più breve tempo possibile nella riduzione della domanda ma, contemporaneamente, mantenere alto il livello di contrasto dell'offerta attraverso la lotta alle organizzazioni criminali dedite al traffico e allo spaccio di sostanze illecite e al riciclaggio del denaro proveniente da tali attività.

Ridurre il consumo e contemporaneamente contrasto del traffico e dello spaccio

10. Si riconosce la necessità di investire in maniera bilanciata nella prevenzione, nel trattamento, nel recupero, ma contemporaneamente anche nel sistema delle sanzioni amministrative, in relazione all'uso personale, e della giustizia penale in relazione al traffico e lo spaccio di sostanze stupefacenti. Tutto questo evitando quindi la sanzione penale del tossicodipendente o del consumatore occasionale.

Il bilanciamento degli interverventi

11. Questo approccio equilibrato richiede, quindi, l'impegno coordinato e complementare delle attività di prevenzione, di trattamento, di reinserimento sociale e lavorativo, la contemporanea applicazione della normativa e delle azioni di contrasto.

Un approccio equilibrato

12. Per raggiungere un tale obiettivo è necessario un coordinamento e una cooperazione tra tutte le Amministrazioni Centrali, le Regioni e le Province Autonome, le Amministrazioni locali con un impegno che non può permettersi divisioni, frammentazioni e distonie nelle strategie e nelle azioni concrete, pena l'impedire o compromettere di fatto un'erogazione equanime, appropriata e di qualità degli interventi e delle offerte in ambito preventivo, terapeutico e riabilitativo alle persone tossicodipendenti e ai giovani particolarmente vulnerabili. Oltre a questo la mancata unitarietà di intenti e di azioni potrebbe comportare anche il consegnare il destino del nostro Paese alle organizzazioni criminali che gestiscono il traffico e lo spaccio della droga. Infatti, se non verranno realizzate azioni efficaci per la riduzione della domanda, l'offerta avrà sempre più terreno fertile per la sua crescita e la sua strutturazione organizzativa.

Coordinamento e cooperazione per una unitarietà di intenti

13. La lotta alla droga deve trovare, dunque, il costante e globale coinvolgimento di tutte le componenti della società civile e delle Amministrazioni coinvolte e responsabili, a vario titolo, della salute dei cittadini.

Un impegno di tutti

14. In questa strategia generale si dovrebbe collocare il nuovo piano di azione, volendo sottolineare la necessità di basarsi su programmi scientificamente orientati, bilanciati e centrati sulla collaborazione di tutte le componenti pubbliche e private a vario titolo chiamate a dare una risposta al problema droga nel nostro Paese.

Programmi scientificamente orientati

VI.1.3. Prevenzione

15. La prevenzione è da ritenere prioritaria e fondamentale per la riduzione della domanda di droga

Priorità

16. Tutte le sostanze stupefacenti sono da considerarsi pericolose per la salute psico-fisica e sociale dell'individuo e hanno un alto potenziale di evoluzione negativa in grado di compromettere l'integrità psicofisica

Sempre pericolose

delle persone e la loro armonica presenza nella società.

Policonsumo

17. Le attività di prevenzione devono essere strutturate considerando che il policonsumo di sostanze (vari tipi di droghe, ma soprattutto con alcol e tabacco) è ormai il comportamento prevalente di assunzione.

Interventi permanenti e su gruppi specifici

18. Le azioni di prevenzione devono essere particolarmente sostenute e mantenute nel tempo al fine di assicurare alla comunità ed in particolare ai giovani e ai gruppi sociali particolarmente vulnerabili ed alle loro famiglie (adolescenti con disturbi comportamentali, minori con comportamenti delinquenziali, emarginati senza fissa dimora, persone detenute, prostitute, donne in gravidanza, immigrati, etc.) ambienti sani e sicuri e quanto più possibile liberi dalle droghe.

Un problema di sanità pubblica a forte impatto sociale

19. Al fine di orientare correttamente le nostre azioni è necessario considerare la diffusione dell'uso delle sostanze stupefacenti anche come un problema di sanità pubblica, di sicurezza sociale e potenzialmente in grado di minare le basi della società civile, della sua stabilità e del suo sviluppo futuro.

La consapevolezza del rischio

20. Le azioni di promozione e di protezione della salute devono quindi essere dirette contro l'uso di tutte le sostanze stupefacenti in grado di interferire con le normali funzioni neuro-psichiche delle persone. Le azioni sopra menzionate devono, dunque, puntare a rendere la persona non soltanto consapevole dei rischi e dei danni derivanti dall'uso di droghe, ma devono anche, e soprattutto, proporre dei comportamenti e degli stili di vita migliori al fine di evitare tali eventi.

