

3.1.4 Morbilità (fonte: Ministero della Sanità)

I comportamenti associati all'uso endovenoso di sostanze stupefacenti determinano un eccesso di morbosità e di mortalità attribuibile a diverse cause. Le malattie da infezione rappresentano senz'altro il capitolo più importante nell'ambito delle patologie correlate alla tossicodipendenza. Queste possono essere trasmesse attraverso lo scambio di siringhe contaminate e, in misura minore, attraverso i rapporti sessuali (es. infezione da HIV ed epatiti), o esser dovute a scarsa igiene nelle pratiche iniettive, il che non implica necessariamente una riutilizzazione di siringhe già usate da altri (es. endocardite, ascessi).

Tossicodipendenza e infezione da HIV.

Secondo i dati del Centro Operativo AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità, il 65.5% dei casi di AIDS segnalati in Italia nel 1997 è attribuibile a comportamenti correlati all'uso di droga per via endovenosa; la percentuale era del 40% nel 1996.

L'HIV venne di fatto introdotto molto precocemente nell'area metropolitana di Milano (almeno nel 1979) e, uno o due anni dopo, in altre città italiane.

Studi effettuati su sieri congelati hanno evidenziato l'incremento della prevalenza di infezione da HIV verificatosi nella prima metà degli anni '80 in diverse aree urbane. Verso la fine del decennio, si assisteva invece ad una stabilizzazione dei tassi di prevalenza di infezione da HIV nei tossicodipendenti afferenti ai Ser.T.

In particolare, nel 1990 la prevalenza di infezione da HIV nei tossicodipendenti afferenti ai SERT risultava in Italia pari a 30.8% e presentava una forte variabilità regionale.

Successivamente, sempre esaminando l'informazione relativa ai tossicodipendenti in trattamento presso i SERT, si nota un andamento decrescente: si è passati da una prevalenza a livello nazionale di 28.8 nel 1991 al valore attuale del 16.0%.

Tale tendenza è evidente anche stratificando gli utenti in base al sesso ed all'anzianità di rapporto con il SERT (nuovi utenti e utenti già in carico).

E', inoltre, evidente una forte variabilità territoriale di tale valore: analizzando la situazione al 1997, si notano alcune regioni con percentuali di positività molto al di sopra del valore nazionale (Lombardia=28.2%; Liguria=24.6%; Emilia Romagna=24.0%), mentre in altre meno del 5% degli utenti testati risulta positivo (Valle d'Aosta=1.2%; Molise=4.0%; Campania=3.7%).

L'"anzianità" dell'utenza, e quindi indirettamente l'età, essendo i nuovi utenti mediamente più giovani e il sesso risultano essere importanti fattori di discriminazione: la proporzione, infatti, di soggetti infetti, comunque in diminuzione, è più bassa nei nuovi ingressi di sesso maschile e più elevata nei vecchi utenti di sesso femminile.

Le differenze riscontrate trovavano una possibile spiegazione nella minore durata dell'esposizione dei tossicodipendenti più giovani, che hanno presumibilmente una storia più breve di droga e quindi di esposizione al rischio di infezione da HIV, e/ o nella modifica dei comportamenti verificatasi nel corso del tempo, in particolare in coloro che hanno iniziato a far uso di droga per via endovenosa a partire dalla seconda metà degli anni ottanta, avendo avuto a disposizione una maggiore informazione sul rischio di infezione da HIV.

Informazioni diverse da quelle fornite dalle indagini di prevalenza possono derivare da studi specifici eseguiti al fine di stimare l'incidenza di nuove infezioni in soggetti inizialmente sieronegativi.

Diversi studi sono stati condotti in alcune città italiane a partire dalla seconda metà degli anni '80. Nell'area metropolitana di Milano, l'incidenza annuale di nuove infezioni si aggirava sul 7 per 100 anni-persona nel 1987-88, pur con ampie variazioni a seconda della zona considerata e scendeva a poco più del 3% nell'ultimo triennio.

Uno studio condotto a Roma rivelava un tasso di nuove infezioni pari al 9% anni-persona nel periodo 1985-87, che scendeva al 5% nel triennio 1987-89 ed al 4% nel triennio successivo. In queste città si assisteva, nella prima metà degli anni '90, ad una sostanziale stabilizzazione dell'incidenza di nuove infezioni.

A Napoli il tasso di incidenza restava inferiore all'1 per 100 anni-persona durante tutto il periodo dello studio. Il bilancio fra incidenza di nuove sieroconversioni e l'uscita dalla scena della droga di persone con infezione da HIV affette da AIDS determinava, nelle stesse città, le modificazioni e gli assestamenti nella prevalenza di anticorpi anti-HIV precedentemente descritti.

E' doveroso sottolineare, al riguardo, come i tossicodipendenti afferenti ai servizi possano non essere rappresentativi di tutti i tossicodipendenti italiani, e che possibili distorsioni (es.: "bias" di selezione) potrebbero essere determinati da differenze nella modalità di accesso ai centri e dai servizi da essi offerti (es. metadone, test sierologico, etc.).

