

ATTI PARLAMENTARI

XIII LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. XXX

n. 3

RELAZIONE

SUI DATI RELATIVI ALLO STATO DELLE TOSSICODIPENDENZE IN ITALIA, SULLE STRATEGIE ADOTTATE E SUGLI OBIETTIVI RAGGIUNTI, SUGLI INDIRIZZI CHE SARANNO SEGUITI NONCHÉ SULL'ATTIVITÀ RELATIVA ALL'EROGAZIONE DEI CONTRIBUTI FINALIZZATI AL SOSTEGNO DELLE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE, RIABILITAZIONE, REINSERIMENTO E RECUPERO DEI TOSSICODIPENDENTI
(Anno 1998)

*(articolo 131 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica
9 ottobre 1990, n. 309, come modificato dall'articolo 1, comma 3,
della legge 18 febbraio 1999, n. 45)*

Presentata dal Ministro per la solidarietà sociale
(TURCO)

Trasmessa alla Presidenza il 21 luglio 1999

PAGINA BIANCA

INDICE

Introduzione del Ministro per la solidarietà sociale....	Pag.	7
--	------	---

PARTE PRIMA

LE POLITICHE DI CONTRASTO ALLE TOSSICODIPENDENZE

1. La complessità dell'area di osservazione	»	11
2. Le politiche di intervento e gli accordi internazionali	»	16
3. Il ruolo delle regioni e delle province autonome	»	20
4. L'utilizzazione delle risorse e la valutazione degli interventi	»	23
5. I contributi delle amministrazioni statali e regionali ..	»	27
6. L'impegno verso il Paese	»	69

PARTE SECONDA

LE ATTIVITÀ DI CONTRASTO ALLE TOSSICODIPENDENZE

Prevalenza d'uso e modalità di utilizzo delle sostanze.

7. L'uso delle sostanze e lo sviluppo della dipendenza ...	»	75
8. I problemi sanitari e sociali correlati all'uso delle sostanze psicoattive	»	80
9. Quante sono le persone coinvolte	»	86
10. L'uso di sostanze e l'impatto con le Istituzioni ...	»	91
11. La situazione nei Paesi dell'Unione Europea	»	102

Le azioni per la riduzione della domanda.

12. Le aree prioritarie di interesse e gli interventi
per la riduzione della domanda Pag. 107
13. La qualità degli interventi, la formazione degli operatori e la ricerca » 109

Le azioni per la riduzione del danno.

14. Le strategie complesse e la rete di interventi » 114

Offerta ed azioni di contrasto dell'offerta.

15. Il contrasto del mercato » 121

PARTE TERZA

ARGOMENTI DI APPROFONDIMENTO

16. Alcool, tabacco, farmaci e sostanze illecite fra gli
adolescenti e i giovani » 127
17. Monitoraggio dei soggetti in trattamento e valutazione
dei risultati » 136
18. Decessi droga-correlati » 138
19. Il costo delle tossicodipendenze » 142
20. Tossicodipendenze al femminile » 144
21. Servizio Drogàtel » 148

ALLEGATI

1. Tavole statistiche » 151
2. Bibliografia » 191
3. Indice dei *links* di maggiore interesse » 207

RELAZIONE

SUI DATI RELATIVI ALLO STATO DELLE TOSSICODIPENDENZE IN ITALIA, SULLE STRATEGIE ADOTTATE E SUGLI OBIETTIVI RAGGIUNTI, SUGLI INDIRIZZI CHE SARANNO SEGUITI NONCHÉ SULL'ATTIVITÀ RELATIVA ALL'EROGAZIONE DEI CONTRIBUTI FINALIZZATI AL SOSTEGNO DELLE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE, RIABILITAZIONE, REINSERIMENTO E RECUPERO DEI TOSSICODIPENDENTI

(Anno 1998)

PAGINA BIANCA

Introduzione del Ministro per la Solidarietà Sociale

Nel 1998 è proseguita con crescente intensità nel nostro Paese l'evoluzione del fenomeno droga, soprattutto per quanto riguarda le sue manifestazioni ("nuove droghe") e gli stili di vita ad esso connessi.

Come è noto, il consumo di droghe sintetiche è in forte ascesa e interessa soprattutto giovani soddisfatti della propria condizione, ben inseriti socialmente, per lo più studenti e lavoratori con adeguata disponibilità economica, che non si identificano nella tipologia del tossicodipendente "tradizionale" e non si rivolgono ai SerT per richieste di cure.

La Relazione al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia per l'anno 1998, proseguendo il percorso innovativo avviato con la precedente edizione, si propone come occasione qualificante per esaminare compiutamente e con il supporto delle più recenti acquisizioni scientifiche le complesse problematiche poste dal diverso manifestarsi del fenomeno e per offrire al legislatore, ma anche agli esperti, agli studiosi ed agli stessi operatori, utili elementi per la definizione di adeguate strategie di riduzione della nuova domanda.

Dalla Relazione emerge evidente la necessità di puntare soprattutto su iniziative organiche, coraggiose e innovative di prevenzione e di informazione, che rappresentano i mezzi più efficaci di contrasto al consumo delle "nuove droghe", considerata la capillare diffusione e la difficoltà di controllarne il consumo.

Occorre individuare per i giovani, che attraverso il consumo di "ecstasy" esprimono una forma di *disagio della normalità*, specifici modelli culturali di responsabilizzazione al rispetto della qualità della vita, di valorizzazione della creatività e del talento, coinvolgendo le famiglie, la scuola, il volontariato, l'ambiente di lavoro, il mondo dell'informazione, l'insieme, insomma, della società civile.

I dati statistici contenuti nella Relazione confermano, purtroppo, la perdurante gravità del consumo delle *tradizionali* droghe, essenzialmente eroina, malgrado la lieve regressione registrata negli ultimi anni e consolidatasi nel 1998.

L'approfondita analisi contenuta nella Relazione documenta eloquentemente la necessità di delineare strategie di contrasto che superino i modelli basati esclusivamente sulla repressione, sulla punizione, addirittura sul carcere, la cui inefficacia, peraltro, contribuisce ad aggravare l'emarginazione e dunque i rischi sociali e sanitari di chi assume droghe.

Rilevanti, in questa direzione, possono dimostrarsi gli interventi di riduzione del danno, da intendersi come sistema coerente con finalità di tutela della salute attraverso il sostegno terapeutico sia preventivo che curativo e per favorire l'integrazione sociale.

Come capacità di offrire al tossicodipendente un ruolo relazionale per metterlo in condizione di riscoprire la propria persona, sperimentare e condividere la solidarietà e l'interesse nei suoi confronti.

La Relazione al Parlamento vuole dunque caratterizzarsi sempre più come occasione di dibattito, di confronto e di verifica sull'andamento del fenomeno delle tossicodipendenze e su come approntare i necessari adeguamenti normativi ed organizzativi per contrastarlo.

Come non pensare, ad esempio, preso atto delle modificazioni che i consumatori, i produttori e le regole del mercato di sostanze impongono, che è giunto il momento di *reinventare* la rete dei servizi pubblici e privati adeguando gli schemi di organizzazione e di funzionamento basati sulle caratteristiche e sulle necessità degli utenti eroinomani?

Occorre, infine, che la Relazione al Parlamento rappresenti un'occasione di verifica dello stato di attuazione della legge n. 45 del 1999, che, a conclusione di un dibattito parlamentare iniziato nel 1996, ha introdotto importanti modifiche innanzi tutto all'assetto istituzionale, accentrando presso il Dipartimento per gli Affari Sociali la funzione di elaborare le politiche di prevenzione, recupero e reinserimento sociale dalle tossicodipendenze, con il supporto di un Comitato di Ministri e di una Consulta composta da 70 esperti ed operatori del settore.

La legge n. 45 dispone anche il trasferimento annuale alle Regioni del 75% delle risorse finanziarie del Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga (circa 200 miliardi), da utilizzare per finanziare progetti di prevenzione, recupero e reinserimento sociale dei tossicodipendenti, valutati dalle Regioni sulla base di criteri generali dettati dal Governo con specifici Atti d'indirizzo e coordinamento.

Il 25% del Fondo è impiegato per promuovere, a cura del Dipartimento per gli Affari Sociali d'intesa con le Amministrazioni statali interessate, progetti sperimentali di prevenzione e di interscambio delle informazioni sul fenomeno, i cui risultati verranno diffusi capillarmente.

La legge n. 45, infine, dispone che con Atto d'intesa fra lo Stato e le Regioni si provveda a definire i requisiti minimi organizzativi e funzionali che devono possedere le organizzazioni del privato sociale per svolgere attività sociale e sanitaria in materia di tossicodipendenze.

Ritengo che i numerosi istituti normativi introdotti dalla legge n. 45 rendano finalmente possibile un dibattito politico e ideologico su questi temi più sereno, non eludendo, ovviamente, i termini di urgenza e di gravità, ma favorendo soprattutto una concreta e rapida presa di coscienza sulle iniziative da avviare e sui progetti da promuovere, dando assoluta priorità all'integrazione fra le risorse dello Stato centrale e delle Autonomie locali e rinnovando l'offerta dei servizi pubblici e degli enti privati accreditati.

Con la consapevolezza che il fenomeno delle tossicodipendenze e del consumo di droga non interessi unicamente un ambito circoscritto e statisticamente non rilevante di popolazione ma il complesso della società civile, affido la Relazione ai politici, agli amministratori, agli operatori ed educatori, a tutti coloro, insomma, che vogliano contribuire a contrastarne gli effetti con proposte concrete e con un rinnovato impegno per ricercare insieme una sempre più proficua "cura della vita".

Parte Prima

Le politiche di contrasto alle tossicodipendenze

PAGINA BIANCA

CAPITOLO 1

La complessità dell'area di osservazione

Chi si cimenta oggi nell'osservare, analizzare e descrivere il fenomeno della tossicodipendenza si trova di fronte ad una condizione difficilmente riconducibile entro semplici misurazioni o schemi interpretativi.

L'obiettivo da centrare non è unico, ma costituito da molteplici obiettivi secondari che riguardano: l'osservazione, l'analisi e la descrizione della disponibilità delle diverse sostanze con i loro specifici effetti, la vulnerabilità e i comportamenti d'uso individuali, le risorse dei singoli e complessive messe in atto per contrastare il fenomeno, le interazioni fra i diversi fattori che si esemplificano in una gamma vastissima di possibili combinazioni.

Qualunque ragionamento, riflessione o studio che voglia aiutare a comprendere, in maniera chiara e verificabile, come la tossicodipendenza e per essa il tossicodipendente rispondano all'impiego da parte della comunità di grandi risorse economiche e alle strategie d'intervento, deve prendere in considerazione questa complessità dell'area di osservazione.

Il fenomeno, difficile da cogliere per intero, appare mutevole e variegato sia per quanto riguarda il panorama dei consumatori che delle sostanze, ma l'area di intervento non è senza confini. La via da percorrere è ormai chiaramente visibile, tracciata attraverso punti definiti. Da una parte l'utilizzo delle acquisizioni in evoluzione, ma non incerte, della ricerca scientifica e dall'altra la solidarietà dell'uomo verso l'uomo.

Occorre prima di tutto tenere presente che un gran numero di consumatori non percepisce i rischi, per il proprio benessere e per quello dei familiari o delle altre persone della propria sfera relazionale, associati al comportamento d'uso delle sostanze psicoattive e di conseguenza non si identifica in una persona bisognosa di aiuto.