Uso di droghe come disvalore

21. Pertanto, l'uso di sostanze stupefacenti deve essere considerato e comunicato come un "comportamento inadeguato, da evitare in quanto mette a rischio la propria e l'altrui salute, l'integrità psichica e sociale nel suo complesso" e deve essere considerato per la persona un "disvalore e non un plus valore". Un comportamento, quindi, sicuramente da evitare o, se presente, da abbandonare per la piena valorizzazione dell'individuo.

Chiarezza nella comunicazione

22. La comunicazione sociale ed ambientale, nelle campagne di prevenzione, deve esplicitare in maniera costante, oggettiva e comprensibile tutti i danni ed i rischi derivanti dall'uso di sostanze stupefacenti e l'assoluta opportunità di evitarne l'assunzione ma, contemporaneamente, devono essere proposti e promossi stili di vita alterativi sani e gratificanti fin dalla prima infanzia. A tale proposito è necessario supportare e rinforzare il ruolo e la responsabilità della famiglia (ruolo genitoriale) e della scuola (ruolo educativo e formativo).

Prevenzione come investimento a lungo termine

23. La prevenzione risulta l'arma vincente su cui investire nel breve, nel medio e lungo termine, in maniera permanente e continuativa. Ciò in considerazione del fatto che vi è la necessità principale di promuovere e proteggere soprattutto il potenziale mentale e produttivo delle giovani generazioni.

Vulnerabilità, fattori di rischio e fattori protettivi

24. Dalle ricerche scientifiche, nazionali, europee ed anche internazionali, sono stati identificati diversi fattori di rischio che possono creare in alcuni individui uno stato di maggior vulnerabilità allo sviluppo di dipendenza. Alcuni di questi rischi sono geneticamente determinati, altri, ugualmente importanti, sono collegati alla sfera psicologica, educativo e socio-

ambientale di ogni singolo individuo. Analogamente, sono stati individuati al contrario fattori protettivi dell'individuo dal rischio di avere contatti con le sostanze stupefacenti e dalla dipendenza, tra cui, in primis, le cure parentali, un ambiente scolastico e sociale fortemente orientati alle politiche antidroga, dei modelli educativi impostati alla valorizzazione dell'individuo e delle sue abilità, della sua creatività ma, contestualmente, al rispetto delle regole. Questi fattori agiscono soprattutto durante la prima fase di vita (0-20 anni) e sono in grado di condizionare lo sviluppo cerebrale e comportamentale dell'individuo.

Uso di droghe e compromissione dello sviluppo cerebrale

25. Le ricerche scientifiche hanno dimostrato come lo sviluppo cerebrale dell'adolescente termina, di norma, la propria maturazione intorno ai 20 anni e che, in tale periodo, vi è una forte sensibilità alle sostanze stupefacenti. Proprio le droghe producono importanti disturbi nell'armonico sviluppo delle funzioni cognitive e dei sistemi neuro-biologici deputati al controllo dei comportamenti e ad importanti sistemi di funzionamento psichico come quello della gratificazione, della memorizzazione e dell'apprendimento, del decision making e del giudizio. Queste ricerche hanno mostrato, inoltre, che nell'età compresa tra 0 e 20 anni si sviluppano e si consolidano particolari proiezioni e connessioni nervose tra alcune importanti strutture, deputate all'attivazione delle reazioni emotive (sistema limbico) e altre strutture della corteccia cerebrale superiore, che regolano e controllano tali impulsi e reazioni (lobo prefrontale). La perfetta maturazione cerebrale comporta, quindi, una regolare maturazione di questi sistemi di connessione che saranno in grado di assicurare una buona e corretta relazione funzionale tra emozioni e controllo volontario, creando quel bilanciamento necessario ad una normale e gratificante vita sociale basata sulle relazioni con i propri simili, ben equilibrata tra gli impulsi emozionali e la propria volontà e responsabile dei comportamenti. Le ricerche scientifiche, poi, hanno dimostrato che la tossicodipendenza modifica strutturalmente e funzionalmente il cervello e che tali modificazioni restano a lungo anche dopo la sospensione dell'assunzione di sostanze, creando condizioni di rischio di ricaduta e di disfunzione dei normali processi neuro-cognitivi. Per questi motivi la programmazione delle attività di prevenzione deve tenere in forte considerazione gli studi sugli effetti delle sostanze stupefacenti sul cervello durante tutta la fase di evoluzione.