Studi condotti su tossicodipendenti non in trattamento non hanno però evidenziato differenze significative rispetto agli utenti dei servizi pubblici in termini di prevalenza di infezione da HIV, validando i risultati delle indagini effettuate nella popolazione afferente ai Ser.T.

Altre infezioni virali (epatiti virali e infezioni da altri retrovirus, papillomavirus umano).

Le epatiti da virus B e C rappresentano un rilevante problema di sanità pubblica, riconoscendo nei tossicodipendenti il principale serbatoio di infezione. Mentre per l'epatite virale B è disponibile un vaccino sicuro ed efficace, per l'epatite da virus C non esiste alcuna possibilità di prevenzione al di fuori del cambio dei comportamenti.

I dati del Sistema Epidemiologico Integrato per l'Epatite Virale Acuta (SEIEVA), gestito dall'Istituto Superiore di Sanità, che copre il territorio di 261 A.S.L. corrispondenti al 40% della popolazione italiana, mostrano una tendenza alla diminuzione dei tassi di incidenza di nuovi casi di epatite virale (da 30/100.000 nel 1985 a 12/100.000 nel 1994).

In particolare, per l'epatite B si è passati da un tasso di incidenza di nuovi casi di 12/100.000 a un valore di 3/100.000.

Relativamente allo stato di tossicodipendenza, è risultato che la proporzione media di casi riportata in tossicodipendenti nel periodo considerato era del 21% e che, nello stesso periodo, non si evidenziava un chiaro andamento tendenziale (la proporzione di casi in tossicodipendenti è salita dal 15% nel 1986 ad un massimo di 29% nel 1990, per poi ridiscendere al 19% nel 1994).

Analizzando i dati rilevati dal Ministero della sanità a partire dal 1991, risulta che nel periodo 1991-97, la proporzione di tossicodipendenti infetti (presenza di almeno un "marker" di epatite da virus B) sia piuttosto elevata ma in evidente diminuzione: nel 1991 era pari al 50.9% ed è diminuita costantemente nel corso degli anni, fino al valore di 43.8 rilevato nel 1997.

Questa tendenza è confermata anche considerando l'utenza distinta per sesso e in base all'"anzianità" (nuovi utenti e utenti già in carico).

A livello territoriale si rileva un'ampia variabilità nelle percentuali di utenti positivi al test dell'epatite virale B: si oscilla da un valore di 56.7% per il Friuli al valore di 24.8% per la Liguria.

Come per l'HIV, si conferma l'importanza del fattore "anzianità" di tossicodipendenza: l'infezione è meno diffusa (minore del 15-20% circa) tra i nuovi utenti rispetto agli utenti già in carico.

Si nota, inoltre, che nel corso degli anni l'andamento dell'infezione si è andato differenziando per sesso: mentre in passato nei due sessi si avevano percentuali di positività simili, dal 1994 le femmine presentano valori più bassi rispetto ai maschi, soprattutto tra i nuovi utenti.

Tale differenza è particolarmente evidente dal 1996 e risulta confermata anche nel 1997 solo tra i nuovi utenti: per le femmine si rileva una proporzione di positivi di circa 6 punti percentuali più bassa dei maschi (29.2% maschi; 23.6% femmine).

Dal 1997, il Ministero della sanità rileva l'informazione relativa all'infezione da epatite virale B tra gli utenti dei SERT distinguendo gli utenti che sono vaccinati, cioè i soggetti che hanno regolarmente completato il ciclo di somministrazioni vaccinali e che hanno eseguito un successivo controllo sierologico che ha confermato la risposta al vaccino.

Dall'analisi dei dati, risulta che solo una percentuale piuttosto bassa di soggetti (circa il 6%) si è sottoposto con esito positivo alla vaccinazione, mentre piuttosto elevate sono le percentuali dei soggetti che non hanno eseguito il test (circa 27%) e dei soggetti per i quali il dato sull'infezione non è disponibile (circa il 19%).

Anche per l'epatite C, i dati del SEIEVA mostrano una tendenza alla diminuzione dei tassi di incidenza di nuovi casi, ma meno evidente di quella rilevata per l'epatite B (da 5/100.000 nel 1985 a 2/100.000 nel 1994).

Per questa infezione, la proporzione di casi riportata in tossicodipendenti (valore medio del periodo=22%) risultava in costante aumento (dal 14% del 1986 al 25% del 1994).

Il problema dell'infezione da virus dell'epatite C è anche più importante di quanto si rilevi dai dati relativi ai soli casi sintomatici segnalati al SEIEVA. Ad

esempio, uno studio eseguito a Napoli, un'area urbana a bassa occorrenza di HIV, evidenziava un tasso di incidenza di nuove infezioni da virus C in tossicodipendenti pari a 30 per 100 anni-persona.

