

in combinazione, come nel caso di alcool-cocaina o cocaina-cannabis o ecstasy-alcool.

E' opportuno segnalare che gran parte dei giovani sperimentatori e consumatori erroneamente ritengono che l'uso inalatorio o attraverso il fumo delle sostanze, tra cui l'eroina, mettano al riparo dagli effetti negativi e dalla possibilità di sviluppare dipendenza. A titolo esemplificativo dell'evoluzione di questo fenomeno negli ultimi mesi, si segnalano i casi di astinenza neonatale in madri di nomadi che non si dichiaravano tossicodipendenti e che avevano fumato eroina sino a poche ore prima del parto nella convinzione che ciò non fosse pericoloso per il feto. Questa osservazione suggerisce come sia necessario ed urgente rielaborare ed aggiornare gli strumenti informativi e formativi, come sia opportuno attivare l'attenzione, anche al di là delle singole sostanze, verso le abitudini e le "mode" assuntive.

Infine, non sono irrilevanti le conseguenze sulla salute connesse, non tanto con gli effetti diretti delle sostanze da abuso, quanto con i rischi di infezioni virali e batteriche che con le droghe sono connesse. A questa area di rischio si devono aggiungere quelle condizioni che, se dalle droghe non sono direttamente provocate, da esse sono favorite, come accade per gli incidenti stradali, le condizioni traumatiche connesse a risse e conflitti, la maggiore esposizione alle malattie sessualmente trasmesse e in genere i comportamenti "risk taking" alla ricerca di un forte impatto emozionale.

Ecstasy e amfetamino-derivati (MDMA): L'ecstasy è divenuta popolare in pochi anni; ma da tempo sono stati documentati diversi effetti neurotossici e le evidenze cliniche sui danni psico-fisici indotti nell'uomo. I consumatori di ecstasy presentano una significativa forma di disadattamento sociale che presto interferisce nella vita di relazione, inducendo riduzione della socievolezza, paranoie ed isolamento. Diversi assuntori di ecstasy giungono, in relazione verosimilmente ai disturbi prodotti dagli amfetamino-derivati, a tentare forme maldestre di automedicazione con gli oppiacei, in particolare utilizzati per via nasale e non iniettati: in questo modo le pastiglie fungono da "gate-way drugs" per gli oppiacei e gli stimolanti classici.

Gli effetti psico-comportamentali a lungo termine dell'ecstasy sono in molti casi subdoli, sub-clinici e non immediatamente diagnosticabili. La popolarità della droga induce gli adolescenti a sottostimare il rischio di queste pastiglie rispetto al rischio ben conosciuto delle droghe iniettate a quello meno conosciuto della cocaina. I primi sintomi inducono di solito, anche l'osservatore adulto (genitori o insegnanti) ad una valutazione sbagliata, in quanto i sintomi psicologici vengono scambiati con quelli relativi alle "normali" caratteristiche psico-comportamentali dell'adolescenza.

Già poche ore dopo l'assunzione dell'ecstasy, coloro che la utilizzano abitualmente dicono di sentirsi significativamente più depressi, anormali, asociali, irritabili e colerici. L'utilizzo di MDMA nel fine settimana può portare a un atteggiamento depressivo durante la settimana che potrebbe essere attribuito alla naturale predisposizione degli adolescenti alla labilità emotiva. Si è visto che i consumatori di ecstasy mostrano una elevata impulsività e coloro che assumono più ecstasy hanno punteggi più elevati di impulsività. Queste osservazioni sono in accordo con evidenze già consolidate, secondo le quali a

livelli elevati di impulsività è associata una riduzione dei livelli della funzione serotoninergica.

Molti dei consumatori abituali di MDMA non mostrano sintomi di disordini della personalità, ma cambiamenti significativi nei livelli di aggressività, diretta sia verso se stessi che verso gli altri ed un incremento dei punteggi relativi alla predisposizione di ricerca della novità: in queste persone si evidenzia una correlazione inversa tra i livelli della funzione serotoninergica e le misure della aggressività o i punteggi di ricerca della novità.

Dopo la fase iniziale in cui sono sperimentati gli effetti attesi dell'ecstasy, quali una maggiore estroversione, consapevolezza ed empatia, la sostanza può determinare conseguenze psichiatriche come paure ingiustificate, depressione, sino a vere e proprie psicosi; depersonalizzazione, disforia, depressione e anoressia mentale sono state riscontrate dopo alcuni anni di uso cronico di MDMA. In accordo con le ricerche biologiche, le conseguenze neuropsichiatriche che sono state osservate dopo l'uso di MDMA coinvolgono i comportamenti controllati principalmente dalla serotonina cerebrale (es; l'umore, i processi cognitivi e l'ansia).

E' necessario differenziare le complicanze acute psichiatriche, che regrediscono completamente quando i livelli di intossicazione si attenuano e i disturbi psichiatrici a lungo termine e le psicosi tossiche, quali conseguenze dell'uso cronico di ecstasy. Tra queste ultime si possano annoverare le psicosi atipiche e paranoide, con allucinazioni, irritabilità, paranoia e ostilità sociale, la depressione, i disturbi di panico, le depersonalizzazioni e i disturbi comportamentali.

Sono stati osservati, tra gli effetti psichiatrici, la depressione, che appare come quello più rilevante, i disturbi psicotici, i disturbi cognitivi, gli episodi bulimici, i disturbi del controllo degli impulsi, gli attacchi di panico e la fobia sociale.

Le prestazioni cognitive sono significativamente ridotte nei consumatori di MDMA. La rievocazione mnestica è significativamente compromessa anche nei soggetti *drug-free* ma precedentemente consumatori abituali di ecstasy. In un ulteriore studio, sono stati riscontrati dei risultati analoghi, in cui l'estensione del danno mnestico è correlato con il consumo di MDMA.