Uso di droghe e alterazione dei sistemi di regolazione e controllo del comportamento volontario

Uso di droghe e modificazioni della struttura e della funzionalità cerebrale

Verso una prevenzione selettiva

26. Nell'ambito degli interventi concreti le ricerche hanno anche mostrato come siano più efficaci campagne di prevenzione selettiva ed indicata, su gruppi ristretti, rivolte soprattutto ai gruppi di popolazione giovanile particolarmente vulnerabili e che coinvolgano contemporaneamente i loro genitori e gli insegnanti, rivolgendo una particolare attenzione alle giovanissime persone con disturbi precoci del comportamento.

Valorizzare l'approccio educativo

27. E' necessario sottolineare e valorizzare che in questo tipo di interventi preventivi svolge un ruolo determinante e fortemente condizionante la loro efficacia, l'esistenza e l'utilizzo di un approccio e di metodologie con orientamento educativo e psico-comportamentale. Questi interventi si sono dimostrati anche più sostenibili rispetto ad interventi universali e non specifici.

Precocità di intervento

28. Da alcuni anni si osserva il calo dell'età del primo utilizzo di droghe e questo comporta la necessità di anticipare sempre più l'inizio delle attività di prevenzione introducendo tali programmi già nell'età delle scuole elementari.

La cannabis e i suoi derivati: droghe pericolose

29. La cannabis continua ad essere la droga più usata e spesso la prima sostanza assunta dagli adolescenti che, successivamente, ne sono diventati dipendenti o hanno iniziato ad utilizzare droghe quali la cocaina e l'eroina. Il ruolo della cannabis come droga "gateway" (ponte verso altre sostanze) è dimostrato e risulta pertanto indispensabile non sottovalutare il rischio correlato all'uso di questa sostanza ancora erroneamente e superficialmente considerata "leggera".

Il ritardo della diagnosi e la necessità di intervento precoce

30. Il forte ritardo di diagnosi riscontrato relativamente all'uso di sostanze e/o dalla dipendenza dei giovani, comporta non soltanto gravi conseguenze mediche, ma anche psichiche e sociali per l'individuo. E', quindi, necessario concentrare l'attenzione su questo aspetto con specifici programmi di diagnosi precoce, sulle persone minori con il coinvolgimento attivo e diretto dei genitori e di tutte le agenzie educative con cui i ragazzi vengono in contatto (scuola, associazioni sportive, ecc.).

Anticipare la scoperta per intervenire prima e meglio

31. Pertanto, un fattore determinante nella prevenzione dello sviluppo della tossicodipendenza, fino ad ora fortemente sottovalutato e sotto utilizzato, è la possibilità di anticipare la scoperta dell'uso di sostanze da parte delle persone minorenni (early detection) al fine di poter instaurare un intervento correttivo precoce. Le osservazioni epidemiologiche hanno dimostrato che esiste un lungo periodo di tempo, con continua esposizione ai rischi e danni cerebrali delle persone che utilizzano sostanze stupefacenti, che va dal momento del primo uso di tali sostanze al momento del primo contatto con i servizi di cura. Questa inaccettabile situazione di rischio può perdurare anche per 4-8 anni con lo sviluppo di condizioni di vera e propria malattia, quale è la tossicodipendenza, in grado di compromettere irrimediabilmente la vita delle persone coinvolte in questo problema e di ridurre le possibilità di risoluzione della dipendenza. Risulta, dunque, indispensabile e prioritario attivare programmi di prevenzione che puntino alla scoperta precoce del problema nelle persone minorenni con l'attivazione contemporanea di interventi di supporto educativo e specialistico per le famiglie. E' noto, infatti, come l'instaurazione di interventi individuali in queste prime fasi di utilizzo di sostanze, per la minor refrattarietà al cambiamento comportamentale presente, aumenta la possibilità e la facilità di attivare cure ed interventi appropriati, meno invasivi, più accettati e maggiormente efficaci nel medio-breve termine. Questo consentirà anche di ridurre le drammatiche conseguenze e i costi della tossicodipendenza derivanti sia dal dover attivare opportune strutture e processi di cura, sia dalla riduzione del potenziale produttivo ed intellettivo della persona tossicodipendente.

Il drug testing professionale: un possibile alleato

32. Questa strategia preventiva comporta anche la promozione di attività di drug testing precoce, volontario e professionale (gestito da professionisti e non autosomministrato), con interventi di breve durata e, se necessario, l'invio della persona a programmi di trattamento. Queste attività di testing selettivo hanno più volte dimostrato di essere efficaci, consentendo l'interruzione precoce dell'uso di droghe prima che si instauri una grave dipendenza e condizioni di svantaggio sociale e di compromissione legale che complicherebbero il quadro ulteriormente.