Ciò a fronte di una prevalenza di infezione decisamente superiore al 50%.

L'importanza di tale infezione nei tossicodipendenti emerge anche dall'analisi dell'informazione sull'infezione dal virus dell'epatite C tra gli utenti dei SERT rilevata dal 1997 dal Ministero della sanità : a livello nazionale ben il 67.1% dei soggetti sottoposti al test per l'accertamento della positività presenta l'infezione.

E' rilevata una discreta variabilità regionale: si passa dal valore di 45.9% della Campania, al 91.0% della Liguria .

Analizzando la proporzione di infetti per sesso e per "anzianità" si rileva, analogamente all'epatite B, l'importanza di quest'ultimo fattore: nei maschi gli utenti già in carico presentano percentuali di positività più elevate di oltre 20 punti; nelle femmine tale differenza raggiunge il 30%. Non sembra, viceversa, esistere una differenziazione per sesso.

Infine, vale la pena ricordare come altre infezioni virali emergenti possano circolare velocemente fra i tossicodipendenti. In particolare, alcuni ricercatori di Roma e di Milano hanno riscontrato prevalenze di infezione da HTLV-II variabili fra il 5% ed il 10%.

Questo dato è di notevole interesse anche se l'espressività clinica di questo retrovirus non è nota e sembra essere comunque bassa. Inoltre, alcune infezioni virali, quale quella da virus del papilloma umano, sembrano essere di più frequente riscontro nei tossicodipendenti, come evidenziato da una ricerca in corso presso l'Istituto Superiore di Sanità.

Infezioni batteriche

I tossicodipendenti che assumono stupefacenti per via endovenosa hanno un rischio piuttosto elevato di contrarre endocardite batterica.

Il germe più spesso chiamato in causa è lo stafilococco, ma non sono da escludere diversi agenti infettivi batterici e fungini (es. Candida). Uno studio eseguito a Roma ha mostrato come circa il 60% dei decessi per endocardite sia attribuibile alla tossicodipendenza.

Purtroppo, non sono disponibili dati accurati sull'incidenza delle endocarditi in questo gruppo di popolazione.

Fra le patologie infettive caratterizzate da bassa incidenza ed elevata letalità, sicuramente il tetano merita una particolare menzione.

La valutazione dei casi verificatisi in Campania negli ultimi cinque anni ha infatti evidenziato che circa la metà di questi era stata osservata in tossicodipendenti, per lo più in età avanzata.

Ciò sembra essere la conseguenza dell'invecchiamento delle coorti di tossicodipendenti, la maggior parte dei quali presenta vene sclerotiche che aumentano il rischio di "fuori-vena" e la formazione di ascessi cutanei e sottocutanei nei quali si crea un ambiente anaerobio che facilita la crescita del germe a partire dalle spore eventualmente inoculate con la dose.

Un'indagine sulla copertura vaccinale potrebbe essere auspicabile ai fini di eventuali strategie preventive.

Conclusioni

I dati presentati confermano che l'epidemia da HIV ha un enorme impatto sulla popolazione dei tossicodipendenti italiani.

Allo stesso tempo, però, è doveroso sottolineare come altre infezioni virali, in particolare l'epatite C, rappresenti un rilevante problema individuale e di sanità pubblica. Infine, non bisogna dimenticare il ruolo delle infezioni batteriche che, anche nei tossicodipendenti HIV-negativi, presentano una incidenza piuttosto elevata.

I problemi infettivi correlati all'uso di droga per via endovenosa costituiscono un fenomeno importante che richiede l'adozione di adeguati interventi; è, inoltre, da tener presente come gli interventi finora adottati abbiano favorito il cambio di comportamenti correlati all'uso di droga, mentre più difficile appare modificare le pratiche sessuali.

TEST SIEROLOGICO ANTI-HIV: percentuale di test positivi sul totale dei test eseguiti