Ci sono elementi per individuare una quota sommersa di consumatori già in fase di sviluppo della dipendenza dalle sostanze utilizzate che vive in condizioni di integrazione sociale o di marginalità compensata in modo estemporaneo. Questi consumatori, pur utilizzando le sostanze in modo controllato, contraggono la dipendenza e ne sviluppano la tolleranza. Altri si limitano all'impiego episodico delle droghe e dell'alcool.

Ancora più evidente, tra le mutevoli caratteristiche del fenomeno, l'affermarsi di una visione dell'abuso di sostanze più tesa al procurare effetti stimolanti ed eccitanti che non quelli propri dei depressori del sistema nervoso. In luogo della estraniamento, della fuga da sé e della anestesia dei problemi, il mondo giovanile si proietta alla ricerca di *performance* elevate, energizzazioni durevoli e acutezza incisiva del pensiero.

Prende campo rispetto ad un generico desiderio di "sballo" una esigenza di onnipotenza appagata dalla cocaina e da una tipologia di derivati amfetaminici. Proprio la cocaina si presenta in quantità più significative sul mercato e investe con caratteristiche nord-americane i giovani e la prima giovinezza, con una estensione che travalica lo stato socio-economico cui sino ad ora era confinata.

Il bisogno di comunicazione espresso dagli adolescenti, il ricorso agli entactogeni e a sostanze psichedeliche, l'uso di cannabinoidi, suggeriscono una forte necessità di stabilire contatti personali con una percezione intensa delle relazioni e con una vicinanza affettuosa di cui alcuni giovani non sembrano essere capaci senza l'ausilio delle droghe.

La ricerca dell'effetto delle sostanze è già rilevabile negli anni della scuola media inferiore e nella preadolescenza, quando gli spazi lasciati dalle mancate risposte ai quesiti di senso e l'inadeguata percezione del sé, insieme alle frustrazioni indotte dalla mentalità perfezionistica e dai limitati orizzonti di prospettive riduzionistiche, vengono colmati dall'impiego di nicotina, alcool e cannabis.

Il quadro dell'impiego della sostanza diviene ancora più complesso ed inquietante se si situa all'interno di una realtà sociale che non offre punti di riferimento tali da aiutare gli adolescenti nella ricerca dell'identità personale. In questo quadro, la ricerca di novità e di sensazioni fuori dalla quotidianità occupa il tempo e lo spazio della persona, generando comportamenti a rischio che si intrecciano con l'uso delle sostanze psicoattive, illegali e dell'alcool.

Le sostanze psicoattive disinibiscono e supportano una percezione di eroicità, riducono lo stress e le frustrazioni connesse con l'esperienza del limite, conducono alla percezione di gratificazioni che, annullando i tempi di attesa, realizzano un "corto circuito" del piacere, una sorta di "supermercato" del sacro, dello spirituale e dell'esoterico, animano la condizione di vuoto di cui si è parlato, anche in questo caso, in un intreccio inscindibile con l'uso delle sostanze psicoattive.

Non è difficile osservare l'impiego di cocaina e superalcolici in forme "grezze" di satanismo, nonché degli stimolanti come veicolo per il successo in altre aggregazioni settali che promettono di enfatizzare le risorse personali e umane.

Una condizione familiare caratterizzata da un tessuto culturale ed emotivo estremamente povero, spesso fortemente centrata sulle opportunità offerte dal denaro e dai consumi, apre la strada ad esperienze vicarianti nel mondo dei gruppi dei pari e dei gruppi devianti mediate dall'impiego delle sostanze.

Le dinamiche affettive vissute nel gruppo assumono significato grazie all'impiego della sostanza per soggetti, la cui "tastiera" emozionale ed affettiva ha conservato solo i "toni" dell'aggressività e della dipendenza.

Sempre più vistose nel panorama nuovo della tossicodipendenza sono le dimensioni delle problematiche psichiatriche in comorbidità con il disturbo addittivo. Al momento della disuasazione le persone mostrano, in percentuale sempre maggiore, l'emergere di grandi disturbi della personalità, di pesanti alterazioni del tono dell'umore e in qualche caso di veri e propri quadri psicotici.

Ad esempio, in confronto ai tossicodipendenti degli scorsi decenni, che, spesso, nella qualità di "ex" sono stati coinvolti nei processi di recupero di altri tossicodipendenti, la condizione dei pazienti di oggi non permette, nella maggior parte dei casi, l'impiego degli stessi come risorse da parte delle comunità terapeutiche.

Anche l'affermarsi sul mercato illegale degli amfetamino-derivati come l'ecstasy e le molecole analoghe ha comportato condizioni nuove rispetto alle problematiche connesse con le droghe naturali. Queste sostanze sintetiche, infatti, possono essere prodotte in modo semplice e artigianale; non necessitano del coinvolgimento delle impegnative vie del narcotraffico sotto il controllo di organizzazioni criminose strutturate, ma possono corrispondere a una complessa e capillare rete di piccoli produttori e ad una altrettanto sfuggente rete di piccoli spacciatori. Complesse e nuove dunque le problematiche connesse al contrasto, all'approvvigionamento dei precursori; del tutto nuove e piene di incognite le strategie atte ad avvicinare i consumatori e ancora a delineare gli elementi dei trattamenti curativi e riabilitativi.

Nuovo per l'ambito del nostro Paese l'impiego in modo estensivo di sostanze stimolanti, in luogo dei depressori del sistema nervoso. Evidenti le differenti aspettative e il possibile ruolo di questi amfetamino derivati come "gateway drugs" per la cocaina, che appunto negli ultimi mesi ha fatto registrare un incremento tra i giovani e addirittura tra i minori.

Un approccio, quello con gli amfetamino-derivati, che rende il rapporto con la droga apparentemente compatibile con la vita ordinaria, del tutto scevro, secondo l'opinione comune, da rischi di dipendenza fisica e da quelli infettivologici legati all'uso della via venosa: si sviluppa la concezione di droga come fatto ricreazionale sottovalutando gli aspetti neurotossici e la capacità di queste sostanze di indurre alla reiterazione.

Sempre analizzando gli aspetti nuovi di questi derivati amfetaminici, emerge la possibilità di sviluppare danni organici e impegnative alterazioni psico-comportamentali in tempi estremamente ridotti rispetto alle droghe di origine naturale. Le esperienze cliniche che vedevano instaurarsi gli effetti a lungo termine dovuti alle droghe dopo diversi mesi o addirittura dopo anni, vengono rideterminate da queste sostanze e, in alcuni casi, ricondotte entro i limiti di poche settimane o meno.

La generica aspettativa dello "sballo" è sostituita, per quanto concerne queste sostanze, da una più variegata e complessa serie di attese che riguardano la introspezione, la comunicazione interpersonale e una percezione meno monotona di sé e del tempo. Se lo sballo comportava un tentativo di fuga dal sé e di estraniamento, gli effetti dell'ecstasy promettono una scoperta di sé in profondità e una maggior percezione della vicinanza dell'altro.

I problemi posti dal consumo di droghe e dallo sviluppo della dipendenza impongono l'organizzazione di un'offerta terapeutica e di integrazione sociale secondo un approccio interdisciplinare che non è facile impostare ed ancora meno armonizzare. Allo stato attuale, i risultati della ricerca biologica, soprattutto sperimentale, delle esperienze cliniche, psicologiche e

farmacologiche e delle osservazioni sociologiche sono spesso in contrasto ed impongono una duttilità ed una disponibilità al confronto ed all'integrazione per chiunque pensi di confrontarsi con questo argomento.

Un impegnativo processo di cambiamento sta investendo le strutture pubbliche e private impegnate nella prevenzione e cura delle tossicodipendenze. L'investimento di risorse in ambito formativo ha ottenuto maggiori motivazioni e coinvolgimento degli operatori, una più estensiva collaborazione transdisciplinare all'interno dell'équipe, nonché una vivacità nella strutturazione di esperienze innovative e sperimentali.

La maggior parte dei servizi di assistenza pubblici (SerT) non accettano di essere considerati semplicemente luoghi di somministrazione del metadone, ma stanno adoperandosi per imporre all'esterno il ruolo di strutture cliniche polivalenti capaci di un dettagliato approccio diagnostico, di attuazione di interventi e terapie personalizzate e adatte a tutte le variegate tipologie di soggetti; altri Ser.T. si sono dotati di unità di alcologia per la specifica azione su alcolisti non necessariamente tossicodipendenti; altri ancora stanno costruendo ambiti di trattamento per il tabagismo e per le dipendenze non farmacologiche (disturbi alimentari, gioco d'azzardo, etc.).

In molti dipartimenti per le dipendenze, attivati in alcune Aziende sanitarie territoriali, si è consolidato uno stretto rapporto con il Provveditorato agli studi, per un intervento nella scuola coordinato e organico. Infine, in alcune regioni si sta realizzando un vero e proprio sistema di servizi che integra le competenze del servizio pubblico con quelle del privato-sociale, superando la conflittualità da tempo esistente.

Anche nelle comunità terapeutiche si sono verificati cambiamenti significativi con l'attuazione di programmi caratterizzati da maggiore elasticità e personalizzazione, l'individuazione di percorsi a breve termine a maggiore intensità terapeutica. Diverse comunità si sono dotate di un supporto di carattere psichiatrico o psicologico, hanno iniziato a impiegare in modo estremamente frequente le terapie psicofarmacologiche in associazione agli interventi relazionali ed educativi.

FINESTRE CAPITOLO 1**Vulnerabilità**

Vulnerabilità significa maggiore o minore disponibilità del soggetto a reagire all'incontro con sostanze che abbiano in sé alcune caratteristiche farmacologiche in grado di agire sul circuito del rinforzo del piacere. Sempre più si vanno delineando le basi biologiche dell'appetibilità del consumo e della premessa, in ciò, delle dipendenze. E' indubbio che circuiti neuro endocrini giochino un ruolo insostituibile nella realizzazione di questi fenomeni. Su queste scoperte poggia il polo biologico della vulnerabilità. Le esperienze cliniche e psicologiche intese nel senso più ampio, dal canto loro, hanno evidenziato altri meccanismi che stanno alla base di condotte di consumo e di dipendenza, declinando il fenomeno secondo linee almeno apparentemente confliggenti con quanto in precedenza descritto.

La quota sommersa di consumatori

Alcune indicazioni indirette, fornite da fattori apparentemente "esterni" al problema, consentono valutazioni indirette rispetto alle dimensioni del fenomeno: ad esempio, gli incidenti stradali durante le notti del *week-end*, il numero dei *drop-out* dalle attività scolastiche e da quelle sportive, il tasso di ricorso alle cure ospedaliere o psichiatriche per problemi alcool-droga correlati, le misure dell'assenteismo; questi elementi ed altri ancora possono servire a intravedere le dimensioni del fenomeno. Anche le proiezioni rispetto al numero delle persone che si rivolgono ai servizi specifici per la cura e la riabilitazione consentono di stimare i livelli di tossicodipendenza presenti in un determinato territorio. Si consideri a titolo esemplificativo la recente evidenza riguardo l'uso di sostanze, pur con rilevanti differenze, nel mondo dello sport, che ha contribuito ad una visione della droga non confinata ad aree marginali della realtà sociale ma diffuso tra le pieghe della normalità.