Droga come principale fattore invalidante e causa di morte nei giovani

33. Per meglio orientare le strategie di prevenzione sui giovani, è necessario considerare che le prime cause di morte e di invalidità temporanea e permanente nella fascia di età compresa tra i 14 e i 18 anni sono da imputare all'uso di sostanze stupefacenti e agli incidenti alcol e droga

correlati. Alla luce di questa incontrovertibile evidenza, si riconosce il fatto che al contrario di altre patologie minori (per esempio, la scogliosi, il calo della vista, le carie dentarie, i problemi cutanei/estetici, ecc.) per i quali screening e testing preventivi vengono attuati quasi costantemente, non ci si preoccupa nello stesso modo per quella che è dimostrata essere la prima causa di morte in questa fascia d'età, attivando opportune forme di identificazione precoce del problema. Sembra quasi esista un "taboo" in ambito professionale che impedisce o, in qualche modo, ostacola l'attivazione di normali procedure di diagnosi precoce anche in questo ambito.

La prevenzione degli incidenti stradali alcol e droga correlati

34. Un problema che, infatti, è necessario affrontare è la prevenzione degli incidenti stradali droga e alcol correlati. Con alcune sperimentazioni condotte sul territorio italiano, si è potuto constatare che le percentuali di positività a droghe e/o alcol riscontrate sui guidatori sottoposti ad accertamenti nei fine settimana possono variare dal 15 al 60% in relazione anche alla presenza e numerosità sul territorio osservato di locali di intrattenimento. Questa minaccia per la pubblica sicurezza, di chi guida sotto l'effetto di droghe e/o alcol è legata agli effetti negativi che queste sostanze provocano su tempi di reazione, capacità motorie, capacità visive, percezione e sottovalutazione del pericolo, memoria procedurale, ecc. Va ricordato che l'alterazione di queste importanti funzioni cognitive che determinano l'abilità e la performance alla guida può essere presente e perdurare anche dopo parecchio tempo dall'assunzione delle sostanze stupefacenti (specialmente se abitudinaria) e non solo nell'immediata assunzione. In altre parole, si ritiene necessario cominciare ad introdurre nella valutazione della capacità alla guida, le evidenze derivanti dalle neuroscienze e relative alle disfunzioni neuro-cognitive documentate dopo l'uso di sostanze, in grado di permanere anche dopo 100 giorni, per esempio, dall'uso di cocaina e quindi con test bio-tossicologici negativi.

La prevenzione negli ambienti di lavoro

35. Infine, si ritiene prioritario attivare programmi di prevenzione anche all'interno degli ambienti di lavoro sia mediante la promozione di piani aziendali orientati a diffondere informazioni preventive sia mediante l'attivazione e il mantenimento del drug testing di lavoratori adibiti a mansioni a rischio. Questi accertamenti periodici[2], senza preavviso ed eseguiti secondo procedure tossicologiche standard e di qualità, possono creare un forte deterrente all'uso di sostanze stupefacenti ed alcoliche durante lo svolgimento di mansioni lavorative in grado di generare rischi e danni a terze persone se non eseguite in totale sicurezza e lucidità. Il riscontro di positività alle sostanze e/o dipendenza di questi lavoratori dovrà necessariamente portare alla messa in sicurezza di tali soggetti con la previsione dell'allontanamento temporaneo dalla mansione e contestualmente, però, l'offerta di opportuni trattamenti e la conservazione del posto di lavoro durante il periodo di cura, così come previsto dalla normativa di settore[3].

---

[2] *Già esplicitamente previsti per legge dall'Accordo Stato-Regioni del 3 ottobre 2007 "Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 n. 131 in materia di accertamento di assenza di tossicodipendenza"; Accordo Stato-Regioni del 17 settembre 2008 "Procedure per gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di sostanze stupefacenti o psicotrope in lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi. Applicativa del provvedimento del 30 ottobre 2007 n. 99/CU"*

[3] *DPR 309/90 "Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza e s.m.i.*

VI.1.4. Trattamento e prevenzione delle patologie correlate

36. Il trattamento è da ritenere, al pari della prevenzione, prioritario e fondamentale per la riduzione della domanda di droga. — Cure: priorità per la riduzione della domanda

37. Un principio di base per la definizione e la realizzazione di tutti i diversi tipi di trattamento deve essere quello di assicurare a tutte le persone tossicodipendenti un accesso precoce ed equanime alle cure, evitando quindi la cronicizzazione nello stato di tossicodipendenza, anche se in trattamento, rispettando quindi la loro dignità umana e il loro diritto ad avere una vita libera dalle droghe. — Accessibilità e equità