REGIONE	1991 (numero esami = 51256)	1992 (numero esami = 61401)	1993 (numero esami = 59826)	1994 (numero esami = 67901)	1995 (numero esami = 69941)	1996 (numero esami = 73513)	1997 (numero esami = 73784)
PIEMONTE	21,7	19,1	19,7	17,2	15,1	14,5	12,9
VALLE D'AOSTA	15,8	12,7	2,8	0,5	3,1	11,2	1,2
LOMBARDIA	42,3	39,2	36,8	37,3	32,2	29,7	28,2
P.A.BOLZANO	31,2	17,3	18,0	16,9	6,6	7,3	7,3
P.A.TRENTO	26,3	14,2	29,0	23,7	23,4	21,9	20,7
VENETO	25,7	14,7	18,4	16,8	14,2	13,1	14,1
FRIULI V.GIULIA	14,0	13,3	11,1	12,5	12,2	11,5	8,6
LIGURIA	38,4	33,3	27,5	29,0	21,0	34,0	24,6
EMILIA ROMAGNA	40,7	34,2	29,0	28,2	26,6	23,2	24,0
TOSCANA	21,6	20,9	17,1	14,6	13,7	9,8	11,8
UMBRIA	30,6	21,5	12,9	12,9	12,0	10,4	9,6
MARCHE	30,0	23,2	22,8	17,8	21,3	16,6	13,9
LAZIO	28,5	30,1	33,6	25,1	28,3	24,7	22,5
ABRUZZO	14,4	9,6	8,8	13,4	7,2	7,0	5,8
MOLISE	9,7	5,2	7,8	6,5	3,4	3,0	4,0
CAMPANIA	5,8	5,0	7,0	5,0	4,4	3,3	3,7
PUGLIA	12,5	10,8	12,8	13,0	11,2	9,2	8,5
BASILICATA	22,1	14,3	23,3	16,6	13,1	14,5	10,7
CALABRIA	30,3	24,0	25,9	16,5	10,5	8,4	9,0
SICILIA	10,9	8,4	11,3	9,3	11,3	6,5	7,4
SARDEGNA	34,6	15,7	17,3	26,2	22,2	20,9	20,1
ITALIA	28,8	23,6	23,0	21,3	19,4	16,9	16,0

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

PERCENTUALE DI UTENTI POSITIVI

AL TEST SIEROLOGICO ANTI-HIV

ANNO	NUOVI UTENTI		GIÀ IN CARICO	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
1991	15,3	19,8	33,8	41,0
1992	10,4	16,7	28,1	35,5
1993	12,2	17,8	25,4	32,2
1994	9,0	15,3	24,0	30,2
1995	9,5	17,3	20,8	29,3
1996	6,4	11,7	18,4	26,8
1997	6,5	9,9	16,6	27,2

TEST EPATITE VIRALE B: percentuale di test positivi sul totale dei test eseguiti (*)

REGIONE	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
	(numero esami = 46700)	(numero esami = 56258)	(numero esami = 54526)	(numero esami = 62853)	(numero esami = 62955)	(numero esami = 69092)	(numero esami = 66623)
PIEMONTE	56,9	53,1	61,0	54,5	52,5	50,9	52,4
VALLE D'AOSTA	49,4	47,6	50,0	29,9	7,4	29,8	43,6
LOMBARDIA	60,8	57,2	56,8	58,9	56,1	53,6	54,2
P.A. BOLZANO	66,5	52,1	52,3	56,7	39,6	60,2	43,1
P.A. TRENTO	7,4	4,6	7,9	8,1	5,8	4,8	38,7
VENETO	46,0	47,7	49,8	46,4	42,8	49,2	48,2
FRIULI V. GIULIA	51,7	52,7	55,4	57,5	51,4	54,3	56,7
LIGURIA	49,9	51,3	51,4	-	61,8	47,3	24,8
EMILIA ROMAGNA	60,5	60,1	55,0	51,4	52,7	47,5	50,0
TOSCANA	43,0	43,1	49,5	44,9	37,5	32,3	43,6
UMBRIA	41,4	46,1	49,1	25,7	28,3	25,2	27,7
MARCHE	46,9	36,6	45,0	43,3	33,4	33,7	25,8
LAZIO	49,9	51,4	19,4	62,9	15,1	25,0	40,6
ABRUZZO	50,6	57,7	44,8	36,8	35,8	32,2	27,4
MOLISE	51,0	50,4	38,7	33,8	23,4	32,9	28,6
CAMPANIA	52,3	41,2	37,1	36,1	39,1	44,4	35,9
PUGLIA	38,8	37,4	42,9	41,9	41,0	37,3	37,5
BASILICATA	46,4	38,7	55,0	38,5	32,1	33,8	39,2
CALABRIA	45,6	66,9	46,3	56,6	36,9	48,9	30,6
SICILIA	28,3	31,0	34,2	32,3	38,8	29,0	26,8
SARDEGNA	51,4	44,1	50,1	41,3	46,5	41,2	49,8
ITALIA	50,9	48,7	48,6	48,3	44,1	43,8	43,8

(*)=la percentuale di positività è calcolata sul totale dei test eseguiti

**UTENTI PER CONDIZIONE RISPETTO ALL'INFEZIONE
DEL VIRUS DELL' EPATITE B (%) - ANNO 1997**

	NUOVI UTENTI		GIA' IN CARICO	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
SOGGETTI TESTATI RISULTATI POSITIVI*	12,1	10,5	22,3	22,6
SOGGETTI TESTATI RISULTATI NEGATIVI	29,9	36,4	29,4	28,7
SOGGETTI VACCINATI	4,4	6,9	5,9	6,5
SOGGETTI CHE NON HANNO ESEGUITO IL TEST**	30,4	23,8	27,2	26,0
SOGGETTI PER I QUALI NON E' DISPONIBILE IL DATO SULL'INFEZIONE	23,2	22,4	15,2	16,3