Cannabis: Sempre più frequenti sono i rilievi clinici e gli elementi forniti dalla letteratura scientifica che inducono a non sottovalutare gli effetti tossicologici e psico-comportamentali della cannabis o meglio del tetraidrocannabinolo come principio attivo (THC). Tale sostanza, pur non inducendo una stretta dipendenza fisica caratterizzata da sintomi astinenziali alla sospensione, induce una relazione che consente al consumatore di sospendere a tratti l'uso della sostanza, ma che in elevata frequenza induce a ritornare a fumare. Le persone coinvolte descrivono una vaga sintomatologia che interessa il tono dell'umore, una sensazione di indefinito e di aspecifico malessere, un generico "bisogno di qualcosa", appagato soltanto dal ritornare allo spinello.

Ad un primo livello del consumo di cannabis appaiono evidenti la caduta delle motivazioni e della progettualità, insieme con una generica riduzione della capacità cognitiva e della memoria. Tale deficit riguarda proprio la capacità di focalizzare sui concetti e di conseguenza la possibilità di attuare valutazioni

critiche e ipotesi di azione non frammentarie; la reversibilità dei disturbi cognitivi indotti dalla cannabis è stata variamente studiata con la conclusione che il processo di recupero richiede un tempo direttamente proporzionale al grado e alla durata dell'esposizione alla sostanza.

Ad uno stadio successivo i soggetti che fumano THC con maggiore continuità e frequenza possono presentare paranoie e senso di persecuzione, riduzione della socievolezza, ostilità e tendenza all'isolamento. Tale quadro, presente ovviamente con intensità variabile a seconda delle reazioni individuali, giunge a rendere difficili le relazioni in famiglia, a minare i rapporti all'interno del gruppo di pari e con la scuola (rendimento ed integrazione).

Ancora più problematici i veri e propri disturbi psichiatrici che emergono in associazione con l'impiego di cannabis, che non è possibile dire se siano precipuamente indotti dal THC o soltanto slatentizzati dallo stesso, cioè fatti emergere alla condizione clinica, a partire da una condizione subclinica. Si tratta di alterazioni del tono dell'umore, di episodi psicotici con allucinazioni e paranoie complesse, di atteggiamenti di fuga e ostilità per una difficoltà ad un esame oggettivo della realtà. Tali disturbi connessi con l'assunzione di dosi elevate di cannabis, o con la brusca sospensione della stessa, conducono il paziente al ricorso alla consulenza psichiatrica e possono prolungarsi per settimane o mesi, molto al di là del periodo connesso con l'effettiva assunzione della sostanza o di una eventuale fase astinenziale.

Cocaina: La cocaina è un potente stimolante del sistema nervoso centrale; viene rapidamente e facilmente assorbita da ciascuna delle vie abituali di assunzione. L'effetto euforizzante inizia entro pochi minuti dall'assunzione e può continuare per altri 6-10 minuti (assunzione endovenosa e crack) fino a 20-45 minuti (per via nasale). Al termine di questa prima fase appare una fase di "rebound" caratterizzata da irritabilità, agitazione, senso di fatica e depressione che portano ad assumere nuovamente la cocaina reiterando il ciclo.

La cocaina non instaura una vera e propria dipendenza fisica capace di indurre oggettivi sintomi astinenziali alla sospensione della stessa, ma un saldissimo rapporto addittivo con intensa dipendenza psichica, "annullamento di ogni altro bene primario", estremo desiderio impulsivo cioè intensissimo "craving".

Sebbene l'uso di cocaina non provochi tolleranza nel senso proprio del termine, si osserva una condizione definita di "tolleranza inversa": le dosi necessarie a scatenare gli effetti indesiderati quali tachicardia, agitazione, irritabilità e pensiero paranoide sono sempre meno consistenti e quindi sempre più facile risulta l'incontro con questi sintomi sgradevoli rispetto alla possibilità di fruire degli effetti attesi.

Gli effetti psico-comportamentali della cocaina dipendono oltre che dal grado di purezza della sostanza e dalla via di somministrazione dalla cronicità dell'uso, dalla personalità e stato di salute mentale dell'individuo, dall'uso passato e presente di droghe ed alcool, dall'ambiente nel quale la sostanza viene ingerita e dalla eventuale concomitante assunzione di altre sostanze. Sono descritti 4 stadi di evoluzione negli effetti psichici della cocaina. Il primo, detto dell'euforia, è caratterizzato da euforia, labilità affettiva, accresciuta

performance cognitiva e motoria, ipervigilanza, anoressia e insonnia. Il secondo, della disforia, è caratterizzato da tristezza, malinconia, apatia, difficoltà di attenzione e di concentrazione, anoressia e insonnia. Il terzo, della paranoia, è caratterizzato da sospettosità, paranoia allucinazioni ed insonnia. Il quarto, della psicosi, è caratterizzato da anedonia allucinazioni comportamento stereotipato, ideazione paranoide, insonnia, perdita del controllo degli impulsi, disorientamento. Gli utilizzatori appaiono progredire attraverso questi stadi più o meno rapidamente in relazione ai dosaggi assunti e alla cronicità della somministrazione.

Durante l'intossicazione acuta e subacuta la velocità del pensiero aumenta ed il linguaggio diventa rapido, incalzante, talvolta inconcludente ed incoerente, l'appetito è soppresso. Il livello di consapevolezza è inizialmente aumentato e associato ad insonnia. Con l'aumentare delle dosi il livello di coscienza si riduce con conseguente compromissione del giudizio e comportamento irresponsabile.