38. L'approccio terapeutico corretto ai problemi socio-sanitari droga correlati è di tipo integrato ed interdisciplinare e coinvolge l'ambito delle neuroscienze, psico-comportamentale, educativo, sociale e ambientale in termini di conoscenza dei meccanismi fisiopatologici di espressione comportamentale, e in termini di trattamento. Tale approccio deve contemplare contemporaneamente azioni coordinate sulle sostanze stupefacenti, sull'abuso alcolico e sull'uso di tabacco. — Approccio interdisciplinare, verso droghe, alcol e tabacco

39. La dipendenza da sostanze stupefacenti è una malattia che può facilmente cronicizzare, ma trattabile e guaribile. L'uso di sostanze stupefacenti e la dipendenza da queste comporta un'alterazione contestuale dei normali meccanismi di funzionamento neuro-psichico della persona. Tale alterazione è in grado di inficiare la capacità di giudizio, la consapevolezza del problema, le funzioni psichiche principali e la capacità di controllo dei comportamenti dell'individuo. È necessario partire dal principio che tutte le persone tossicodipendenti possono essere curate e guarire. — Tossicodipendenza malattia cronica ma trattabile e guaribile

Tutte le persone tossicodipendenti possono essere curate e guarire.

40. E' necessario aumentare e garantire un contatto precoce con le persone tossicodipendenti non ancora in trattamento e bisognose di cure, mediante una più agevole accessibilità ai trattamenti basati sulle evidenze scientifiche, ma, contemporaneamente su valori etici che considerino sempre la necessità di perseguire la totale riabilitazione e il completo reinserimento e autonomizzazione della persona nella società. — Curare per riabilitare e reinserire

41. E' vincolante per poter correttamente individuare ed applicare i trattamenti idonei della dipendenza da sostanze stupefacenti, far precedere la scelta di tali trattamenti da un assessment diagnostico standardizzato e scientificamente orientato iniziale di tipo multidisciplinare in grado di focalizzare e definire contemporaneamente, quindi, i problemi presenti in ambito medico, psicologico, educativo, sociale e legale. — L'importanza della valutazione diagnostica prima dei trattamenti e degli interventi

42. Il trattamento deve essere personalizzato e rispettoso dello stadio del cambiamento della persona, delle sue caratteristiche, della sua libera scelta del luogo e del modo di cura all'interno della gamma dei servizi offerti e leciti, presenti nei Servizi Sanitari del Paese. Qualsiasi percorso di trattamento si avvii dovrà prevedere contemporaneamente la tutela e la risoluzione dei problemi sanitari, sociali, educativi e legali. — Libertà di scelta e trattamento personalizzato e integrato

43. Pertanto, i trattamenti devono offrire il sostegno necessario per la stabilizzazione del problema della dipendenza e dei rischi correlati (overdose, malattie infettive, ecc.), a breve termine, ma nel medio lungo — Obiettivi differenziati a breve termine e a medio lungo termine

termine anche la riabilitazione nel senso del recupero di una vita piena, sana, autonoma e responsabile.

La prevenzione delle patologie correlate: doverosa e complementare al trattamento ma non alternativa

44. Contemporaneamente all'offerta di trattamento, si riconosce la necessità di strutturare strategie e programmi permanenti per la prevenzione delle patologie correlate, ed in particolare dei decessi droga correlati, dell'acquisizione e della diffusione di malattie infettive (con particolare riferimento a infezioni da HIV, epatiti, malattie sessualmente trasmesse, TBC, ecc.). Questi programmi fanno parte anche di una strategia globale contro l'HIV/AIDS di cui se ne riconoscono la priorità e l'importanza soprattutto in relazione all'obiettivo di migliorare l'accesso alla diagnosi precoce, alle opzioni di prevenzione contro l'HIV e ai trattamenti precoci antiretrovirali.

Valutazione continua

45. I trattamenti e gli interventi devono trovare costanti conferme mediante la valutazione sistematica e continua di sicurezza, efficacia in pratica, accettabilità, eticità, sostenibilità finanziaria e non ultima la "soddisfazione del cliente" (costumer satisfaction), mediante un monitoraggio ed una valutazione continua degli effetti in grado di fornire dati oggettivi e scientificamente accreditati.

VI.1.5. Riabilitazione e reinserimento socio-lavorativo

Riabilitazione lungo processo educativo

46. La riabilitazione delle persone con dipendenza da sostanze è un lungo processo educativo sempre possibile e da ricercare attivamente e costantemente sia per quanto riguarda lo sviluppo, il recupero e il mantenimento delle abilità sociali e relazionali della persona, sia per quanto riguarda le skills lavorative a garanzia del mantenimento della propria autonomia ed indipendenza.

Condizione preliminare per il reinserimento

47. La riabilitazione soprattutto in ambito relazionale è da considerarsi attività e condizione preliminare indispensabile e inevitabile per poter dar corso ad un vero e proprio reinserimento sociale e lavorativo.