*= rispetto al totale degli utenti dei SERT

**= appartengono a tale gruppo i soggetti che non hanno mai eseguito il test e coloro che, essendo risultati negativi ad un test effettuato in precedenza, non lo hanno ripetuto nel corso dell'ultimo anno

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

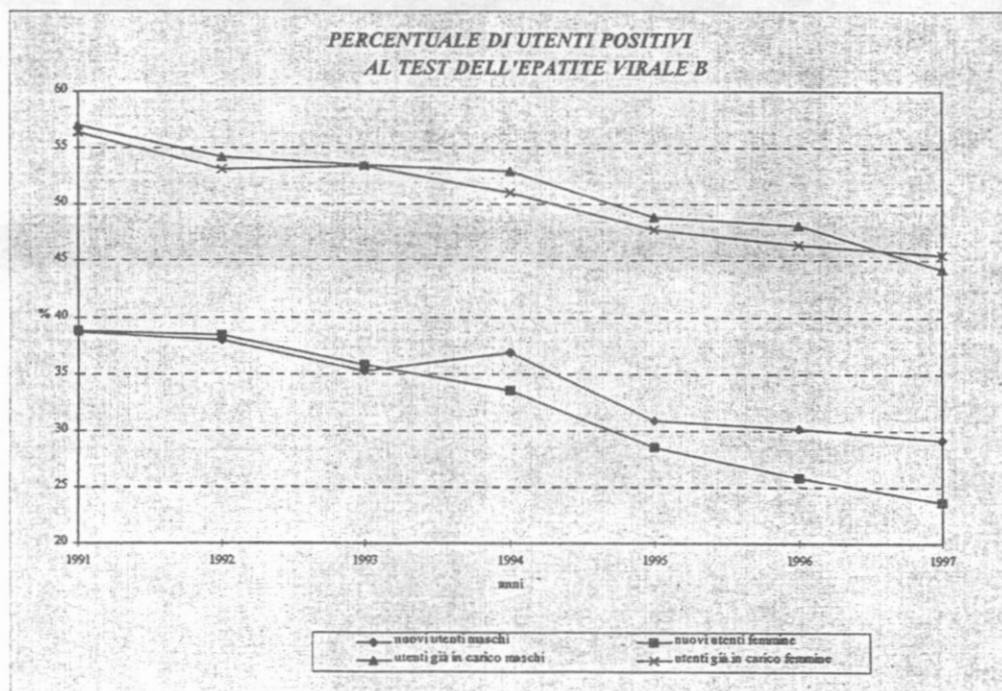
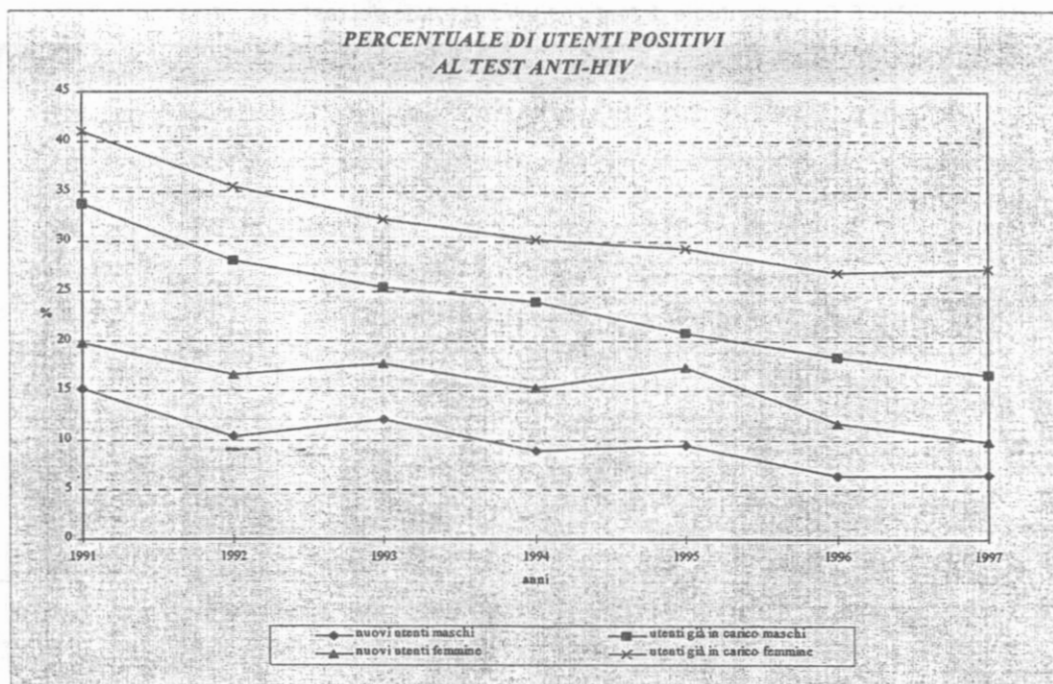
TEST EPATITE VIRALE C: percentuale di test positivi sul totale dei test eseguiti (anno 1997)