Il consumatore cronico è tipicamente irritabile, sospettoso ansioso e disforico. La sensazione di perdita del controllo e di essere in balia del destino è tipica nel comportamento del cocainomane. Si possono verificare anche attacchi di panico con paura di morte imminente. L'irritabilità e la suscettibilità possono causare comportamenti apertamente distruttivi ed antisociali. L'ideazione delirante paranoide è comune e disturbante per il cocainomane che si sente spiato e minacciato. L'uso cronico di cocaina, riducendo le scorte di dopamina, conduce ad iperprolattinemia con ginecomastia, galattorrea, infertilità e amenorrea. Con l'uso cronico la libido è depressa e la *performance* sessuale compromessa con conseguente impotenza nell'uomo e anorgasmia nella donna.

La tipologia di soggetti che usano la cocaina in età giovanile è molto simile a quella di coloro che sono disponibili a impiegare anche gli amfetamino-derivati: i consumatori di cocaina appaiono essere più scolarizzati, e appartenenti ad uno stato sociale più elevato; mantengono per anni un buon livello di integrazione scolastica o professionale e di inserimento sociale adeguato.

Studi condotti recentemente hanno però dimostrato come sia più opportuno considerare diverse tipologie di assuntori di cocaina anche in relazione al livello di scolarità. In campioni di utenti dei SerT, infatti, l'uso di cocaina risulta associato a livelli di scolarità più bassi rispetto ad assuntori di altre droghe. Questa osservazione è da considerare con attenzione specie se messa in relazione alla maggiore disponibilità della sostanza, al minore costo ed alla ridotta purezza, elementi che consentono una maggiore permeabilità del mercato giovanile più vasto e meno esclusivo dal punto di vista socio-economico.

In una consistente parte dei casi, la cocaina viene assunta in risposta a problematiche insite in alterazioni temperamentali quali il bisogno estremo di sensazioni nonché la necessità di rimuovere eccessive inibizioni comportamentali. In altri casi, addirittura, la sostanza viene utilizzata in corrispondenza con i "*clusters*" dei disturbi di personalità. Sembrano preferire la cocaina i soggetti "*borderline*", quelli con disturbi del tono dell'umore e i soggetti narcisistico-istrionici, nonché quelli che senza poter essere classificati

come veri e propri portatori di disturbi di personalità presentano notevoli difficoltà della relazione e dell'identità.

Eroina: Le conseguenze organiche sistemiche dell'uso di eroina coinvolgono tutti gli organi e le funzioni, sia a causa della ubiquitarietà dei recettori di oppioidi, sia in relazione agli imprevedibili effetti delle molteplici sostanze da tagli. Le drammatiche conseguenze sulla salute, indotte dalla dipendenza dagli oppiacei sono, purtroppo, conosciute da molti anni. Tra gli elementi nuovi da segnalare si evidenzia, da un lato, l'impiego di eroina per via nasale, sempre più diffusa tra coloro che, ai primi approcci con il percorso tossicomaniaco, stigmatizzano la via endovenosa e non si riconoscono nello stile di vita dei "vecchi" eroinomani; dall'altro, soprattutto nelle regioni meridionali, la notevole diffusione dell'eroina per via inalatoria, cioè "fumata", sconosciuta o raramente utilizzata nel nostro paese sino a pochi anni fa. L'utilizzo per via inalatoria della eroina è possibile grazie all'impiego di una forma della sostanza capace di vaporizzare quando esposta alle elevate temperature.

LSD: Viene utilizzato, in genere, per via orale apponendo sulla lingua dei francobolli su cui la sostanza, con le stesse modalità della colla, è depositata. L'LSD viene reperito ed utilizzato nei luoghi di aggregazione, alcuni dei quali conosciuti dagli utenti come ambienti specifici per l'acquisizione della sostanza.

Molto diverso è il "*pattern*" comportamentale che caratterizza i consumatori di acidi degli ultimi anni rispetto alle generazioni degli anni '70. Anche in questo caso l'uso degli allucinogeni è confinato al *week-end* e fa seguito ad una settimana di integrazione sociale e spesso di relazioni in famiglia apparentemente normali.

Una notevole parte della popolazione giovanile che usa l'ecstasy dichiara di aver provato anche l'LSD o di aver optato, di volta in volta, scegliendo tra i moderati effetti allucinogeni di alcuni amfetamino-derivati e la marcata componente allucinatoria dell'LSD.

Da segnalare la presenza sul mercato illegale, anche se non molto consistente, di nuovi allucinogeni sintetici che afferiscono al gruppo degli amfetamino-derivati. Per queste sostanze genericamente etichettate come ecstasy, gli effetti sono comparabili a quelli dell'LSD con una completa perdita del contatto con la realtà, intense allucinazioni visive e uditive, perdita di controllo e del senso del limite. L'uso di allucinogeni derivati dai funghi si è verificato in soggetti che hanno avuto scambi di informazioni e di modelli culturali con il Nord Europa. I funghi che contengono la psilocibina inducono insieme con l'alcool quadri psicotici che possono essere facilmente confusi con l'esordio della schizofrenia nel giovane.

Gli effetti attesi comprendono deformazione dei luoghi, delle relazioni e della percezione del tempo, con vere e proprie allucinazioni, stati illusori; a tratti il pensiero paranoide e episodi di panico si succedono alle allucinazioni "piacevoli" conducendo il soggetto all'alternarsi di incubi e stati di benessere. Condizioni di *flashback*, cioè il ripresentarsi di disturbi percettivi e anche strutturate forme allucinatorie a distanza di tempo dall'assunzione della sostanza, caratterizzano l'LSD.