La riabilitazione: un processo "incrementale"

48. È necessario distinguere la fase di riabilitazione da quella del successivo reinserimento sociale e lavorativo anche se strettamente correlate e spesso compenetrate. La prima fase è prevalentemente finalizzata alla costruzione delle condizioni di base per poter reinserire la persona tossicodipendente; la seconda fase è fortemente finalizzata all'autonomizzazione sociale e lavorativa della persona. Il processo terapeutico-riabilitativo è da considerarsi, quindi, un processo continuativo ed "incrementale" e cioè costituito da sequenze operative mutuo-supportive con un incremento della gradualità degli obiettivi verso l'autonomizzazione della persona, secondo la sequenza: aggancio precoce, trattamento intensivo iniziale, stabilizzazione del trattamento con contestuale riabilitazione e successivo reinserimento.

La riabilitazione: un processo integrato

49. Il trattamento, la riabilitazione e il reinserimento, quindi, non sono processi strettamente sequenziali ma "incrementali" l'uno dell'altro e fortemente integrati. Le attività di riabilitazione infatti possono e debbono iniziare già durante il trattamento cosi come quelle di reinserimento iniziano già durante la fase di riabilitazione. Il passaggio da una fase all'altra risulta graduale e, in un primo momento, compenetrato. Il tutto attraverso una sequenza di azioni di sperimentazione ("prove di volo") delle varie abilità da apprendere e sviluppare che, se ben dirette e di

successo, portano ad un rinforzo della fase di trattamento, di riabilitazione e di reinserimento.

50. La riabilitazione e il reinserimento sociale delle persone tossicodipendenti devono trovare una giusta e prioritaria considerazione fin dall'inizio dell'attivazione dei programmi di trattamento, sia per quanto concerne quelli ambulatoriali che quelli residenziali. — Reinserimento sociale

51. Il reinserimento lavorativo delle persone tossicodipendenti costituisce l'obiettivo e il punto di arrivo di tutti i trattamenti al fine di garantire l'autonomia, l'indipendenza e la possibilità di una reale e duratura reintegrazione nella vita e nella società delle persone tossicodipendenti. — Reinserimento lavorativo

VI.1.6. Valutazione e monitoraggio

52. Si sottolinea l'importanza di ottenere dati affidabili e comparabili connessi alla diffusione delle droghe, al loro utilizzo e alla loro composizione e variazione nel tempo. A questo proposito, si ritiene che il rafforzamento di un sistema nazionale ed integrato per raccogliere, monitorare, analizzare dati ed informazioni affidabili e comparabili connessi alla droga sia un elemento chiave per effettuare una corretta valutazione scientifica del problema nazionale della droga e delle risposte a livello regionale ad esso essenziali per l'ulteriore sviluppo e l'attuazione di politiche e interventi antidroga efficaci. — La valutazione elemento irrinunciabile

53. È necessario introdurre e promuovere sistemi permanenti presso i Dipartimenti delle Dipendenze per la valutazione dell'outcome (esiti dei trattamenti) al fine di poter disporre di dati ed informazioni relative all'efficacia in pratica delle cure sia per quanto riguarda i trattamenti ambulatoriali che quelli residenziali. La valutazione dell'outcome è fondamentale sia per la verifica e l'auto-correzione delle attività curative e riabilitative sia per la programmazione e l'individuazione delle strategie e delle azioni di sistema più appropriate e sostenibili. — Sistemi permanenti per la valutazione dell'efficacia in pratica

VI.1.7. Ricerca scientifica

54. Si riconosce la fondamentale importanza che anche in Italia ha la ricerca scientifica nel campo delle tossicodipendenze, ma in particolare delle neuroscienze, e delle necessità di sostenere e sviluppare tali attività con specifici progetti e finanziamenti. — Motore fondamentale

55. Si individua come orientamento programmatorio e criterio prioritario di finanziabilità la realizzazione di progetti in grado di creare network nazionali di collaborazione e coordinati su obbiettivi concreti, verificabili nei risultati raggiunti, scientificamente orientati e di pubblica utilità — Progetti nazionali e network di collaborazione

56. Vi è la necessità di incrementare la ricerca soprattutto nel campo delle neuroscienze e del neuroimaging ma anche nel campo delle scienze del comportamento, sociali ed educative con la raccomandazione che anche queste discipline attuino un approccio scientificamente orientato. — Neuroscienze ed addiction

VI.1.8. Legislazione e contrasto: droga e crimine

57. Il traffico e lo spaccio di droga si avvalgono di organizzazioni criminali con radici e collegamenti nazionali ed internazionali. E' ormai palese e dimostrato il collegamento esistente tra le organizzazioni produttrici e — Correlazione tra Droga, crimine e terrorismo

distributrici delle sostanze e le organizzazioni criminali, comprese quelle di stampo terroristico.