REGIONE	numero esami	% di esami positivi
PIEMONTE	7217	66,4
VALLE D'AOSTA	155	69,7
LOMBARDIA	16282	73,5
PROV.AUT.BOLZANO	109	86,2
PROV.AUT.TRENTO*	-	-
VENETO	5308	73,1
FRIULI V.GIULIA	1491	78,7
LIGURIA	818	91,0
EMILIA ROMAGNA*	-	-
TOSCANA	3373	73,2
UMBRIA	1564	77,6
MARCHE	1943	65,9
LAZIO	4213	66,0
ABRUZZO	1564	59,5
MOLISE	289	58,5
CAMPANIA	7691	45,9
PUGLIA	5674	61,1
BASILICATA	450	70,0
CALABRIA	1600	50,9
SICILIA	3564	68,0
SARDEGNA	2606	80,7
ITALIA	65911	67,1

*="dato non rilevato"

PERCENTUALE DI UTENTI POSITIVI AL TEST EPATITE VIRALE C - anno 1997

	NUOVI UTENTI		GIA' IN CARICO	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Percentuali di positivi	47,0	43,5	71,9	73,6



3.1.5. Stima del consumo complessivo di droga

L'affluenza ai Servizi per le tossicodipendenze è l'indicatore maggiormente utilizzato per monitorare il fenomeno delle tossicodipendenze.

Un incremento della domanda di assistenza non è però la necessaria conseguenza di un aumento della popolazione di tossicodipendenti, essendo diverse le variabili che possono determinare un maggiore afflusso di soggetti ai Servizi. Inoltre, esiste un periodo di latenza fra l'inizio dell'uso di eroina e la richiesta di trattamento di almeno 5 anni. Solamente una raccolta di dati dinamica, sull'anno di inizio dell'uso di eroina potrebbe fornire utili informazioni sul reale andamento dell'epidemia.

I dati raccolti dal Ministero della Sanità vengono utilizzati congiuntamente a quelli forniti da altre amministrazioni (Ministero dell'Interno, Ministero di Grazia e Giustizia e Ministero della Difesa), allo scopo di interpretare l'andamento temporale del fenomeno tossicodipendenza, ma non a fornire una stima diretta delle dimensioni. In particolare, i dati raccolti dalle diverse fonti ufficiali non rendono possibile quantificare la parte "sommersa".

Esistono perciò metodi che permettono di effettuare stime basate su presupposti metodologici, che possono essere utilizzati solo se si hanno informazioni di base sul fenomeno. Ad esempio, conoscendo il tasso di mortalità per overdose ed il numero di decessi verificatisi, si può utilizzare la "multiplier formula" (formula moltiplicatrice), che assume una relazione costante e lineare fra la prevalenza dell'uso di droga ed il numero dei decessi.

In Italia, il rapporto fra il numero medio di decessi per sospetta "overdose", verificatisi nel periodo 1984-88 ed il tasso medio di mortalità per "overdose" (di poco superiore al 3/1000) riscontrato negli stessi anni in un campione di tossicodipendenti romani seguito dall'Osservatorio Epidemiologico della Regione Lazio (OER), portava a stimare un numero di circa 150.000 eroinomani (prevalenza stimata 0,5% nelle fasce di età 15-49 anni) per la seconda metà degli anni '80. Si deve però tener presente che tale coorte di tossicodipendenti romani poteva non essere rappresentativa del complesso dei tossicodipendenti italiani.

La stima sopra riportata non differiva molto, comunque, da quella effettuata dal Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR) di Pisa sommando la parte emergente del fenomeno droga con la quota "sommersa", valutata mediante una proiezione al 1986 dei valori ricavati dagli studi campionari TO.DI del 1980-82.

Da questa si ricavava infatti un numero di tossicodipendenti oscillante fra i 130.000 ed i 170.000 (suggerendo un aumento nel numero dei tossicodipendenti dai circa 28.000 del 1977 a circa 150.000 alla fine degli anni '80).

Stando alle successive stime dell'Osservatorio Epidemiologico della Regione Lazio (OER) ed assumendo che l'andamento del fenomeno sia stato lo stesso nell'ambito di questa Regione e nel resto del Paese, si sarebbe verificato un aumento del numero di tossicodipendenti all'inizio degli anni '90 che avrebbe superato quota 200.000.

Questo andamento non sembra essere coerente con i dati del Progetto TO.DI. 3, che indica una tendenza alla diminuzione della proporzione di persone positive alla ricerca di metaboliti urinari delle sostanze oppiacee rispetto agli studi precedentemente condotti.

E' però da tener presente che la popolazione considerata era composta per lo più da giovani di età non superiore ai 19 anni e che i campioni utilizzati in epoche diverse non sono del tutto confrontabili fra di loro.