CAPITOLO 9

Quante sono le persone coinvolte

In Italia i sistemi di raccolta, archiviazione ed elaborazione dati in relazione ai soggetti che hanno impatto con le istituzioni per problemi collegati alla droga, funzionano da diversi anni e permettono di monitorare il fenomeno sotto diversi profili.

Il flusso di dati è definito dal DPR n.309 del 1990 e, dal punto di vista epidemiologico, è rilevato da:

Ministero dell'Interno:

- soggetti in trattamento nelle strutture pubbliche (SerT) -la raccolta dei dati, successivamente al 1998, è stata demandata al Ministero della Sanità- e nelle strutture private (essenzialmente comunità terapeutiche residenziali e centri di accoglienza);
- soggetti segnalati ai Prefetti ai sensi dell'articolo 75 del DPR n. 309 del 1990 per verificare l'applicazione dei trattamenti obbligatori e delle sanzioni amministrative;
- soggetti notificati alla Magistratura o arrestati per altre violazioni del DPR n. 309 del 1990 (essenzialmente traffico e spaccio);
- operazioni, persone coinvolte e quantità di sostanze sequestrate nel corso delle operazioni di polizia;
- decessi correlati all'uso di sostanze illecite.

Ministero della Sanità:

- soggetti in trattamento nelle strutture pubbliche secondo alcune caratteristiche socio-demografiche e sanitarie;
- numero e caratteristiche dei servizi e del personale impiegato;
- tipologia dei trattamenti realizzati;
- registro dei casi di AIDS.

Ministero di Grazia e Giustizia:

- soggetti reclusi (sia minorenni che maggiorenni);
- tossicodipendenti e alcolisti in carcere o in altre istituzioni penali;
- casi di sieropositività all'HIV e di AIDS presenti nelle carceri.

Ministero della difesa:

- utilizzatori di sostanze durante il servizio militare.

Queste fonti di dati contribuiscono in modo determinante alla statistiche annuali di *routine* e quindi anche alla stesura della Relazione al Parlamento e agli altri rapporti a carattere nazionale ed internazionale che vengono redatti dalle Amministrazioni. Nella presente Relazione i dati sono stati inseriti nel capitolo relativo all'uso delle sostanze e all'impatto con le istituzioni.

Questi dati, fornendo statistiche ufficiali con frequenza semestrale o annuale, contribuiscono, indirettamente ma in modo determinante, alla realizzazione di studi e ricerche di tipo epidemiologico.

Purtroppo, pur disponendo l'Italia di questi flussi informativi di discreta qualità e buona rappresentatività territoriale, gli studi epidemiologici per la valutazione del numero degli utilizzatori di sostanze (quindi comprensiva della parte "nascosta" del fenomeno che non appare alle istituzioni), sono ancora scarsi principalmente a causa del basso livello di finanziamento nonché della frequente rarefazione delle risorse.

Per raggiungere la massa critica di studi che in altri Paesi della UE ha permesso di sviluppare una completa conoscenza del fenomeno e quindi una migliore informazione per programmare e monitorare gli interventi, è necessario realizzare in Italia due condizioni di partenza. La prima riguarda lo sviluppo della capacità, nei responsabili delle strutture di riferimento, di utilizzare questo tipo di informazione. La seconda relativa al superamento dell'ottica locale-nazionale di applicazione degli studi verso una collaborazione in campo europeo che permetta di standardizzare metodi e tecniche di indagine e quindi di raggiungere una totale confrontabilità delle informazioni raccolte.

Gli studi epidemiologici più significativi realizzati nel 1998 nell'ambito dei progetti promossi dall'Osservatorio Europeo (OEDT) permettono comunque di raggiungere, anche se in riferimento alla sola eroina, una sufficiente conoscenza della popolazione "nascosta" che in Italia fa uso di questa sostanza, la dinamica temporale e la distribuzione spaziale.

Utilizzando i dati dello studio europeo e aggiornandoli al 1998, si può stimare che in Italia le persone (fra 15 e 54 anni) che hanno provato almeno una volta nella loro vita l'effetto dell'eroina siano non meno di 300.000.

Si individua così un dato di prevalenza che sta a significare che almeno una persona ogni cento fra 15 e 54 anni ha avuto contatto nel 1998 o in passato con l'eroina.

Con altri metodi, validati nell'ambito dello studio europeo (che utilizzano come base per la stima popolazioni di tossicodipendenti da eroina e particolari modelli statistici detti di "cattura-ricattura" o di "*back-calculation*"), si stima nel 1998, sempre nella popolazione fra 15 e 54 anni di età, in 274.000 il numero di soggetti con bisogno di assistenza socio-sanitaria da parte dei servizi per le tossicodipendenze in quanto usuali consumatori di eroina.

Se questi dati vengono rapportati a quelli che provengono dai servizi di assistenza residenziali e non residenziali attivi in Italia (si consideri che la semplice sommatoria è comunque una sovrastima del numero di soggetti tossicodipendenti che hanno contatto con le istituzioni), si ottiene l'indicazione che solo il 58% dei soggetti stimati come usuali consumatori di eroina è stato in contatto nello stesso periodo con i servizi di assistenza specifici.

Per capire il possibile uso di queste stime (una volta che vengano messi in funzione sistemi di rilevazione continui e validati), si consideri ad esempio come il dato sulla discordanza tra entità del bisogno di assistenza e domanda di assistenza indichi la necessità di sviluppare ulteriormente la rete di servizi in Italia, sia come numero sia come tipologia e modalità dell'offerta terapeutica, in modo da renderne più motivante l'utilizzo da parte di quanti, pur avendone bisogno non manifestano domanda.

Per quanto riguarda l'evoluzione temporale delle stime, applicando gli stessi metodi agli anni dal 1991 al 1998 si possono evidenziare almeno due periodi di picco a distanza di circa cinque anni: il primo nel 1992-93 e il secondo ad iniziare dal 1996.