La consapevolezza del consumatore: uso e finanziamento del crimine organizzato e del terrorismo

58. I consumatori devono sviluppare la consapevolezza che l'uso di droga, anche personale, è sempre associato all'acquisto da parte dei consumatori di queste sostanze mediante l'entrata in relazione con le organizzazioni criminali. In questo modo si finanziano la criminalità organizzata, il terrorismo del traffico internazionale, sostenendo direttamente (anche con il loro piccolo contributo finanziario del fine settimana destinato al divertimento) attività illegali, violente e criminali. Tutto questo a discapito dei diritti fondamentali di molte persone oppresse e sfruttate, a volte uccise, da queste organizzazioni per il mantenimento dei loro poteri ed interessi.

Sanzioni amministrative e reati penali

59. Al fine di chiarire molti malintesi e strumentalizzazioni delle norme e delle regolamentazioni in vigore nel nostro Paese, è opportuno ribadire che l'uso personale di sostanze stupefacenti non comporta sanzioni penali ma solo sanzioni amministrative, e che, pertanto, il consumo di queste sostanze, oltre che dannoso per la propria ed altrui salute, è da ritenersi illegittimo e sanzionabile su base amministrativa. Al contrario, il traffico, la coltivazione e la produzione illecite, lo spaccio e tutte le altre azioni relativamente all'offerta di droghe, che non siano inquadrabili all'interno del consumo personale, sono da considerarsi nell'ambito penale e, come tali, punibili anche con l'arresto. Deve, quindi, risultare chiaro che l'attuale legislazione italiana non punisce penalmente il tossicodipendente in quanto consumatore, ma solamente coloro che violano la legge specifica in materia di droga per i casi esplicitamente previsti sopra menzionati.

Azioni prioritarie

60. E' necessario ribadire che le attività di prevenzione e contrasto dell'offerta sono fondamentali ed indispensabili all'interno di una strategia nazionale antidroga ma che tali azioni debbono essere supportate, nel rispetto dei propri ruoli e delle proprie competenze, da tutte le componenti sociali e le Amministrazioni competenti, nonché i singoli individui.

Collaborazione e supporto

61. Non vi è dubbio, infatti, che le Forze dell'Ordine, la Magistratura e l'Amministrazione penitenziaria, prime destinatarie di questa competenza, possano svolgere al meglio il loro ruolo se supportate, non solo dalla solidarietà delle varie componenti sociali verso il loro prezioso lavoro, ma anche da un'attiva e concreta azione di collaborazione e valorizzazione di quanto da esse svolto.

Miglior utilizzo degli affidamenti

62. Si ritiene necessario sviluppare forme sempre più rapide ed efficaci in relazione all'attivazione delle forme di carcerazione alternativa e affidamento in prova per reati commessi da persone tossicodipendenti (diagnosticate come tali attraverso l'applicazione di veri criteri clinici condivisi), in relazione al loro stato di malattia. E' quindi auspicabile sempre di più il ricorso alle forme di tutela, già ampiamente previste per legge, affinché le persone tossicodipendenti possano agevolmente e precocemente fruire degli interventi alternativi alla carcerazione presso le comunità terapeutiche o i servizi territoriali (se in grado di assicurare programmi ben strutturati e monitorati).

Più attenzione ai minori

63. A tal proposito, una particolare e prioritaria attenzione dovrà essere rivolta alle persone minori che per varie ragioni vengono coinvolte nel

circuito della giustizia in seguito allo svolgimento di attività criminali.

Traffico di droga e destabilizzazione delle istituzioni

64. Il traffico della droga ha raggiunto livelli estremamente preoccupanti e si avvale di organizzazioni criminali transnazionali che per assicurarsi la piena efficienza delle loro attività commettono atti estremi di violenza, corruzione, destabilizzazione delle istituzioni democratiche e degli Stati, violazione dei diritti umani, mettendo in forte crisi la sicurezza sociale e individuale.

Cooperazione internazionale

65. Per questo motivo è importante a questo livello intensificare anche le attività di cooperazione internazionale in modo da poter togliere risorse a queste reti criminali (denaro, armi, droga, ecc.) e contemporaneamente aumentare la comprensione di come queste organizzazioni funzionino, agiscano e siano collegate tra loro, partendo dalla produzione e risalendo fino al traffico, allo stoccaggio, alla distribuzione e alla vendita. Particolare collaborazione dovrà essere data ai quei Paesi africani, colpiti dal problema droga sia come paesi consumatori, sia come paesi di transito e stoccaggio di ingenti quantitativi di sostanze provenienti dai paesi produttori ed in partenza per i paesi europei consumatori.