E' opportuno sottolineare la necessità di interpretare con cautela i dati presentati, in quanto si tratta di stime e non di eventi osservati e misurati direttamente.

Negli ultimi anni, la necessità di una maggiore disponibilità, a livello nazionale, di una serie di informazioni di carattere epidemiologico sul fenomeno della tossicodipendenza, non rilevate e comunque non rilevabili con i sistemi informativi esistenti, la carenza delle quali risulta particolarmente penalizzante nell'ambito degli scambi con i paesi partner dell'Unione Europea, è diventata sempre più evidente.

Il Ministero della Sanità nel 1997 ha preso accordi con le amministrazioni regionali per definire, oltre ai flussi informativi di tipo "istituzionale", previsti da leggi o dai relativi regolamenti di attuazione, tra le unità del SSN e le Amministrazioni regionali, una attività di ricerca epidemiologica, con il coinvolgimento di Enti ed organismi centrali di ricerca (Istituto superiore di sanità, CNR, Università, ecc.) e dei centri periferici (SERT in particolare), finalizzata a soddisfare ulteriori e specifici bisogni informativi sul fenomeno tossicodipendenza.

In particolare, è prevista l'acquisizione di elementi conoscitivi, generalmente attraverso indagini campionarie ed indagini "ad hoc", sulle tematiche di seguito sottoelencate:

- Attivazione di un sistema rapido di allerta sulla prevalenza d'uso delle droghe sintetiche
- Monitoraggio della prevalenza dell'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope
- Valutazione dell'idoneità del sistema di sorveglianza della infezione da HIV tra i TD in trattamento
- Definizione della prevalenza dell'infezione tubercolare e delle sue manifestazioni cliniche nei tossicodipendenti

3.2 Il traffico di droga e la riduzione dell'offerta (fonte: Ministero dell'Interno)

Il traffico illegale di sostanze stupefacenti presenta un incremento pressoché esponenziale che interessa indiscriminatamente aree metropolitane, centri urbani minori e insediamenti rurali.

In Italia il fenomeno risulta ulteriormente amplificato dalla presenza di numerose organizzazioni criminali, collegate da strettissimi rapporti con i cartelli internazionali, le quali fanno del narcotraffico non solo un "moltiplicatore" di delinquenza strumentale (primi fra tutti i reati commessi per procurare i mezzi di acquisto degli stupefacenti), ma soprattutto una importantissima fonte di autofinanziamento dell'"industria del crimine".

Infatti, l'enorme volume di denaro "sporco" derivante dal traffico di droghe è utilizzato per accrescere la forza di penetrazione nell'economia legale attraverso metodi di reimpiego e di "money laundering" sempre più sofisticati e difficilmente individuabili.

La proliferazione di prodotti finanziari adattabili ad ogni esigenza e la crescente mobilità dei capitali in un contesto mondiale tendente alla globalizzazione, ha incrementato e reso più agevole il riciclaggio di capitali illeciti.

L'andamento del fenomeno indica, comunque, che le "piazze" delle grandi aree metropolitane settentrionali, a causa della posizione strategica per il commercio di droghe pesanti e leggere, costituiscono uno dei più importanti snodi delle dinamiche di integrazione della società criminale.

Infatti, come avviene nelle "aree tradizionali", anche nelle regioni del Nord il processo di unificazione dei mercati illegali si struttura non solo attraverso la formazione di comuni interessi fra i gruppi criminali di diversa origine, ma anche secondo una direttrice verticale che vede l'insorgere di rapporti di subordinazione fra i soggetti della criminalità locale ed esponenti di gruppi di stampo mafioso.

L'attività svolta dalle Forze di Polizia

L'attività antidroga svolta dalle Forze di polizia, spesso in cooperazione tra loro e con altri omologhi organismi esteri, viene coordinata a livello nazionale, e rilevata statisticamente, dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga.

Vengono rilevate le seguenti informazioni:

- quantità di stupefacenti sequestrate raffrontate con quelle relative agli anni precedenti e nei diversi ambiti, provenienza, procacciamento e transito accertati;
- operazioni antidroga e loro tipologia in relazione alle più ricorrenti ipotesi delittuose, con particolare riguardo alla nazionalità delle persone oggetto di informativa di reato;
- operazioni speciali (consegne controllate ed acquisti simulati).

Tutti i dati debbono considerarsi "di polizia" vale a dire acquisiti ed immessi nella banca dati della D.C.S.A. - Sezione D.A.D.E., sulla base delle segnalazioni di Polizia.

Va sottolineato che i volumi dei sequestri non sono comprensivi dei micro-quantitativi intercettati in occasione di procedimenti amministrativi davanti al Prefetto, ex artt. 75 e 121 del T.U. 309/90.