Altro elemento interessante è la distribuzione geografica dei soggetti stimati, che evidenzia come oltre il 50% del totale degli usuali consumatori di eroina sia concentrato in solo cinque regioni (nell'ordine Lombardia (17,1%), Lazio (11,2%), Campania (9,4%), Piemonte (7,8%) ed Emilia Romagna (7,5%)). Se a queste si aggiungono le successive cinque regioni (Sicilia (7,1%), Veneto (7,1%), Puglia (6,5%), Toscana (6,1) e Liguria (4,5%)) si supera l'84% del totale della stima. Se si considera invece il rapporto fra il totale dei casi regionali stimati e la popolazione a rischio si evidenziano ai primi posti rispettivamente la Liguria con 14,33 usuali consumatori di eroina ogni mille abitanti nelle classi di età comprese fra i 15 e i 54 anni. Seguono nell'ordine la Valle d'Aosta (12,1) e un gruppo di regioni con valori fra 8 e 10 casi ogni mille abitanti (rispettivamente il Lazio (10,27), l'Emilia Romagna (9,63), la Lombardia (9,07) ed il Piemonte (9,0), la Toscana (8,78), il Trentino A.A. (8.,10)). Tutte le altre regioni presentano valori inferiori al tasso nazionale di 8,48 casi ogni mille abitanti.

STIME REGIONALI DI CONSUMATORI USUALI DI HEROINA

Regioni	n. soggetti	%	tassi x 1000
Lombardia	46.798	17,1	9,07
Lazio	30.697	11,2	10,27
Campania	25.662	9,4	7,72
Piemonte	21.315	7,8	9,00
Emilia Romagna	20.590	7,5	9,63
Sicilia	19.553	7,1	6,89
Veneto	19.348	7,1	7,53
Puglia	17.679	6,5	7,53
Toscana	16.750	6,1	8,78
Liguria	12.284	4,5	14,33
Calabria	8.100	3,0	7,00
Sardegna	7.677	2,8	7,76
Marche	5.649	2,1	7,27
Abruzzo	5.354	2,0	7,71
Friuli V.G.	4.740	1,7	7,25
Trentino A.A.	4.243	1,5	8,10
Umbria	3.469	1,3	7,85
Basilicata	2.189	0,8	6,56
Molise	1.081	0,4	6,11
Valle d'Aosta	821	0,3	12,10
<i>Italia</i>	<i>274.000</i>	<i>100,0</i>	<i>8,48</i>

FINESTRE DEL CAPITOLO 9

Gli indicatori epidemiologici

- incidenza di primo uso: quota assoluta o relativa della popolazione di riferimento (generale e/o di una determinata area) che intraprende l'uso di una data sostanza nell'unità di tempo;
- prevalenza di uso attivo: quota assoluta o relativa della popolazione di riferimento rappresentata da assuntori attivi nel periodo di riferimento (intervallo o istante);
- frequenza ed intensità di uso: distribuzioni di probabilità delle frequenze d'uso e delle quantità di sostanze utilizzate da ogni singolo individuo (combinare con i dati sulla prevalenza consentono di stimare la quantità di droga consumata nel periodo);
- tasso di rimozione: quota della popolazione che usa una data sostanza e che risulta sottoposta a cura, o avviata alla remissione spontanea, o caduta in recidiva, o in carcere, o deceduta, o emigrata (saldo netto).

Osservazioni

Il fenomeno in questione non può essere descritto nella sua interezza se non nei termini della combinazione tra queste variabili. Ad esempio, un calo dell'incidenza può non causare una conseguente diminuzione della prevalenza. Analogamente, un aumento della prevalenza può essere registrato anche in periodi di incidenza nulla, come risultato di quelle che potrebbero essere definite "rimozioni negative" (recidive di individui curati o remissivi, uscite dai programmi di trattamento, ecc.).

In ogni modo, il calcolo della prevalenza, riesce a mostrare la complessità delle stime concernenti il mercato degli stupefacenti: ad ogni istante la popolazione dei consumatori di una determinata sostanza costituisce una mistura assai variabile di soggetti provenienti da esperienze differenti e caratterizzati da modelli di consumo alquanto eterogenei. La quantità totale assunta è infatti non solo funzione del tempo, ma anche della mutante distribuzione dei modelli di consumo.

Le misure precedenti, ed in particolare quelle di incidenza e prevalenza, andrebbero calcolate per sottogruppi della popolazione generale, da formare in base alle caratteristiche demografico-sociali dei soggetti coinvolti e alla loro residenza nelle varie ripartizioni territoriali.

CAPITOLO 10

L'uso di sostanze e l'impatto con le Istituzioni

Soggetti trattati per abuso di droga presso i SerT (Servizi pubblici per le tossicodipendenze)

Nel 1998 hanno fornito informazioni 518 SerT su 557 attivi, 504 lo avevano fatto nel 1997.

Al Nord è ubicato il 44,6% dei Servizi e il 46,5% dei soggetti in trattamento, al Centro il 19,5% e il 19,4%, al Sud il 24,3% di entrambi, nelle Isole l'11,6% e il 9,8%.

Sono risultati in carico nell'anno presso i SerT 137.657 soggetti tossicodipendenti, 138.218 nel 1997, valori questi sostanzialmente sovrapponibili se si tiene conto del diverso numero di Servizi che hanno fornito informazioni.

In ogni Servizio sono mediamente seguiti 266 tossicodipendenti, valore in linea con quello degli anni precedenti (265 nel 1996; 274 nel 1997).