La ricerca dell'effetto delle sostanze

Le ricerche sociologiche sempre più mostrano come l'accesso all'uso di droghe dipende, più che dai livelli economici, dalle capacità relazionali e dai livelli culturali acquisiti dai soggetti. Anche dati recentemente acquisiti nell'ambito dei nuovi modi di consumo delle cosiddette "nuove droghe" da parte dei giovani dimostrano come siano più facilmente indotti al consumo e ad un consumo più massiccio i giovani con carenze culturali ed affettive. La difficoltà relazionale degli adolescenti diviene progressivamente più palpabile e vede il ricorso all'abuso di alcool e alle sostanze illegali in una percentuale che già a 14 anni supera il 20%. Le considerazioni riferite all'ambito psicologico e sociale costituiscono l'altra parte del concetto di vulnerabilità e lo integrano in una visione complessiva ed adeguata ad essere comprensiva dell'insieme della situazione umana. Banalmente, peraltro, si può osservare che in assenza di sostanze il problema non si pone, per lo meno per quella sostanza e quindi diventa incontrovertibile che il capitolo dell'abuso poggia su una serie molto diversa di fattori scatenanti. Appare evidente quanto possa essere articolato questo campo di studio e quanto sia importante utilizzare metodologie e contributi diversi, prescindendo da semplificazioni che l'operatività talvolta può imporre; l'approccio al problema deve essere rigorosamente interdisciplinare e deve prevedere luoghi ed occasioni di irrinunciabili integrazioni.

CAPITOLO 2

Le politiche di intervento e gli accordi internazionali

La politica di contrasto alle tossicodipendenze tiene conto di una concertazione internazionale divenuta sempre più intensa e continua e che si snoda su più livelli. Ad essa l'Italia partecipa in modo attivo e dinamico, portando il contributo di tutte le Amministrazioni impegnate nella lotta alla droga.

Nel 1998, un'attenzione particolare è stata rivolta al seguito da dare alle decisioni assunte dalla Sessione speciale dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite dedicata alla cooperazione internazionale contro la droga.

A questo riguardo, si è inteso in particolare affrontare in modo equilibrato la lotta alla droga tanto sotto l'aspetto della riduzione dell'offerta quanto sotto quello della riduzione dei consumi e confrontare le esperienze italiane con quelle dei principali *partners* nelle differenti sedi multilaterali.

Cooperazione regionale europea

Unione Europea. L'Italia ha partecipato attivamente ai lavori preparatori dell'UE per la Sessione Speciale dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ed alla ricerca di posizioni comuni fra gli Stati membri.

Nel contesto dei lavori del Gruppo UE-Codro (cooperazione in materia di droga in ambito "secondo pilastro") sono state studiate idonee azioni per incrementare l'adesione degli Stati alle Convenzioni delle Nazioni Unite in materia di lotta alla droga, individuando altresì le aree sensibili verso le quali maggiormente indirizzare l'azione di sostegno dell'U.E.

Nel quadro delle molteplici attività del "Gruppo orizzontale droga" è stata elaborata e approvata una proposta globale concernente i principali elementi della possibile strategia dell'UE in materia di lotta alla droga per il periodo 2000-2004.

Nel contesto delle iniziative regionali, è stato messo a punto un piano di azione globale per l'assistenza ai Paesi dell'America Latina e dei Caraibi nella lotta alla droga.

In attuazione anche di accordi bilaterali di cooperazione, sono stati promossi, organizzati e cofinanziati seminari e corsi ai quali hanno preso parte funzionari ed ufficiali di polizia e dogane di molti Stati. Nel contesto di uno scambio di formazione, personale della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga ha partecipato a seminari organizzati dal Portogallo sul *Traffico di stupefacenti via mare* e dalla Germania sulle *Consegne controllate*.

Particolarmente intensa è stata l'attività dell'OEDT (Osservatorio europeo droga e tossicodipendenza) nei settori dell'informazione e nel miglioramento dei metodi e degli strumenti per la raccolta e l'analisi dei dati sulle legislazioni nazionali vigenti contro la droga.

Il gruppo di lavoro "stupefacenti" si è occupato della elaborazione di un manuale operativo sulle transazioni simulate.

Il Punto Focale Nazionale dell'Osservatorio europeo di Lisbona incaricato dello svolgimento dei compiti connessi all'attività di coordinamento dei flussi informativi nazionali e dei progetti e studi finanziati dall'Osservatorio medesimo, ha proseguito nello svolgimento di qualificanti attività, tra cui:

- Revisione ed aggiornamento della "Mappa delle Fonti Informative sulle tossicodipendenze", effettuate coinvolgendo un più elevato numero di Centri di documentazione (da 15 sono diventati 25). Nell'ottica di monitorare un maggior numero di soggetti pubblici e privati, il Punto Focale sta lavorando per un ulteriore incremento della Mappa Informativa che includa le organizzazioni non governative e le regioni.
- Partecipazione alla seconda fase del progetto europeo E.D.D.R.A. (Exchange of data on Demand Reduction Activities), avviato in via sperimentale nel 1996 dall'Osservatorio Europeo. Il progetto punta alla creazione, presso l'O.E.D.T., di una Banca-dati informatizzata per la raccolta delle informazioni sugli interventi e le iniziative di riduzione della domanda realizzati nei 15 Stati membri, al fine di soddisfare e favorire lo scambio di esperienze e di conoscenze fra professionisti ed operatori del settore.

Nel 1997, il Punto Focale italiano ha provveduto all'inserimento dei primi cinque progetti nazionali nel Data-Base centrale, così come richiesto dal programma 1997/1998, relativo alla seconda fase di fattibilità. Attualmente i progetti inseriti nel Data-Base centrale sono circa un centinaio.

- Partecipazione -in attuazione di una delibera del Consiglio dell'UE finalizzata ad un'azione comune tra gli Stati membri- al "*Sistema di allerta per lo scambio rapido di informazioni sulle nuove droghe sintetiche*" non elencate nelle tabelle previste dalla Convenzione delle Nazioni Unite del 1971.
- Individuazione di tipologie di trattamento e di indicatori dei decessi correlati alla droga.

In collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e con la Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno, è stato elaborato un questionario esplorativo mirato alla definizione di indicatori standardizzati dei decessi droga-correlati al fine di pervenire ad un trattamento unitario a livello europeo. E' stato, inoltre, compiuto uno studio comparativo, coordinato dal Punto Focale greco, per migliorare la qualità ed il raffronto dei dati relativi alle varie tipologie di trattamento realizzate nell'Unione Europea.

- Partecipazione, in qualità di Paese osservatore, al progetto coordinato dall'Istituto Francese TOXIBASE per l'attivazione di una "*Biblioteca Virtuale*" residente su banca dati telematica per consentire la circolarità di informazioni bibliografiche nel campo delle tossicodipendenze.
- Verifiche e studi necessari per procedere all'omologazione, a livello europeo, delle infrastrutture nazionali hardware e software, come previsto dal progetto europeo I.D.A. (Interchange of Data between Public Administrations), di cui è parte integrante il progetto di Rete Informativa europea sulle tossicodipendenze (REITOX).

Gruppo di Dublino. L'Italia ha contribuito attivamente allo svolgimento delle attività di questo Gruppo che opera per assicurare il coordinamento tra i Paesi dell'UE e l'Australia, Canada, Giappone, Norvegia e USA nel campo della cooperazione allo sviluppo e dell'assistenza verso i Paesi terzi nella lotta alla droga. L'Italia ha in particolare assicurato la presidenza biennale dei *Minigruppi* di Dublino nei Paesi appartenenti all'ex Unione Sovietica, da molti dei quali si registrano importanti flussi di droga verso l'Italia e l'Europa occidentale in genere.

Consiglio d'Europa. Un'attiva partecipazione è stata assicurata all'interno del Gruppo Pompidou, nel quale l'Italia ha contribuito alle attività di studio e di analisi per l'elaborazione di normative internazionali in grado di assicurare una repressione coordinata dei traffici di droga.

Il nostro Paese è anche attivamente coinvolto in attività di studio di specifici indicatori epidemiologici e sulle tossicodipendenze.

Iniziativa per l'Europa Centrale (INCE). Il 9 e 10 ottobre 1998 si è svolta a Trieste, dietro impulso italiano, la prima riunione dei Ministri dell'Interno dei 16 Paesi aderenti all'INCE alla quale ha partecipato come osservatore il Vice Ministro dell'Interno della Russia. E' stata approvata una dichiarazione congiunta contro la criminalità organizzata che prevede, fra l'altro, l'intensificarsi della collaborazione nell'azione di contrasto al traffico ed allo smercio di droghe, anche sintetiche, e dei precursori.

Cooperazione in ambito Nazioni Unite

L'Italia ha fornito significativo impulso al processo di cooperazione con gli Stati di produzione e transito degli stupefacenti, soprattutto nel campo della formazione.

Ha preso parte alla elaborazione di accordi bilaterali con altri Paesi mirati a rendere più proficua la collaborazione nell'azione di contrasto alla droga, al terrorismo e alla criminalità organizzata (Angola, Bolivia, Siria, Kazakistan, Uzbekistan, Uruguay).

Rappresentanti italiani hanno partecipato a numerosi incontri con delegazioni straniere, in Italia ed all'estero, in attuazione di accordi bilaterali. Si citano quelli con la Turchia, la Spagna, l'Arabia Saudita ed il Messico (riunione della Commissione Binazionale tenutasi a Roma dal 18 al 19 novembre 1998, in cui è stato redatto un nuovo progetto di accordo sulla specifica materia, che sostituisce il precedente del 1991).

A tali impegni sono da aggiungere quelli sviluppati a livello bilaterale, anche attraverso la rete degli ufficiali di collegamento stranieri, nell'ambito della competenza tecnica attribuita alla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno. Rientra in tale ottica l'attività svolta dagli ufficiali di collegamento e dagli esperti antidroga distaccati nelle sedi ritenute più a rischio.

In armonia con gli impegni assunti alla Sessione speciale sulla droga dell'Assemblea Generale, l'Italia ha incrementato l'appoggio politico e finanziario ai programmi ONU contro la droga, applicando il principio dell'approccio

equilibrato in tema di riduzione della domanda e dell'offerta, raccomandato dalla Sessione speciale.

Il nostro Paese è stato uno dei principali donatori del programma delle Nazioni Unite contro la droga (UNDCP) con 15 miliardi di lire (2 in più rispetto al 1997).

L'Italia non ha solo assicurato un cospicuo finanziamento alle attività dell'UNDCP ma, partecipando ai momenti decisionali più importanti di questo organismo e facendo sentire la propria opinione nelle periodiche riunioni dei maggiori donatori, ha contribuito in modo determinante alla scelta dei programmi di cooperazione allo sviluppo finanziati dalla stessa UNDCP ed al sostegno di tali Paesi per creare colture sostitutive.

In definitiva, le risorse finanziarie italiane sono state utilizzate per consolidare i risultati già ottenuti in America Latina (Perù, Colombia, Bolivia) nello sviluppo alternativo delle colture illecite, per rafforzare le capacità di Paesi dell'Africa australe e centrale ed asiatici (Iran e Pakistan) di fronteggiare adeguatamente il fenomeno della droga, anche sul fronte della domanda, con particolare attenzione all'esigenza di prevenire l'abuso di stupefacenti tra le giovani generazioni.

Ugualmente attiva è stata la collaborazione con la Commissione droga delle Nazioni Unite (INCB) nei lavori di analisi sul livello di applicazione nei singoli Paesi -e quindi anche in Italia- delle Convenzioni internazionali contro la droga e fornendo dati ed informazioni sul traffico illecito degli stupefacenti sul nostro territorio (coltivazione, produzione e repressione).