SEQUESTRI DI STUPEFACENTI

	1997 (1)	% +/-	1996 (1)
Operazioni Antidroga	20.183	0,98	19.987

PERSONE DEFERITE ALLE AA.GG.	32.999	0,04	32.985
a. in stato di:			
arresto	22.705	2,41	22.171
libertà	9.973	-4,83	10.479
irreperibilità	321	-4,18	335
b. dati parziali:			
minori (totali)	1.232	22,10	1.009
minori (in stato di reato)	622	29,58	480
Stranieri (totali)	9.271	25,62	7.380
stranieri (in stato di arresto)	7.797	23,72	6.302

STUPEFACENTI SEQUESTRATI	kg.	62.071,439	297,59	15.612,037
	nr.	752.332	27,09	591.957
a. EROINA	kg.	471,709	-62,86	1.270,151
b. COCAINA	kg.	1.593,517	-33,01	2.378,854
c. CANNABIS, in totale, di cui:	kg.	59.764,638	403,59	11.867,730
- hashish	kg.	14.740,746	147,56	5.954,436
- hashish liquido	kg.	6,259	2.784,33	0,217
- marijuana	kg.	45.017,633	661,32	5.913,076
- piante	nr.	379.851	-26,10	514.023
d. AMFETAMINICI				
- in peso	kg.	0,370	-81,71	2,023
- in dosi	nr.	169.830	9,39	155.244
di cui ecstasy	nr.	161.216	12,89	142.807
e. L.S.D.	nr.	7.973	-43,84	14.197
f. ALTRE SOSTANZE				
- in peso	kg.	241,205	158,58	93,279
- in dosi	nr.	23.425	-58,13	55.948
Decessi Per Abuso Di Sostanze Stupefacenti	n	(2) 1.153	-26,37	(3) 1.566

(1) Dati provvisori elaborati il 15 aprile 1998.

(2) Di cui nr. 1 connazionale deceduto all'estero (Colombia).

(3) Di cui nr. 4 connazionale deceduto all'estero (1 in Colombia, 1 in Germania, 1 in Olanda ed 1 in Slovenia).

SEQUESTRI RILEVANTI DI EROINA - ANNO 1997

Quantità sequestrata (in kg.)	Località del sequestro	Nazione di produzione e/o provenienza
31.070	Melegnano (MI)	-
20,000	Melegnano (MI)	-
20,000	Ventimiglia (IM)	-
17,750	Trezzano sul Naviglio (MI)	Turchia
12,994	Assago (MI)	-
11,465	Milano	-
11,000	San Nicola la Strada (CE)	-
10,583	Genova	Turchia
10,500	Torino	Turchia
10,000	Milano	-
10,000	Trezzano sul Naviglio (MI)	-
10,000	Varese	Turchia
9,000	Milano	Turchia
8,684	Milano	Turchia
8,165	Brescia	Turchia

SEQUESTRI RILEVANTI DI COCAINA - ANNO 1997

Quantità sequestrata (in kg.)	Località del sequestro	Nazione di produzione e/o provenienza
287,289	Genova	Colombia
202,000	Feletto (TO)	-
112,000	Livorno	Colombia
55,500	Roma	Colombia
40,000	Castel Gandolfo (RM)	- Spagna
30,000	Roma	-
23,500	Roma	Colombia
21,121	Melegnano (MI)	-
15,767	Roma	Colombia
15,500	Roma	Colombia
15,000	Roma	-
15,000	Roma	Colombia
15,000	Roma	Colombia
14,304	Roma	Venezuela
13,000	Roma	Colombia

SEQUESTRI RILEVANTI DI HASHISH - ANNO 1997

Quantità sequestrata (in kg.)	Località del sequestro	Nazione di produzione e/o provenienza
3.915,000	Acque Internazionali	Marocco
2.208,000	Acque Internazionali	Marocco
1.091,000	Binasco (MI)	Marocco
990,000	Milano	Marocco
500,000	Albenga (SV)	
443,000	Roma	Marocco
364,700	Genova	Marocco
363,100	San Zenone all'Ambro (MI)	Marocco
360,000	Civitavecchia (RM)	Marocco
346,000	Aosta	Spagna
298,250	Varedo (MI)	
270,000	San Pietro in Gu (PD)	Spagna
244,000	Roma	Marocco
195,000	Cuneo	
180,000	Bologna	Spagna

SEQUESTRI RILEVANTI DI MARIJUANA - ANNO 1997

Quantità sequestrata (in kg.)	Località del sequestro	Nazione di produzione e/o provenienza
17.080,000	Genova	Colombia
872,000	Lecce	Albania
617,000	Castrignano del Campo (LE)	Albania
594,000	Vernole (LE)	Albania
529,030	Ancona	Albania
424,000	Matino (LE)	
420,000	Patù (LE)	
392,000	San Vito lo Capo (TP)	Albania
378,500	Lecce	Albania
360,000	Lecce	Albania
340,000	Lecce	Albania
321,000	Lecce	Albania
315,000	Opera (MI)	
293,780	San Pietro Vernotico (BR)	
291,000	Acireale (CT)	