Dichiarazione ONU sul traffico di droga nell'Africa occidentale

66. Tutto questo in relazione a quanto riportato anche dalla Dichiarazione del 2009 del Consiglio di Sicurezza dell'ONU relativamente alle nazioni dell'Africa occidentale, che purtroppo subiscono le conseguenze negative del traffico di droga legate soprattutto allo sviluppo della criminalità e della violenza. La cooperazione con questi Paesi, oltre ad essere doverosa ed eticamente dovuta, permetterà anche di avere benefici diretti sul nostro territorio nazionale riducendo il flusso di droga in entrata. Inoltre, l'Italia condivide e si attiene alle convenzioni internazionali in materia di sostanze stupefacenti[4].

Internet: La nuova frontiera dell'offerta di droghe

67. Si sottolinea l'importanza di sviluppare interventi e studi relativamente al fenomeno dell'offerta di sostanze stupefacenti, farmaci contraffatti e prodotti per la coltivazione e la produzione delle droghe via Internet. È necessario infatti creare sistemi nazionali permanenti di sorveglianza attiva della rete e delle farmacie on line e siti specializzati che sempre di più offrono sostanze di ogni tipo. Oltre a questo è necessario mettere sotto stretta osservazione i cosiddetti "smarth shop", ormai molto presenti anche sul territorio italiano.

VI.1.9. Coordinamento, organizzazione e programmazione

Coordinamento come fattore chiave

68. Il principio del coordinamento tra le varie organizzazioni operanti nel campo della lotta alla droga, risulta un fattore chiave e di fondamentale importanza per poter disporre di un'organizzazione globalizzata ed efficiente, finalizzata verso obiettivi e metodi condivisi ed in grado di assicurare risposte tempestive ed efficaci.

Principio condiviso come fattore di successo

69. Ogni organizzazione ed amministrazione dovrebbe fare proprio questo principio prioritario, ricercando attivamente la concertazione e la condivisione dei principi di base e delle strategie generali, ma anche delle azioni e degli interventi. Questo sarà un fattore in grado di condizionare il successo delle attività.

---

[4] *La Convenzione Unica sugli stupefacenti del 30 marzo 1961, la Convenzione del 21 febbraio 1971 sulle sostanze psicotrope, protocollo del 25 marzo del 1972 di emendamento alla convenzione unica 1961, la convenzione del 20 dicembre 1988 contro il traffico illecito delle sostanze stupefacenti.*

Coordinamento a tutti i vari livelli

70. Il coordinamento va ricercato su tutti i vari livelli: interministeriale (tra tutte le Amministrazioni che a vario titolo e per varie ragioni intervengono in materia di droga, quali ad esempio la tutela della salute sui luoghi di lavoro, le malattie infettive, la prevenzione degli incidenti stradali, il contrasto, la detenzione, la prevenzione a scuola, ecc.), regionale (sia in maniera trasversale tra regioni e P.A. che verticale con le amministrazioni centrali ed in particolare con il Dipartimento Politiche Antidroga, nel rispetto dell'autonomia programmatoria, introducendo però il concetto che esiste un dovere di coordinarsi con il livello nazionale ed europeo e un dovere di partecipare, evitando pertanto la ricerca "dell'assenteismo o del conflitto" come strategia politica di non riconoscimento delle funzioni centrali di coordinamento), nazionale (tra tutte le varie organizzazioni di cui sopra), europeo ed internazionale (funzione delle Amministrazioni centrali nei confronti dell'Unione Europea e delle Nazioni Unite al fine del trasferimento delle indicazioni sul territorio nazionale).

Il dialogo europeo ed internazionale

71. Per dare una risposta efficace alla natura globale del problema delle droghe, l'Italia, tramite il Dipartimento Politiche Antidroga, continua a condurre il dialogo in materia di droghe con gli Stati europei all'interno del Gruppo Orizzontale Droga (GHD) del Consiglio della Commissione Europea e il Gruppo di Dublino (quadro informale di coordinamento dell'assistenza internazionale nei settori di lotta alla droga) e con i vari Stati del mondo attraverso le Nazioni Unite. Il coordinamento europeo si avvale anche dei rapporti di collaborazione tecnico-scientifica con l'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (OEDT) tramite il Punto Focale Nazionale della rete Reitox. Oltre a questo, è necessario mantenere le relazioni con altri gruppi istituzionali in materia di droghe quali il Gruppo Pompidou del Consiglio di Europa.