Un'attenzione particolare è stata infine dedicata al dialogo con tutti i Paesi del mediterraneo nella lotta alla droga, svolgendo un ruolo spesso trainante nell'ambito sia del dialogo Euro-mediterraneo che degli incontri dei Ministri dell'Interno del mediterraneo occidentale.

CAPITOLO 3

Il ruolo delle regioni e delle province autonome

Il fenomeno tossicodipendenze, in relazione ai vari fattori che ne possono condizionare l'espressione sia da un punto di vista della dimensione che delle caratteristiche, presenta situazioni molto eterogenee tra regione e regione ed all'interno delle stesse regioni spesso acquisisce caratteristiche diversificate da zona a zona.

Tale variabilità si manifesta soprattutto per quanto riguarda le sostanze utilizzate, le modalità d'uso e di conseguenza la tipologia degli utilizzatori e le situazioni di ordine pubblico correlate allo spaccio delle sostanze. Basti pensare alla diversa densità di utilizzatori ma anche alla differenziata tipologia di sostanze che si possono trovare nelle zone turistiche marittime rispetto a quelle metropolitane o montane e alla variabilità stagionale a cui sono assoggettate tali zone.

Di fronte ad una variabilità geografica di questo tipo non vi è dubbio che l'approccio programmatico per gli interventi non possa che essere tarato e dimensionato sulle singole realtà locali, tenendo conto che interventi realmente efficaci nel campo delle dipendenze non possono esimersi dal coordinare le loro azioni con le politiche generali e nazionali. Non è presumibile pensare di poter salvaguardare un ristretto territorio dal problema ritenendo che i territori vicini non possano in qualche modo influenzare l'andamento anche del proprio. Per contro, politiche di intervento generali esclusivamente basate su interventi a valenza nazionale, con progetti quindi ad impianto non adattato alle realtà locali, hanno dimostrato scarso effetto sia per la complessità gestionale che per l'inadeguata adattabilità alle variegate situazioni regionali.

Le regioni e le province autonome hanno istituito un gruppo di lavoro specifico sulle tossicodipendenze per coordinare gli interventi alla luce anche delle politiche nazionali ed europee.

Le regioni e le province autonome espletano la loro attività in ambito socio-sanitario e, come è noto, hanno una propria autonomia programmatica derivata da una opportuna e razionale scelta sulla base della quale la rete assistenziale regionale viene dimensionata ed orientata in relazione ai bisogni, rilevati da ogni regione e provincia autonoma, della propria organizzazione socio-sanitaria e delle risorse disponibili.

I principali ruoli, non delegabili, delle regioni e delle province autonome sono definibili in quattro aree principali che riguardano l'indirizzo, la programmazione-pianificazione, il controllo ed il coordinamento. Anche se al momento non esiste un grado di sviluppo omogeneo della capacità delle diverse amministrazioni nella gestione dei suddetti compiti, in pratica essi si espletano attraverso una serie di azioni che in sintesi si riportano di seguito:

- la valutazione dei bisogni del proprio territorio mediante analisi ed indagini che utilizzino metodologie scientificamente orientate ed epidemiologiche;
- la programmazione/pianificazione generale degli interventi in relazione ai bisogni così definiti;
- l'allocazione razionale delle risorse disponibili sia per la rete assistenziale permanente che per i vari progetti, compresa la corretta e tempestiva gestione dei finanziamenti derivanti dal Fondo nazionale per la lotta alla droga, provvedendo all'attivazione e al mantenimento della complessa rete assistenziale per le tossicodipendenze;
- il coordinamento dei piani di intervento territoriali espletato sia tramite le Aziende socio sanitarie locali, gli Enti locali le Organizzazioni del privato sociale e volontariato accreditate, sia tramite indicazioni e linee guida coerenti con i piani sociosanitari nazionali, sia tramite la conduzione e il coordinamento dei rapporti fra pubblico e privato sociale accreditato, al fine di garantire in un ottica di sistema la valorizzazione e l'uso razionale di tutte le risorse utilizzabili nella lotta contro la droga;
- il coordinamento e la programmazione delle attività di formazione comune degli operatori del pubblico e del privato sociale accreditato;
- l'attivazione ed il mantenimento di un costante ed affidabile flusso di dati per il rilevamento dinamico-epidemiologico, anche al fine di cogliere eventuali variazioni del fenomeno e nuove necessità derivanti;
- la valutazione permanente dell'efficacia e dell'efficienza del sistema mediante l'introduzione di tecniche di gestione dei servizi basate sulla "qualità totale", tali da consentire di mettere in relazione le risorse impiegate con le prestazioni erogate, i risultati ottenuti (sia in termini preventivi che curativi) e i processi utilizzati;
- il coordinamento e la promozione delle attività di ricerca applicata che vengono espletate sul territorio regionale spesso in maniera non coordinata e non inserita in una logica di programmazione;
- l'espletamento di un ruolo di interlocutori nei confronti dei Ministeri, tramite il coordinamento delle regioni e delle province autonome, in merito alla promulgazione delle politiche nazionali comportanti la successiva attivazione di interventi od azioni con impegno di risorse o strutture regionali/aziendali (a qualsiasi titolo utilizzate) o di interferenze con i progetti e i piani regionali in atto;
- garantire l'allineamento delle politiche territoriali con le politiche e le strategie nazionali ed europee.

A questi compiti generali le Regioni sono chiamate per programmare e mantenere interventi in ambito preventivo, terapeutico, di prevenzione delle patologie correlate e riabilitative. Si tratta quindi di interventi a favore della popolazione a rischio di sviluppare dipendenza e delle persone che già presentano problemi di dipendenza (comprese le patologie correlate all'uso di sostanze) o che facciano uso di sostanze stupefacenti.

Un importante ruolo delle regioni e delle province autonome, che si espleta più in ambito etico-culturale che normativo, è la promozione di modelli culturali proteggenti e promuoventi la salute dei cittadini attraverso varie iniziative di comunità tendenti soprattutto a promuovere stili di vita liberi dall'uso di sostanze stupefacenti (di qualsiasi natura) ed atteggiamenti individualmente responsabili e basati sull'acquisizione della consapevolezza del problema e sulla libera scelta dell'individuo.

Molti altri specifici ruoli potrebbero essere declinati ma fondamentalmente risulta chiara l'autonomia programmatica che ogni regione e provincia autonoma assume nel contesto normativo nazionale esistente e che attualmente fa riferimento soprattutto al DPR n.309 del 1990 ed alla legge n. 45 del 1999, atti normativi che troveranno applicazione, con vario livello di realizzazione sul territorio nazionale, mediante propri atti, progetti obiettivi e programmi di intervento supportati dall'utilizzo di finanziamenti.

CAPITOLO 4

L'utilizzazione delle risorse e la valutazione degli interventi

Alla data del 31 dicembre 1998, il Fondo nazionale d'intervento per la lotta alle tossicodipendenze, istituito dall'art. 127 del DPR n. 309 del 1990, disponeva di stanziamenti superiori a 400 miliardi, provenienti sia dall'esercizio 1998 che 1997.

Nell'anno non sono state effettuate erogazioni, considerato che le modalità da applicare (quelle definite da pregressi decreti-legge -reiterati 23 volte e non convertiti in legge ed i cui effetti sono stati sanati dalla legge n. 86 del 1997- si riferivano solamente agli esercizi 1994, 1995 e 1996) non potevano che essere individuate nelle disposizioni recate dal DPR n. 309 del 1990, largamente superate dai processi di decentramento intervenuti ed anche da numerosi orientamenti parlamentari.

L'entrata in vigore della legge 18 febbraio 1999, n. 45 ha riattivato il meccanismo normativo di erogazione delle risorse finanziarie del Fondo, che per gli esercizi finanziari 1997, 1998 e 1999 ammontano ad oltre 600 miliardi di lire e che saranno erogati entro il 1999. Nella prossima Relazione al Parlamento si darà ampiamente conto del processo e dei risultati conseguiti.

La legge n. 45 del 1999 prevede in particolare:

- il trasferimento annuale alle Regioni del 75% delle risorse finanziarie del Fondo, da utilizzare per il finanziamento di progetti di prevenzione, recupero e reinserimento sociale dei tossicodipendenti, presentati da Comuni, Aziende Sanitarie Locali ed Organizzazioni del "privato sociale".

La legge definisce gli obiettivi da conseguire con i progetti, mentre il Governo, con atto d'indirizzo e coordinamento, individua i criteri generali che le Regioni devono adottare per la valutazione dei progetti.

Se le Regioni non impegnano in tempo utile le risorse trasferite, il Governo attiva i poteri sostitutivi, nominando un "commissario ad acta" per lo svolgimento delle procedure di finanziamento dei progetti;

- la promozione ed il coordinamento, da parte del Dipartimento per gli Affari sociali della Presidenza del Consiglio dei Ministri, d'intesa con altre Amministrazioni statali, di progetti sperimentali di prevenzione e di razionalizzazione dei processi d'interscambio delle informazioni sul fenomeno, utilizzando il 25% del Fondo.

La valutazione dei progetti è effettuata da una Commissione di esperti istituita presso il Dipartimento.

Nei prospetti che seguono è riportata la distribuzione dei finanziamenti erogati dal Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga per gli anni dal 1990 al 1996 (in complesso, oltre 1.200 miliardi di lire) per tipologia di amministrazione e/o organizzazione, per area geografica e per esercizio finanziario.

Tav. 4/1
Distribuzione per tipologia di Enti e per esercizi finanziari dei finanziamenti a carico del Fondo Nazionale d'intervento per la lotta alla droga

Esercizi Finanziari	Amministrazioni dello Stato		Regioni		Enti locali		ASL		Enti del privato sociale		Totale	
	Progetti	Importi (x 1000)	Progetti	Importi (x 1000)	Progetti	Importi (x 1000)	Progetti	Importi (x 1000)	Progetti	Importi (x 1000)	Progetti	Importi (x 1000)
1990	23	79.632.400	15	7.488.756	244	36.322.550	*	*	*	*	282	123.443.706
1991	30	73.983.000	44	13.739.000	619	92.792.169	*	*	*	*	693	180.514.169
1992	25	53.898.950	42	11.759.160	578	102.331.706	*	*	*	*	645	167.989.816
1993	39	48.860.000	55	5.362.000	855	98.367.200	152	4.786.000	884	56.195.509	1985	213.570.709
1994	32	47.096.751	95	7.364.413	1094	67.740.519	40	18.371.344	428	47.944.418	1689	188.517.445
1995	46	49.378.181	102	8.412.127	802	63.656.534	458	22.972.023	474	48.729.825	1882	193.148.690
1996	40	48.750.000	84	6.450.000	905	69.608.000	78	12.760.000	534	57.432.000	1641	195.000.000
Totale	235	401.599.282	437	60.575.456	5097	530.818.678	728	58.889.367	2320	210.301.752	8817	1.262.184.535

* Per gli anni 1990, 1991 e 1992 i finanziamenti alle Asl sono avvenuti tramite gli enti locali, quelli al privato sociale tramite il Ministero dell'Interno
Nota: Le cifre in corsivo esprimono dati stimati.