Circa l'86% dei soggetti in trattamento presso i SerT è di sesso maschile, con un rapporto maschi/femmine pari a 6,3, valore sostanzialmente stabile nel tempo e tendenzialmente crescente dal 1995, a conferma dell'ipotesi che la dipendenza da droga è uno stato estremamente selettivo per sesso. Tale indice presenta una significativa variabilità geografica, assumendo valori inferiori nelle regioni del Nord-centro e superiore a 10 in varie regioni del Sud.

I soggetti in trattamento presso i SerT appartengono prevalentemente alle fasce di età tra 20 e 34 anni (71,6%); in particolare, il 28,1% ha un'età compresa tra 25 e 29 anni.

Nel tempo si assiste ad un progressivo innalzamento dell'età media dei soggetti in trattamento: il numero di quelli in età più giovane (fino a 24 anni) si è ridotto, in confronto al 1991, di quasi 14 punti (33,4 nel 1991; 19,5 nel 1998) ed è aumentata significativamente la quota di ultratrentenni, passata dal 29,5% nel 1991 al 52,4 % nel 1998.

L'età media dei "nuovi utenti" (quelli che si sono rivolti per la prima volta al Servizio nell'anno di riferimento) è, per entrambi i sessi, più bassa di circa 3 anni rispetto a quella riferita ai soggetti in carico dagli anni precedenti.

Si conferma nel 1998 l'assoluta prevalenza del consumo di eroina (85,6%) - soprattutto per via endovenosa-, seguita dai cannabinoidi (7,6%) e dalla cocaina (3,2%). E' altresì confermata la tendenza ad una lieve flessione nel tempo della percentuale di utenti eroinomani (91,2% nel 1992, 87,5% nel 1997, 85,6% nel 1998) e l'aumento, anch'esso contenuto, del numero di utenti

che fanno uso di cannabinoidi (4,6% nel 1992, 6,9% nel 1997, 7,6% nel 1998) e di cocaina (1,3% nel 1991; 2,3% nel 1997, 3,2% nel 1998).

Il 39,2% dei soggetti ricorre, come sostanza di uso secondario (usata come alternativa abituale alla sostanza assunta in via primaria), ai cannabinoidi, il 14,9% alle benzodiazepine e il 18,4% alla cocaina; inoltre, il 15,6% dei soggetti in trattamento associa alcool.

L'uso primario e secondario di ecstasy rimane marginale nel panorama degli utenti dei SerT (0,7% uso primario, 2,4% uso secondario) e lo stesso dato riguarda anche le amfetamine.

Si conferma l'andamento decrescente del numero di tossicodipendenti in trattamento presso i SerT con infezione da HIV: si è passati da una incidenza del 28,8% nel 1991 al 16,2% nel 1998. Tale tendenza permane stratificando i soggetti in trattamento per sesso e per anzianità di rapporto con il SerT (nuovi utenti e utenti già in carico).

E' rilevata una forte variabilità territoriale: alcune regioni hanno percentuali di positività molto al di sopra del valore nazionale (Emilia-Romagna 28,2%; Lombardia 27,7%; Sardegna 21,7%; Lazio 21,6%), in altre, meno del 5% degli utenti testati risulta positivo (Valle d'Aosta 0,6%; Molise 4,0%; Campania 3,9%).

L'anzianità di utenza e il sesso risultano essere importanti fattori di discriminazione: la proporzione di soggetti infetti, comunque in diminuzione, è più bassa nei "nuovi ingressi" di sesso maschile e più elevata nei "vecchi" soggetti in trattamento di sesso femminile.

Le epatiti da virus B e C rappresentano un rilevante problema di sanità pubblica, riconoscendo nei tossicodipendenti il principale serbatoio di infezione.

Nel periodo 1991-98, la proporzione di tossicodipendenti infetti (presenza di almeno un "marker" di epatite da virus B) è piuttosto elevata, seppure in diminuzione rispetto ai primi anni '90: dal 50,9% del 1991 al 45,3% del 1998. Questa tendenza trova conferma considerando l'utenza distinta per sesso e in base all'anzianità (nuovi utenti e utenti già in carico).

A livello territoriale, si rileva una forte variabilità nelle percentuali di utenti positivi al test dell'epatite virale B.

Come per l'HIV, anche per l'epatite B è confermata 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.

L'importanza dell'infezione da epatite C nei tossicodipendenti emerge chiaramente dall'analisi dell'informazione sull'infezione tra gli utenti dei SerT: nel 1998, il 67,6% dei soggetti sottoposti al test per l'accertamento della positività presenta l'infezione. E' presente anche in questo caso una discreta variabilità regionale: si passa dal valore del 51,5% della Campania a valori superiori al 79% in Emilia-Romagna e Friuli-Venezia Giulia.

L'analisi della proporzione di infetti per sesso e per "anzianità" evidenzia, 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 25

punti; nelle femmine, la differenza supera il 30%. Non sembra, viceversa, esistere una forte differenziazione per sesso.

Soggetti trattati per abuso di droga presso le strutture socio-riabilitative

Nel corso del 1998 sono risultate attive 1.344 (1.347 alla data del 31 dicembre) strutture socio-riabilitative (nelle quali sono comprese le comunità terapeutiche). Questo valore era pari nel 1997 a 1.364.

Le strutture socio-riabilitative censite (quelle che hanno trasmesso le informazioni richieste) sono 1.282 (1.264 alla data del 31 dicembre), 1.283 nel 1997, i soggetti in trattamento 21.532 (20.492 alla data del 31 dicembre), di cui l' 84,2% maschi. La variazione negativa rispetto al 1997 dei soggetti in trattamento (22.375) è del 3,8%.