Fonte: Dipartimento per gli Affari Sociali

Tav. 4/2

Distribuzione per aree geografiche e per esercizi finanziari dei finanziamenti a carico del Fondo Nazionale d'Intervento per la lotta alla droga (importi x 1000)

NORD				
Esercizi finanziari	Enti Locali	ASL	Privato sociale	Totale
1990	13.588.753	*	*	13.588.753
1991	33.804.936	*	*	33.804.936
1992	36.705.048	*	*	36.705.048
1993	35.103.800	2.101.159	23.766.976	60.971.935
1994	30.751.474	11.087.254	19.603.829	61.442.557
1995	30.397.581	13.135.588	20.688.680	64.221.849
Totale	180.351.592	26.324.001	64.059.485	270.735.078
CENTRO				
Esercizi finanziari	Enti Locali	ASL	Privato sociale	Totale
1990	8.219.949	*	*	8.219.949
1991	21.870.365	*	*	21.870.365
1992	24.537.960	*	*	24.537.960
1993	25.847.400	912.009	10.799.349	37.558.758
1994	12.691.290	3.243.760	14.995.672	30.930.722
1995	12.816.600	4.827.655	11.185.974	28.830.229
Totale	105.983.564	8.983.424	36.980.995	151.947.983
SUD				
Esercizi finanziari	Enti Locali	ASL	Privato sociale	Totale
1990	10.958.048	*	*	10.958.048
1991	28.830.900	*	*	28.830.900
1992	30.580.900	*	*	30.580.900
1993	29.163.000	1.722.832	15.615.096	46.500.928
1994	16.055.200	3.356.500	11.082.341	30.494.041
1995	13.507.902	4.447.290	10.280.052	28.235.244
Totale	129.095.950	9.526.622	36.977.489	175.600.061
ISOLE				
Esercizi finanziari	Enti Locali	ASL	Privato sociale	Totale
1990	3.555.800	*	*	3.555.800
1991	8.285.968	*	*	8.285.968
1992	10.507.798	*	*	10.507.798
1993	8.253.000	50.000	6.014.088	14.317.088
1994	8.242.555	683.830	2.262.575	11.188.960
1995	6.934.450	561.490	6.575.118	14.071.058
Totale	45.779.571	1.295.320	14.851.781	61.926.672
Italia				
Esercizi finanziari	Nord	Centro	Sud	Isole
1990	13.588.753	8.219.949	10.958.048	3.555.800
1991	33.804.936	21.870.365	28.830.900	8.285.968
1992	36.705.048	24.537.960	30.580.900	10.507.798
1993	60.971.935	37.558.758	46.500.928	14.317.088
1994	61.442.557	30.930.722	30.494.041	11.188.960
1995	64.221.849	28.830.229	28.235.244	14.071.058
Totale	270.735.078	151.947.983	175.600.061	61.926.672

Esercizi finanziari	Totale Generale per Esercizio finanziario
1990	36.322.550
1991	92.792.169
1992	102.331.706
1993	159.348.709
1994	134.056.280
1995	135.358.380
Totale	660.209.794

* Per gli anni 1990, 1991 e 1992 i finanziamenti alle Asl sono avvenuti tramite gli enti locali, quelli al privato sociale tramite il Ministero dell'Interno

Fonte: Dipartimento per gli Affari Sociali

Tav. 4/3
Distribuzione per Regione di programmi e progetti approvati e finanziati dalle regioni a carico del Fondo Nazionale d'intervento per la lotta alla droga (esercizio finanziario 1996)

Regioni	Importi trasferiti alla Regione (x 1.000 Lit.)	N° progetti finanziati a			di cui:						Finanziamenti concessi (x 1.000 Lit.) a:			
		Ammin. n. pubbliche	Altri enti/strutture	Totale	Progetti di prevenzione	Progetti di riduzione del danno	Progetti in tema "Clinica o trattamento"	Progetti di riqualificazione	Altre tipologie di progetti	Progetti di Amministrazioni pubbliche	Progetti di altri enti/strutture	Totale		
Piemonte	11.758.500	111	37	148	24	14	38	34	38	7.297.152	4.459.288	11.756.440		
Valle d'Aosta	621.568	3	5	8	5			1	2	331.789	289.773	621.562		
Lombardia	22.310.437	149	78	227	141	18	30	38		11.967.844	6.803.271	18.771.115		
Prov. Aut. Bolzano	1.294.312	13	4	17	10	1		2	4	440.277	854.035	1.294.312		
Prov. Aut. Trento	1.447.875	30	10	40	31		1	1	7	1.010.903	436.971	1.447.874		
Veneto	10.698.187	90	28	118	35	5	28	45	5	7.730.480	2.686.162	10.416.642		
Friuli V. Giulia	2.866.500	27	8	35	17	6		12		2.158.250	708.250	2.866.500		
Liguria	5.674.500	39	26	65	19	9	13	14	10	4.025.894	1.725.382	5.751.276		
Emilia Romagna	10.464.187	154	103	257	78	14	80	34	51	7.001.183	3.462.906	10.464.089		
Toscana	9.674.437	113	32	145	44	17	17	38	29	7.336.327	2.311.026	9.647.353		
Umbria	2.595.937	29	28	57	24	2	4	10	17	1.607.710	281.518	1.889.228		
Marche	3.707.437	76	55	131	39	3	32	54	3	2.110.030	1.597.407	3.707.437		
Lazio	13.710.937	47	27	74	26	26		21	1	9.620.000	2.925.000	12.545.000		
Abruzzo	3.349.125	6	11	17	3	1	6	5	2	2.277.698	786.513	3.064.211		
Molise	862.875	8	3	11	4			4	3	560.869	302.006	862.875		
Campania (1)	13.279.500			0										
Puglia	10.369.125	110	50	160	47	21	20	40	32	7.138.162	2.870.963	10.009.125		
Basilicata	1.440.562	1	1	2	1			1		225.231	250.000	475.231		
Calabria	4.482.562	26	14	40	28		2	10		2.210.807	1.273.190	3.483.997		
Sicilia (1)	10.771.312			0										
Sardegna	4.870.125	35	14	49	16	5	13	10	5	3.046.000	1.338.000	4.384.000		
Totali	146.250.000	1.067	534	1.601	592	142	284	374	209	78.096.606	35.361.661	113.458.267		

(1) Le Regioni non hanno erogato finanziamenti

Fonte: Amministrazioni regionali

CAPITOLO 5

I contributi delle amministrazioni statali e regionali

Amministrazioni Statali

Ministero dell' Interno

La Direzione Centrale dei Servizi Antidroga ha attivato una intensa strategia di coordinamento operativo in ambito nazionale ed internazionale per:

- scongiurare il pericolo di conflitti investigativi tra uffici e reparti sul territorio, avvalendosi anche di una banca dati elettronica, costantemente aggiornata, nella quale sono archiviati circa 900.000 fascicoli. Lo strumento consente di accertare, in tempo reale, se l'avvio di un'indagine antidroga da parte di una Forza di polizia presenti punti di contatto con analoga attività già in corso nei confronti della stessa area criminale o su alcune componenti. In caso positivo, vengono assunte misure idonee a scongiurare le conseguenze negative ed i rischi di un un' eventuale sovrapposizione;
- attribuire alle Forze di polizia, secondo un rigoroso criterio di rotazione determinato da apposito programma informatico, indagini antidroga innescate da segnalazione provenienti da fonti nazionali ed estere;
- assicurare agli Organi investigativi un costante flusso informativo attraverso l'elaborazione degli elementi ricavabili dalla banca dati e di quelli acquisiti *ad hoc* dai collaterali di altri Paesi e dalla rete di esperti antidroga e di ufficiali di collegamento distaccati all'estero;
- procedere all'accredito presso collaterali esteri di ufficiali di polizia giudiziaria per l'esecuzione di indagini a respiro internazionale e dare corso ad analoghe richieste provenienti da altri Paesi per il territorio italiano;
- dare copertura finanziaria a particolari esigenze investigative ed operative degli organismi di polizia e al pagamento di compensi alle fonti fiduciarie;
- mettere a disposizione personale specializzato e strumenti ad alta tecnologia per indagini di tipo tecnico in Italia e, con il consenso dei Paesi cooperanti, anche all'estero.

Alla Direzione fanno anche capo le incombenze derivanti dal coordinamento, in ambito nazionale ed internazionale, delle cosiddette *operazioni speciali* auspicate dalla Convenzione di Vienna del 1988 ed inserite nella legislazione italiana con il Testo Unico in materia di stupefacenti approvato con DPR. n. 309 del 1990. Ci si riferisce, in particolare, agli istituti della *consegna controllata* nazionale o internazionale e dell'*acquisto simulato*.

Nel 1998, la Direzione Centrale ha promosso una radicale modifica della politica investigativa finora perseguita, incoraggiando un diverso approccio alle indagini. In altri termini, si è cercato di stimolare gli organi operativi ad orientare l'attività non tanto al sequestro di droga, quanto allo smantellamento o, almeno, al deciso indebolimento del sodalizio criminale oggetto dell'indagine.

In tale ottica, le "vecchie" regole per il calcolo dei compensi alle fonti confidenziali, basate prevalentemente sulle quantità di droga sequestrate, sia pure con correttivi quali la percentuale di principio attivo ed il numero di persone arrestate, sono state abrogate e sostituite da un nuovo provvedimento varato nel gennaio del 1998. Tale direttiva pone al centro del sistema lo smantellamento delle organizzazioni criminali e riduce il sequestro di droga al ruolo di mero strumento per procedere all'arresto dei membri del sodalizio. L'idea di fondo deve essere perseguita con la massima determinazione, in quanto solo attraverso la neutralizzazione delle grosse organizzazioni internazionali è possibile vincere alcune importanti battaglie nella guerra al narcotraffico.

Ministero della Sanità

La riorganizzazione dei Servizi di assistenza ai tossicodipendenti

I profondi cambiamenti intervenuti nel settore della tossicodipendenza hanno prodotto l'iniziativa, in avanzata fase di elaborazione, di revisionare l'assetto organizzativo del sistema di assistenza alle persone con problemi di uso, abuso o dipendenza da sostanze, al fine di consentire la definizione di obiettivi comuni per il sistema e di garantire livelli minimi di prestazioni sul territorio nazionale, pur tenendo presente l'esigenza di assicurare la flessibilità necessaria per una ottimale gestione dei servizi.

La principale differenza tra l'attuale modello assistenziale ed il nuovo che si va delineando è rappresentata dal passaggio da un sistema centrato sul SerT, che riunisce in sé tutte le possibili risposte al problema, ad un sistema integrato di servizi complementari caratterizzato da interventi multidisciplinari e dall'offerta di prestazioni classificabili come professionali.

Tenuto conto che non esiste una risposta elettiva per risolvere il problema delle dipendenze, ma che è necessario attivare una serie di strumenti che concorrono al raggiungimento di un risultato positivo solo se opportunamente integrati, il modello organizzativo *dipartimentale* sembra essere una valida modalità per affrontare tutti gli aspetti connessi all'abuso di sostanze, sia nell'ottica dell'integrazione all'interno del comparto sanitario e tra questo e i servizi sociali, sia nella ottica che l'uso/abuso/dipendenza di sostanze non sia una patologia unica, ma richieda una risposta assistenziale articolata, estesa a prestazioni estranee alla specifica competenza del SerT o addirittura dell'ASL (disagio giovanile, prevenzione primaria, ecc.).

Le funzioni ipotizzabili per il Dipartimento, cui compete la programmazione, la negoziazione con la direzione generale, la realizzazione e la valutazione del "progetto sostanze d'abuso", anche per quel che concerne le risorse assegnate, devono comprendere:

- *articolazione degli interventi*, al fine perseguire il massimo livello di contrasto delle dipendenze (prevenzione, terapia, tutela della salute, riabilitazione e reinserimento sociale);
- *rilevazione dei bisogni assistenziali*, sulla base dei dati epidemiologici;
- *integrazione delle attività* realizzate nell'ambito dell'Azienda (consulenze, ricoveri, patologie correlate, ecc.) con quelle delle strutture -accreditate- che operano nel settore (comunità, associazioni di volontariato, ecc.);
- *controllo*, al fine di garantire pari dignità agli interventi delle differenti unità operative e ai soggetti che vi operano;
- *verifica* della effettiva applicazione degli standard di funzionamento del settore, determinati a livello regionale, al fine di garantire la qualità delle unità operative e verificare il raggiungimento degli obiettivi;
- *determinazione*, sulla base delle indicazioni regionali, delle modalità di collaborazione con altre amministrazioni (prefetture, carceri, istituzioni scolastiche, enti locali, ecc.), per evitare duplicazioni di interventi e frammentazione delle risorse.

Fra i possibili modelli organizzativi, tenuto conto dell'autonomia di indirizzo regionale, sono state messe a punto due alternative:

- un Dipartimento tecnico-funzionale, non dotato di specifica configurazione gerarchico-amministrativa, al quale afferiscono, mantenendo le specifiche attribuzioni e competenze (in quanto dotate di proprio *budget*), le varie realtà coinvolte nell'area assistenziale della tossicodipendenza, sotto la guida di una figura di coordinamento;
- un Dipartimento strutturato con piena autonomia gestionale e nel quale le unità organizzative aziendali coinvolte operano in condizione di dipendenza gerarchica da una specifica figura apicale, che controlla anche le risorse e definisce i rapporti con le strutture accreditate.

All'interno del modello dipartimentale un ruolo determinante deve continuare ad avere l'unità operativa (SerT) istituzionalmente assegnata alle specifiche problematiche dell'abuso di sostanze, anche se con funzioni integrate con quelle delle altre componenti del Dipartimento.

Fatta salva l'imminente emanazione di norme specifiche in materia di accreditamento, tra le prestazioni che il servizio deve garantire per potere operare devono essere comprese le seguenti:

- Pronta accoglienza e diagnosi
- Terapia farmacologiche specifiche, sostitutive e non, compreso il monitoraggio clinico e laboratoristico
- Psicodiagnosi e attività di sostegno e *counseling*
- Attività di riabilitazione
- Punto focale della ricerca epidemiologica e sociale
- Partecipazione alle attività dipartimentali

- Attività di *screening*, prevenzione e partecipazione alla cura delle patologie correlate.

L'evoluzione normativa del Servizio Sanitario Nazionale richiede anche il superamento della situazione attuale nei rapporti con il "privato sociale", sia per quanto riguarda le modalità di collaborazione con i SerT (che avrà luogo tramite la procedura dell'accreditamento) che le dinamiche dei percorsi terapeutici e il ruolo stesso degli ex Enti ausiliari.

Occorre premettere che la piena applicazione del "disegno strategico" di riforma, previsto dal D.Lg.vo n. 502 del 1992 sul rapporto pubblico-privato, orientato alla concorrenzialità tra i produttori di servizi appare particolarmente difficoltosa nel campo delle tossicodipendenze, non solo per la complessità e specificità, ma, in maggior misura, per alcune peculiari caratteristiche dello sviluppo storico dell'offerta di assistenza nel nostro Paese.

La revisione dell'organizzazione deve puntare a favorire tra pubblico e privato la formazione comune e la integrazione nell'attività di assistenza, definendo con chiarezza un obiettivo finale di parità fra i due settori, ma nel contempo stabilendo anche un percorso con numerose tappe intermedie, evitando "fughe in avanti" che, nell'attuale instabilità, verosimilmente causerebbero solo incomprensioni, ritardando ulteriormente il conseguimento di un risultato auspicato da tutti. Le regioni dovranno chiaramente definire il percorso e le modalità scelti per una diversa e più avanzata definizione del rapporto pubblico-privato.

Valutazione della qualità

Sono in corso di realizzazione due programmi sulla qualità dei servizi erogati:

- Valutazione della qualità dei SerT;
- Valutazione dell'efficacia dei trattamenti con particolare riferimento alla mortalità dei tossicodipendenti in carico presso i SerT.

Entrambi prevedono un livello regionale e un livello nazionale; il coordinamento nazionale, che cura anche gli aspetti amministrativi del programma, è affidato alle regioni Emilia Romagna e Lazio.

Per il progetto relativo alla determinazione di un profilo di qualità dei SerT, coordinato dall'Emilia Romagna, è stato definito l'impianto del sistema di valutazione, è stata progettata la prima fase (ricostruzione del sistema di valutazione) e sono state presentate le situazioni locali delle singole regioni.

In 16 regioni su 21 sono stati istituiti gruppi di esperti per valutare la possibile applicazione del modello nazionale di valutazione della qualità.

Il progetto di valutazione dei trattamenti e della mortalità dei tossicodipendenti in carico presso i SerT è stato avviato con lo *Studio VEdeTTE* (acrostico di: Valutazione di Efficacia dei Trattamenti per le Tossicodipendenze da Eroina); si tratta di un *trial multicentrico* italiano che mira a produrre prove di efficacia dei trattamenti per le tossicodipendenze.

Il disegno prescelto (non essendo possibile, per motivi etici, effettuare uno studio randomizzato e controllato) è uno studio in grado di controllare in modo accurato il *confondimento*.

Gli elementi che caratterizzano lo studio sono:

Obiettivo: valutazione dell'efficacia dei trattamenti dei SerT rispetto ad alcuni esiti certi.

Trattamenti: sono compresi tutti i trattamenti inquadrabili nelle seguenti categorie: metadone a scalare, metadone a mantenimento, disintossicazione con sintomatici e/o antagonisti, naltrexone, farmaci sintomatici non sostitutivi, psicoterapia, inserimento in strutture comunitarie, consulenze, sostegni/accompagnamenti e informazione/orientamento/borse lavoro/inserimento lavorativo.

Obiettivo specifico dello studio è la valutazione dell'utilità del trattamento da solo e combinato e dei diversi dosaggi utilizzati.

Risultato: valutazione, in una prima fase, dell'effetto dei trattamenti nel favorire la ritenzione in trattamento e nel ridurre la mortalità acuta (incidenti e overdosi). Sono previste estensioni dello studio per valutare l'uso di sostanze, la morbosità per overdose, la risocializzazione ed altri eventuali esiti.

Controllo del confondimento: attraverso un questionario di ingresso per misurare i fattori che condizionano la probabilità a priori dell'esito.

Lo studio coinvolge circa 130 sedi operative di SerT in 13 regioni italiane e si prevede l'arruolamento di 20.000-30.000 soggetti tossicodipendenti. La ricerca è iniziata nell'ottobre del 1998 e al 31 marzo 1999 sono stati arruolati 5.948 tossicodipendenti di cui 4.950 già in trattamento all'inizio dello studio e 998 tra nuovi ingressi e rientrati. Del totale degli arruolati, 2.552 sono stati reclutati nel Nord Italia, 1.635 nel Centro e 1.761 nel Sud.

La responsabilità scientifica dello studio è affidata al Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università di Torino e all'Osservatorio Epidemiologico della regione Lazio.

Trattandosi di uno studio prospettico, i primi risultati relativi all'efficacia dei trattamenti saranno disponibili nel 2001. E' in fase avanzata di progettazione e di analisi di fattibilità lo studio VEdeTTE-2, una estensione di VEdeTTE per valutare l'efficacia rispetto ad ulteriori obiettivi rilevanti, quali l'astinenza di lungo periodo, l'uso di altre sostanze, il reinserimento sociale e il rischio di overdosi non fatali.

Gruppo collaborativo di revisione della efficacia degli interventi nel campo della dipendenza da alcool e sostanze stupefacenti

La *Collaborazione Cochrane* è una rete internazionale di gruppi di persone che perseguono l'obiettivo di condurre, aggiornare e diffondere revisioni sistematiche sulla efficacia di interventi sanitari. La necessità di produrre evidenze scientifiche di efficacia dei diversi interventi è particolarmente sentita nel campo della dipendenza da sostanze stupefacenti, dove la scelta degli interventi terapeutici offerti è spesso basata su presupposti ideologici piuttosto che sulle evidenze scientifiche disponibili. L'Osservatorio Epidemiologico della Regione Lazio, in collaborazione con il National Addiction Center a Londra, l'Università di Torino e il Centro Cochrane Italiano, ha coordinato la costituzione di un *Gruppo collaborativo di revisione della efficacia degli interventi nel campo della dipendenza da alcool e sostanze stupefacenti*, che è

stato registrato nella Collaborazione a gennaio del 1998, la cui base editoriale è presso l'Osservatorio Epidemiologico della Regione Lazio.

Gli obiettivi del gruppo sono:

- identificare e rendere accessibili tutti i Trial Randomizzati Controllati ed i Trial Clinici Controllati e possibilmente altri tipi di studi rilevanti, tramite la costituzione di un registro specializzato;
- produrre revisioni sistematiche della letteratura (meta-analisi dei trial individuati) sulla efficacia degli interventi di prevenzione, trattamento e riabilitazione della dipendenza da alcool e sostanze stupefacenti;
- aggiornare continuamente le evidenze;
- disseminare le evidenze prodotte (pubblicazione sulla *Cochrane Library* e su riviste scientifiche).

Il gruppo collaborativo consiste di una base editoriale, con un editore coordinatore ed un coordinatore del gruppo, altri 5 editori (due australiani, un inglese, un francese e un altro italiano), un numero non limitato di persone che conducono le revisioni sistematiche, *referee* e sostenitori del gruppo.

Attualmente il registro specializzato contiene i riferimenti bibliografici di 1.234 *trial* e 469 altri tipi di studio. Il gruppo ha prodotto una revisione sistematica, già pubblicata nella *Cochrane Library*, 5 protocolli di revisioni e 18 titoli di revisioni.

Ministero della Pubblica Istruzione

Il 1998 ha visto, nell'ambito della educazione alla salute, l'esordio di nuovi orientamenti.

Molte attività attuate negli anni precedenti nell'ambito del Progetto Giovani per le scuole superiori, del Progetto Ragazzi 2000 per le scuole medie inferiori e del progetto Arcobaleno per la scuola materna hanno animato la vita della scuola, inducendo riflessioni, intuizioni e spunti critici.

Si diffonde la percezione che:

- la scuola debba essere vissuta da protagonisti, sia da parte degli studenti che degli insegnanti;
- un essenziale nesso tra vita della persona, storia sociale e scuola debba essere percepito da parte dei giovani;
- le risorse valoriali del sapere curricolare possano costituire i punti di forza dell'educazione alla salute.

Tra i punti di forza dei nuovi orientamenti, l'attenzione specifica per le condizioni a rischio proprie della storia di soggetti più vulnerabili per la tossicodipendenza e l'alcoolismo o per altre forme di disagio psichico e comportamentale: a tali fattori di rischio, insiti anche nelle famiglie e tra le dinamiche del gruppo classe, la scuola riconosce di dover pensare per tempo, con un lavoro formativo per gli insegnanti e i genitori che esca dalla genericità o, ancor peggio, dalla negazione.