Dalla rilevazione effettuata al 31 dicembre risulta che al Nord è stato censito il 55,1% delle strutture ed ospitato il 51,3% dei soggetti in trattamento; al Centro, il 21% delle strutture ed il 27,7% dei soggetti, al Sud rispettivamente il 18,3% ed il 16,1%, nelle Isole il 5,6% delle strutture ed il 4,9% dei soggetti.

Il maggior numero di soggetti in trattamento è stato registrato in Lombardia, Emilia-Romagna, Lazio, Piemonte e Veneto

Il 66,3% dei soggetti in trattamento è ospitato in strutture residenziali, il 10,6% in strutture semiresidenziali, il 23,1% in strutture ambulatoriali.

L' 84,6% dei soggetti trattati è di sesso maschile.

Soggetti consumatori di sostanze stupefacenti segnalati ai Prefetti ai sensi dell'art. 75 del DPR n. 309 del 1990

Il numero di tossicodipendenti segnalati ai Prefetti nel periodo dall'11 luglio 1990 (data di entrata in vigore della normativa) al 31 dicembre 1998 dalle Forze di Polizia ai sensi dell'art. 75 del DPR n. 309 del 1990, per detenzione di sostanze stupefacenti per uso personale è pari a 210.345.

L'età media degli assuntori è di 23 anni, la maggiore incidenza per età si verifica per le classi di età comprese tra 18 e 30 anni (79,7%), a fronte del 7,6% di segnalati minorenni e del 12,7% di quelli in età superiore a 30 anni.

In lieve aumento, rispetto allo scorso anno, l' incidenza dei segnalati minorenni, mentre la percentuale dei segnalati con età superiore a 30 anni è rimasta invariata.

Sostanzialmente immutata fra i due anni la prevalenza dei maschi (93%).

156.318 segnalazioni (62,3% del totale) riguardano l' assunzione di sostanze "leggere", 89.370 (35,6%) sostanze "pesanti" e 5.093 (2%) sostanze "pesanti più leggere".

Le regioni con il più alto numero di soggetti segnalati sono la Lombardia (38.404), il Lazio (29.719), la Toscana (27.484), il Piemonte (20.693) e la Campania (19.982).

Le regioni con il minor numero di persone segnalate sono il Molise (795) e la Valle d'Aosta (958).

Il numero complessivo di colloqui svolti davanti al Prefetto è stato di 194.960. A seguito dei colloqui, 89.988 soggetti (46,2%) sono stati invitati a non fare più uso di sostanze stupefacenti (ammonizione), 56.959 (29,2%) hanno richiesto di essere avviati ai servizi per le tossicodipendenze per il trattamento terapeutico.

Di questi ultimi, 26.348 (46,3%) hanno terminato il programma terapeutico.

Le sanzioni amministrative adottate dai Prefetti sono state 51.383, di cui 34.836 (67,8%) a seguito di colloqui presso il Nucleo Operativo Tossicodipendenze della Prefettura e 16.547 (32,2%) per mancata presentazione al colloquio.

Detenuti tossicodipendenti, alcooldipendenti ed affetti da HIV negli Istituti penitenziari (escluse le Case Mandamentali e gli Istituti per minorenni)

L'incidenza dei tossicodipendenti rispetto ai presenti mostra un progressivo, anche se non lineare, decremento, passando dal 32,8% nel 1991 al 28,5% nel 1998.

In cifre assolute, alla generale crescita della popolazione detenuta dall'anno 1991 ha fatto riscontro un aumento più contenuto del numero di detenuti tossicodipendenti, che è andato progressivamente accrescendosi dopo l'applicazione della normativa di cui al DPR. n. 309 del 1990, toccando nel mese di giugno 1994 il picco massimo di 15.957 unità.

Alla data del 31 dicembre 1998 il numero di detenuti tossicodipendenti è risultato pari a 13.567, valore sostanzialmente sovrapponibile a quello dell'analogo periodo del 1997.

Al costante aumento della popolazione detenuta e del numero dei detenuti tossicodipendenti non ha fatto riscontro un aumento del numero di detenuti affetti da HIV.

L'incidenza dei detenuti sieropositivi accertati in seguito agli *screening* effettuati presso gli Istituti rispetto ai presenti è progressivamente scesa dal 9,7% nel 1990 al 3,3% nel 1998.

Il valore assoluto dei detenuti affetti da HIV ha raggiunto un picco di 3.884 unità nel giugno 1992 e si è ridotto a 1.546 unità nel 1998.

Presumibilmente, l'andamento è stato in parte influenzato dalla diminuzione della percentuale di detenuti che si sottopone al test volontario per l'accertamento del virus HIV e dall'altra dagli effetti della normativa di cui alla legge n.222 del 1993, che ha consentito la scarcerazione dei malati gravi, pari al 20,7% nel 1998.

Si evidenzia una forte correlazione tra l'infezione da HIV e lo stato di tossicodipendenza; tuttavia, il rapporto è andato progressivamente diminuendo, considerato che la percentuale dei soggetti sieropositivi non tossicodipendenti è in fase di aumento (1995=10%, 1998=14%).

Il rapporto percentuale fra detenuti provenienti dalla libertà e detenuti che si sono sottoposti all'esame per l'accertamento del virus HIV mostra valori progressivamente in regresso, anche se con andamento non lineare (49,4% nel 1991, 35,1% nel 1998).

A livello regionale, la percentuale degli *screening* effettuati oscilla in un intervallo molto ampio, tra un minimo del 10,3% (Valle d'Aosta) ad un massimo del 79,5% (Piemonte).

La percentuale di soggetti risultati positivi rispetto al numero di detenuti testati tende a decrescere progressivamente, passando dal 14,7% nel 1990 al 5,7% nel 1998.

Considerato che lo *screening* viene effettuato esclusivamente sui detenuti che si sottopongono volontariamente al test, è interessante stimare l'entità effettiva dei detenuti sieropositivi in carcere.