Una scuola più matura, nonostante le numerose problematiche tecnico-organizzative, riconosce di non dover delegare agli esperti esterni la realizzazione di interventi didattici tanto sradicati quanto frammentari e si orienta al superamento delle "educazioni", nell'ottica di una organica integrazione dell'educazione alla salute nella progettualità educativa generale. Di qui un' impegnativa necessità di formazione degli insegnanti che in modo pragmatico ed efficace siano abilitati a interpretare in una dimensione nuova, viva e coinvolgente i contenuti del sapere.

Con la direttiva n. 463 del 26/11/98 è stato predisposto il piano d'intervento per l'educazione alla salute e prevenzione delle tossicodipendenze con una impostazione coerente ai processi di riforma che accompagnano la trasformazione del sistema scolastico. Il tutto nell'ambito, e ovviamente in stretta corrispondenza, con la riforma che porta la scuola italiana ad essere scuola dell'autonomia: la decisionalità e lo spazio gestionale affidati ai singoli istituti scolastici consentono una forte opera di radicamento delle indicazioni generali in risposta a esigenze locali e territoriali.

Il piano si articola in sotto-programmi e attività dedicati a specifiche e rilevanti questioni per rispondere in modo metodologicamente adeguato ai bisogni della persona in formazione:

Progetto "Studentesse e studenti": promuove la relazionalità e l'affettività, sostiene le motivazioni personali, individua percorsi formativi e nuovi modelli di organizzazione didattica per un efficace prevenzione del disagio e delle tossicodipendenze. Chiama gli studenti ad attivarsi in modo autonomo, a delineare attività che facciano percepire la non-estraneità del sapere, il senso di appartenenza alla scuola, alla comunità e alle istituzioni; propone orizzonti ideali e valoriali che emergono da un approccio critico alle "materie scolastiche". Offre agli insegnanti uno scenario in cui tessere relazioni interpersonali educative, non attraverso psicologismi superficiali, ma nella profondità e nell'entusiasmo della riflessione su ciò che si studia insieme. Ispira allo spirito critico e di ricerca, indicando sia agli studenti che agli insegnanti, prospettive per cui superare le ristrettezze disciplinari e gli schematismi tradizionali, nelle modalità di rapportarsi al sapere.

Progetto "Centri di informazione e consulenza": istituiti nella scuola secondaria superiore d'intesa con i servizi socio-sanitari per sostenere i processi comunicativi, le dinamiche psicosociali e per individuare i fattori protettivi ed i fattori di rischio nella realtà concreta della scuola, del proprio ambiente e della famiglia: con i nuovi orientamenti, i Centri dovranno essere intesi sempre più come luoghi dove gli studenti in difficoltà possano sentirsi accolti e ascoltati, in modo non formale e artificioso, ma in una rete di relazioni interpersonali già presenti nella scuola.

Anche le possibili attività di prevenzione primaria e secondaria non dovranno sovrapporsi, a partire dal Centro di informazione e consulenza, a quelle della scuola in generale, ma produrre forme di mobilitazione degli studenti e degli insegnanti che, sensibilizzati sulle tematiche di educazione alla salute, promuovano più ampie forme di coscientizzazione, anche attraverso gli spazi della Consulta degli Studenti.

Progetto "Famiglia": coinvolge la famiglia per migliorare i rapporti con la scuola, le istituzioni del territorio, al fine di sostenere il processo di autonomia e sensibilizzazione dei bambini e degli adolescenti e ridurre la vulnerabilità psicobiologica. La necessità di formare i genitori ad una "genitorialità efficace" assume grande urgenza in questo momento storico che nella condizione di crisi dei riferimenti ideologici, e nell'affermarsi del modello di famiglia "monocellulare", vede i genitori in preda a un notevole disorientamento, sia ideale che pragmatico. La formazione dei genitori, promossa dalla scuola, può implementare la relazione genitore-bambino, favorire una maggiore attenzione in casa all'esordio delle prime forme di disagio, aiutare a riconoscere gravi forme di violenza e di abuso. Anche per quanto concerne la formazione dei genitori occorre che i processi di coinvolgimento avvengano in un sistema di rete e di comunità educante, al fine di non escludere dalla condivisione delle strategie scolastiche proprio i nuclei familiari più in difficoltà.

Progetto "Programma formazione": si rivolge agli insegnanti e favorisce l'innovazione metodologico disciplinare attraverso la promozione della ricerca quale strumento per realizzare efficaci strategie di apprendimento e di recupero scolastico, particolarmente mirato ai soggetti a rischio.

Attraverso il lavoro formativo ci si propone di incrementare la fierezza e l'entusiasmo per la propria disciplina; far cogliere quali importanti strumenti per la prevenzione siano la cultura e la relazione insegnante-allievo; abilitare a valersi delle dinamiche e del clima relazionale del gruppo-classe per indurre al cambiamento gli studenti in difficoltà.

Una ulteriore strategia d'intervento a sostegno dei processi di crescita personali e collettivi è costituita dalle iniziative complementari e dalle attività integrative nella scuola secondaria superiore, legittimate dal n. 567 del 1996 e finanziate a partire dall'anno scolastico 1996/97.

Attraverso la gestione di appropriati ambiti di interlocuzione e di proposta, gli studenti hanno sperimentato un diverso senso di appartenenza, un più intenso rapporto con gli insegnanti, spazi per la valorizzazione personale e per l'assunzione di fiducia in se stessi; anche la motivazione nei confronti delle attività "curricolari" trova nelle attività integrative un incentivo naturale capace di coinvolgere proprio i soggetti più a rischio rispetto all'abbandono della scuola.

La possibilità di far partecipare i giovani all'animazione della vita scolastica, ascoltarne le esigenze profonde, far loro apprezzare il sapere non come un "oggetto cristallizzato" ma come un processo dinamico e coinvolgente, "qualcosa che interessa l'esistenza reale", apre spazi sinora non utilizzati per rivitalizzare e dare senso alla scuola: la condizione amotivazionale di ampie fasce del mondo giovanile, terreno fecondo per l'attivazione di forme di devianza, è contrastata anche dalla proposta preventiva di gruppi di coetanei che trovi riferimento in iniziative culturali e sociali sostenute a livello provinciale dalla Consulta degli studenti.

La *Consulta degli studenti*, quale organo di rappresentanza degli studenti, ha cominciato ad assumere un ruolo significativo durante il 1998: tra le finalità essenziali della Consulta:

- assicurare il più ampio confronto fra gli studenti delle istituzioni di istruzione secondaria superiore della provincia, anche al fine di ottimizzare ed integrare in rete le iniziative intraprese e di formulare proposte di intervento che superino la dimensione del singolo istituto, anche sulla base di accordi quadro da stipularsi tra il Provveditore agli studi, gli enti locali, la regione, le associazioni degli studenti e degli ex studenti, dell'utenza e del volontariato, le organizzazioni del mondo del lavoro e della produzione;
- formulare proposte in tema di politiche giovanili ed esprimere pareri al Provveditorato, agli enti locali competenti e agli organi collegiali territoriali;
- istituire, in collaborazione con il Provveditorato agli studi, uno sportello informativo per gli studenti con particolare riferimento all'attuazione dello statuto delle studentesse e degli studenti ed alle attività di orientamento;
- promuovere iniziative di carattere transnazionale;
- designare i rappresentanti e gli studenti nell'organo di garanzia previsto dal DPR 24 giugno 1998, n. 249.

Ministero della Difesa

Le Forze Armate, impegnate anche sul versante delle problematiche sociali generali del Paese, hanno sviluppato un'attenzione particolare verso i problemi attinenti al disagio giovanile ed al disturbo psichico in senso lato, ritenuti possibili precursori dell'uso di sostanze stupefacenti.

Conseguentemente, sono state poste in essere numerose strategie operative, finalizzate al contenimento prima ed alla riduzione poi dei problemi, che si sviluppano attraverso le seguenti attività:

- ricerca ed evidenziazione precoce di soggetti tossicofili o tossicodipendenti mediante indagini sanitarie, integrate da approfonditi esami della personalità sia dei giovani iscritti nelle liste di leva che delle reclute. Gli accertamenti sanitari, e specificamente quelli psicologici, hanno lo scopo tra l'altro di valutare le competenze e le attitudini dei giovani nonché le loro reali risorse adattive al contesto militare;
- sviluppo di progetti di prevenzione della tossicodipendenza per i quali vengono richiesti finanziamenti al Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga;
- promozione e sviluppo di una corretta informazione ed educazione sullo specifico problema droga; le attività sono inserite nel più ampio settore riguardante l'educazione alla salute;
- diffusione, ad ogni livello operativo, dell'attività di sostegno psicologico attraverso i Centri di coordinamento di supporto psicologico, i dirigenti del Servizio sanitario e gli ufficiali consiglieri;
- attività specialistica di supporto psicologico, tramite i Consultori psicologici ed i Servizi di psicologia attivi in tutti gli stabilimenti sanitari militari;
- preparazione ed aggiornamento del personale impegnato nei Servizi preposti alla prevenzione delle tossicodipendenze, mediante specifici corsi di formazione;

- mantenimento di una proficua collaborazione con le altre istituzioni dello Stato che operano nel campo della prevenzione delle tossicodipendenze, anche attraverso la partecipazione ad appositi comitati interministeriali;
- incentivazione della ricerca psico-sociale in ambito militare, finalizzata al chiarimento delle correlazioni esistenti tra disadattamento giovanile, disagio psichico e tossicodipendenza;
- raccolta, elaborazione e valutazione dei dati statistici attinenti all'area della tossicodipendenza e delle principali patologie mediche ad essa correlate.

Attività di prevenzione primaria o secondaria.

ESERCITO

Prevenzione primaria

Attività di sensibilizzazione (campagna informativa ed educativa sul problema droga, inserita nel più ampio contesto dell'educazione alla salute)

Attività didattica (formazione rivolta ai sottotenenti medici di complemento neo assegnati ai reggimenti addestramento reclute ed alle scuole)

Attività di aggiornamento (corsi di aggiornamento per ufficiali medici capi servizio/dirigenti dei Consultori psicologici)

Conferenze (destinate a militari di leva, che con l'ausilio della proiezione di films e diapositive divulgano le molteplici attività realizzate dalla sanità militare nel campo della prevenzione della tossicodipendenza)

Attività di socializzazione (occasioni di incontro, sia culturali che sportive, per una migliore integrazione dei militari di leva nel tessuto sociale del luogo in cui prestano servizio)

Attività di ricerca psico-sociale (con lo scopo di chiarire le correlazioni esistenti tra disadattamento giovanile, disagio psichico e tossicodipendenza)

Riduzione dei fattori di rischio per il disadattamento alla vita militare (creazione di un contesto ambientale rassicurante, basato sul rispetto reciproco e sulla disponibilità soprattutto nel rapporto comandante-subalterno, in cui siano valorizzate le potenzialità individuali del singolo, siano sperimentate le capacità di resistenza alle frustrazioni e incentivate le occasioni di socializzazione).

Prevenzione secondaria

Supporto psicologico (a cura dei Centri di coordinamento di supporto psicologico).

Diagnosi precoce di stati di tossicofilia o tossicodipendenza (durante la visita di leva, di incorporamento e mediante le visite periodiche quindicinali).

Esami specialistici e di laboratorio (ricerca dei cataboliti dei cannabinoidi, oppiacei e cocaina nell'urina dei militari preposti all'incarico di autista militare).