Su un campione di 24.324 detenuti presenti al 31/12/98, 11.492 sono stati sottoposti a *screening* e di questi sono risultati positivi 673 soggetti, pari al 5,9%.

Se si ipotizza un accettabile livello di significatività della incidenza del 5,9% per l'insieme della popolazione detenuta presente al 31/12/98 negli Istituti penitenziari (47.560 unità), si ottiene la stima (forse in eccesso) di un contingente di 2.787 detenuti sieropositivi, di contro a 1.546 accertati.

La percentuale di soggetti che hanno fatto ingresso negli Istituti ai sensi dell'art. 73 del DPR n. 309 del 1990 (produzione, traffico e vendita di sostanze stupefacenti) è regredita dal 40,3% del totale nel 1991 al 37,8% nel 1997, al 35,4% nel 1998.

L'analisi dei motivi di ingresso dei detenuti tossicodipendenti ha mostrato, come del resto era lecito aspettarsi, una maggiore incidenza dei reati connessi alla violazione della legge sulla droga rispetto al complesso della popolazione detenuta.

Il numero di tossicodipendenti entrati dalla libertà in attuazione dell'art. 73 del DPR n. 309 del 1990 è stato sistematicamente superiore al numero dei tossicodipendenti entrati per altri reati.

La percentuale di tossicodipendenti entrati per l'art. 73 rispetto al totale dei tossicomani entrati è stata del 52,22%, posizionandosi quasi sempre sopra il valore del 50% e leggermente al di sotto solo nell'ultimo anno.

L'ingresso dei detenuti stranieri è correlato ai reati di traffico e spaccio di stupefacenti in misura maggiore di quanto accade per l'insieme della popolazione detenuta.

La percentuale di nuovi ingressi di stranieri per l'art. 73 è costantemente superiore alla corrispondente percentuale che si riscontra per i nuovi in complesso.

Nel periodo 1992-1998, la percentuale è in media pari al 42,3% per gli stranieri e al 37% per il complesso della popolazione detenuta.

La percentuale di stranieri tossicodipendenti ristretti per l'art. 73 rispetto al totale degli stranieri tossicodipendenti è in media pari al 61,2; il corrispondente dato riferito al totale della popolazione detenuta (percentuale dei tossicodipendenti entrati per l'art. 73 rispetto al totale dei tossicodipendenti entrati) è in media del 52,2.

Il numero di detenuti stranieri tossicodipendenti ristretti per l' articolo 73 è stato costantemente superiore a quello degli stranieri tossicodipendenti ristretti per altri reati.

La percentuale degli stranieri tossicodipendenti entrati per l'art. 73 rispetto al totale dei nuovi giunti stranieri tossicodipendenti non è mai scesa al di sotto dei 57,4.

L'aumento della popolazione detenuta ha influenzato, ovviamente, l'attività dei Centri di servizio sociale per adulti in relazione alla collaborazione che questi servizi sono chiamati a svolgere per l'attività di osservazione e trattamento all'interno degli Istituti.

Nel 1998, l' entità numerica dei casi pervenuti ai Centri di servizio sociale ai sensi degli artt. 47, 47bis e 47ter è aumentata di 3 volte rispetto ai valori dell' anno 1992. La percentuale di casi pervenuti riguardanti i soggetti tossicodipendenti è invece progressivamente diminuita. Nel 1992 e nel 1993 si è mantenuta oltre il 40%; dal 1994 al 1998 è regredita fino a raggiungere il valore più basso nel 1998: 25,6%. Si è registrato anche un incremento delle misure alternative concesse, dallo stato di libertà all'affidamento in prova al servizio sociale.

Al maggiore numero di casi seguiti ha fatto riscontro una accresciuta complessità degli interventi attuati, dovuta principalmente alle problematiche peculiari di grave consistenza proprie della tipologia dei detenuti trattati (tossico-alcool dipendenti, malati di AIDS ed altre sindromi correlate, detenuti extracomunitari).

Negli anni 1996 e 1997 e nel primo semestre 1998 è uscito per incompatibilità un numero inferiore di soggetti rispetto agli anni precedenti, che è aumentato, però, nel secondo semestre; è, altresì, aumentato il numero di soggetti malati di AIDS presenti in Istituto a fine semestre ed il numero complessivo dei soggetti malati gravi (affetti da AIDS + affetti da deficit immunitario grave).

Alla data dei 31/12/98 sono stati scarcerati complessivamente 6.302 soggetti, di cui 2.584 per rinvio della esecuzione della pena (condannati), 1.370 per revoca della misura cautelare e 2.348 per avvio agli arresti domiciliari.

Risultano aver fruito delle predette misure in media 840 soggetti ogni anno.

I detenuti in gravi condizioni di salute presenti al 31/12/98 che potrebbero usufruire della citata normativa sono 320, di cui 118 malati di AIDS conclamata, 50 con grave deficienza immunitaria e 152 con deficienza immunitaria rilevante.

La rilevazione campionaria effettuata per accertare una serie di importanti aspetti e caratteristiche per la comprensione del fenomeno della tossicodipendenza nelle carceri ha prodotto i seguenti risultati:

- la fascia di età più numerosa è quella compresa tra 30 e 39 anni, seguita da quella tra i 21 e i 29 anni; insieme, comprendono 5.583 soggetti su 6.852 (81,5%). Nel tempo, la fascia di età più numerosa si è progressivamente spostata all'intervallo 30-39 anni, in analogia con quanto avviene nella società libera, dove si assiste al fenomeno dell'invecchiamento dell'utenza che afferisce alle strutture socio-riabilitative deputate al trattamento dei tossicodipendenti;