Attività psicodiagnostica (somministrazione del previsto reattivo mentale allo scopo di aumentare la possibilità di evidenziare precocemente i soggetti non

idonei al servizio militare, nonché quelli comunque con difficoltà di inserimento nel contesto militare).

MARINA

Prevenzione primaria

Drug Testing Program (programma di prevenzione attraverso il riscontro di laboratorio di un campione di urina per esercitare un incisivo effetto dissuasivo verso il contatto con sostanze stupefacenti, per le ricadute disciplinari e medico-legali connesse alla "positività").

Conferenze (informative, con il supporto di sistemi audiovisivi, orientate a sensibilizzare il personale di leva alle tematiche dell'educazione alla salute, con particolare riguardo ai rischi connessi all'uso di sostanze stupefacenti, all'abuso di alcool e tabacco ed ai comportamenti che espongono al contagio da HIV).

Corsi di psicologia ed igiene mentale (corsi di insegnamento di psicologia ed igiene mentale, con riferimenti ad aspetti legislativi e medico-legali relativi alle tossicodipendenze).

Sistema reti neurali (progetto per la previsione della vulnerabilità da eroina con sistema a reti neurali) presso l'Ospedale Principale M.M. di La Spezia.

Prevenzione secondaria

Diagnosi precoce e supporto psicologico (nei riguardi di militari che presentano situazioni personologiche, sociali, culturali, ambientali a "rischio" per lo sviluppo di disturbi psichici o per la tossicodipendenza).

Esami specialistici e di laboratorio (nei confronti del personale di leva ed in ferma di leva prolungata) presso i Maricentro di Taranto e La Spezia, al fine di evidenziare soggetti tossicofili.

Banca dati (implementazione dei casi di consumo di sostanze stupefacenti accertati in ambito Marina Militare), al fine di monitorizzare alcuni aspetti del fenomeno e indirizzare adeguatamente le strategie preventive.

AERONAUTICA

Prevenzione primaria

Promozione di attività ricreative e sportive (per facilitare i processi di aggregazione e socializzazione dei militari di leva nel tempo libero), con l'intento di limitare possibili situazioni di disagio legate a momenti di inattività psicofisica.

Attività di indottrinamento e di educazione preventiva (incontri-dibattito con il coinvolgimento del personale di leva e neo incorporato di carriera, sui temi riguardanti la prevenzione delle tossicodipendenze e delle malattie sessualmente trasmesse, con particolare riguardo agli aspetti medico-legali e giudiziari).

Prevenzione secondaria

Consultori psicologici

Aggiornamento dei dati relativi all'entità della popolazione tossicodipendente in ambito A.M..

Ricerca dei cataboliti urinari di sostanze stupefacenti (con cadenza periodica su personale di leva automobilista).

Regioni

Al fine di disporre di informazioni strutturate e quindi confrontabili, è stato richiesto alle regioni di compilare tabelle statistiche riguardanti:

Leggi e deliberazioni regionali in materia di tossicodipendenza

Modello operativo e funzionale delle strutture attivate per il contrasto alle tossicodipendenze

Strutture per l'intervento in favore dei tossicodipendenti detenuti

Progetti finanziati a carico del Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga

Attività di formazione e aggiornamento del personale addetto ai servizi per le tossicodipendenze

Spese per il funzionamento dei SerT.

E' stata anche fornita una traccia di "analisi descrittiva" sui seguenti argomenti:

andamento del fenomeno delle tossicodipendenze

progetti rilevanti attivati

rapporti fra SerT e strutture del privato sociale

rapporti con le altre amministrazioni pubbliche

problemi rilevanti in materia di tossicodipendenze

Le informazioni numeriche ricevute sono risultate, in non pochi casi, frammentarie o non esatte, per cui non è stato possibile comporre prospetti di sintesi.

L'analisi descrittiva, anch'essa non sempre strutturata secondo le indicazioni, è stata effettuata da 18 regioni. Della stessa si riportano di seguito i punti più significativi, caratterizzandosi gli stessi come significativa opportunità di allargamento dell'orizzonte conoscitivo del fenomeno e delle numerose iniziative messe in atto per contrastarlo.

Ci si augura che dalla prossima Relazione al Parlamento sia possibile migliorare la qualità delle informazioni fornite dalle regioni.

Andamento del fenomeno delle tossicodipendenze

Piemonte

L'assunzione di eroina rappresenta il fenomeno più rilevante. Anche se si evidenzia con andamento stabile nel tempo; vi sono aree dove il 3-4% della popolazione maschile fra 25 e 29 anni è in carico al SerT per dipendenza da eroina; per la stessa fascia d'età tra le femmine si raggiunge l'1%. Stime effettuate a Torino con metodi di cattura-ricattura indicano la presenza sul territorio regionale di un numero almeno pari di tossicodipendenti non ancora "agganciati" dai servizi.

I SerT piemontesi hanno trattato 16.996 utenti, di cui i dipendenti da eroina rappresentano la maggioranza.

Il numero di nuovi utenti si è mantenuto costante nel tempo (circa 2.500 nuovi ingressi/anno) e poiché la capacità ricettiva dei SerT non si è ridotta, questo dato potrebbe indicare una stabilizzazione del numero di nuovi tossicodipendenti.

Gli utenti dipendenti da consumo *primario* di cocaina sono rarissimi. Negli ultimi anni si osserva un aumento del consumo *secondario* di cocaina, soprattutto in pazienti in terapia metadonica e/o con problemi psichiatrici. Il 5% dei 18enni maschi piemontesi ha almeno una volta provato la cocaina e la stessa percentuale ha consumato ecstasy. I consumatori di ecstasy presentano caratteristiche coincidenti con quelle dei consumatori di eroina: modesta classe sociale, basso titolo di studio paterno.

Nei 51 SerT censiti (su 63 attivi) è stato rilevato un carico di 2.991 utenti alcolodipendenti, che, peraltro, rappresentano solo una piccola parte del fenomeno, in quanto solo da breve tempo i SerT prendono in carico in modo sistematico tali pazienti, che normalmente sono trattati da altre strutture, alcune delle quali non forniscono informazioni sugli associati.

Valle d'Aosta

Il totale dei tossicodipendenti venuti a contatto con il SerT. è pari a 484, quelli presi in carico con programmi terapeutici 338, i nuovi soggetti 58.

Risultano in continuo aumento i casi di soggetti "vecchi", ripresi in carico dagli anni precedenti: 280 dei 338 casi sono persone già note al SerT. Questo dato conferma che l'intervento del Servizio viene rivolto prioritariamente ai casi cronici, che presentano una lunga storia di tossicodipendenza e, spesso, una ancor più lunga serie di tentativi di uscire dalla tossicodipendenza e che il Servizio possiede sia capacità di ritenzione nei programmi sia attenzione agli aspetti di riduzione del danno.

Tra i programmi maggiormente utilizzati vanno segnalati quelli a "metadone-mantenimento" (51,7%), quelli psico-sociali (19,2%) e gli inserimenti in comunità (16,3%).

Il 52,6% dei soggetti con cui il SerT ha avuto un contatto non ha accettato alcun intervento di tipo terapeutico, anche se moltissimi sono non residenti, oppure sono stati contattati in carcere, oppure sono seguiti da SerT di altre regioni o sono giunti al Sert perché obbligati e, quindi, privi di motivazione.

Il 28% dei casi di accesso al SerT proviene dal carcere, il 26% si è presentato spontaneamente, il 20,4% attiene, invece, a casi segnalati dalle autorità competenti per uso di stupefacenti.

Sono 65 i soggetti non residenti seguiti dal SerT per proseguire un trattamento. Complessivamente, il 55,7% delle cartelle aperte è relativo a soggetti provenienti da fuori Valle.

I casi riguardanti i maschi rappresentano l'81%, la classe di età che presenta un maggior numero di tossicodipendenti è quella tra 20 e 24 anni.

Il numero di inserimenti in comunità è decisamente aumentato rispetto all'anno precedente, passando da 76 a 100; il 1998 presenta un dato nuovo per quanto attiene all'utilizzo di centri crisi fuori regione a cui, complessivamente, si è fatto ricorso in misura maggiore.

Rilevante è stata l'attività di assistenza ai detenuti tossicodipendenti ristretti nella Casa circondariale di Brissogne, secondo una tendenza ad aprire sempre più programmi di recupero in carcere. In particolare, sono stati aperti in carcere 93 programmi di recupero, di cui 56 con programmi prevalentemente psicosociali e 37 con programmi farmacologici.

Il numero degli interventi attuati su tossicodipendenti ricoverati nell'Ospedale regionale aumenta di anno in anno: 52 nel 1998.

E' aumentato il numero dei ricoveri per overdose (16 nel 1998) e per le patologie correlate, mentre permane la difficoltà di ricoverare tossicodipendenti in ospedale per la disintossicazione.

Permane la tendenza al forte invio di segnalazioni al Prefetto, anche se numericamente il dato presenta una flessione: 62 segnalazioni dalla Presidenza della Giunta/Prefettura contro 100 nel 1997 e 140 nel 1996; 10 dalle Forze dell'Ordine contro 17 nel 1997, 10 nel 1996 e 32 nel 1995.

Le segnalazioni sono in larga parte (64%) relative ad eroina, il 32% riguarda i cannabinici ed il 4% gli psicostimolanti.

Sono 4 i decessi nel 1998, tutti maschi, le cui cause fanno riferimento alle overdose (3) ed all'AIDS (1).

Per il settore alcoldipendenze il SerT della Valle d'Aosta ha ottenuto risorse aggiuntive, per cui l'attività di contrasto a tale dipendenza è decisamente aumentata: 67 nuovi alcoldipendenti sono stati contattati, contro 38 nel 1997; 72 gli alcoldipendenti presi in carico (41 nuovi, 31 vecchi), di cui 53 seguiti solo con programmi ambulatoriali e 19 inseriti presso comunità residenziali di riabilitazione.

Liguria

Il consumo di eroina è sostanzialmente stabile, aumenta l'età media e il numero dei "vecchi" eroinomani in conseguenza dell'effetto di riduzione del danno. In questa fascia di pazienti si assiste ad un aumento dei poliabuso, sia di alcol che di hascish, sia di cocaina che di "nuove droghe"; le associazioni del poliabuso variano da situazione a situazione e sembrano fortemente dipendenti dalle "offerte del mercato".

Per l'alcol si segnala un aumento generalizzato di persone che assumono in maniera compulsiva questa sostanza, mentre si osserva che nelle zone dove i SerT sono in grado di attivare trattamenti alcolologici specifici, il numero di utenti raddoppia; nelle zone non ancora operative per il servizio specifico l'accesso continua ad essere stazionario.

In nessuna realtà territoriale si segnala l'accesso ai servizi da parte di cocainomani "puri", ma si è a conoscenza che in alcune zone, quali il Sanremese, vengono utilizzate notevoli quantità di cocaina.

Per le cosiddette "nuove droghe" non si segnala un incremento epidemiologicamente significativo; nei SerT che offrono un servizio specifico è segnalato il raddoppio dell'utenza.

Lombardia

Il numero complessivo di utenti dei SerT (21.732), superiore a quello dell'anno precedente, conferma la buona "tenuta" dei servizi, anche a fronte del dato non irrilevante fornito dai "nuovi utenti", pari a circa un quinto del totale. Si conferma anche la tendenza all'aumento della età media dei soggetti assistiti; la fascia più rappresentata è quella da 30 a 34 anni; la metà degli utenti ha più di 30 anni. Non si evidenziano disparità di rilievo, a livello provinciale, in relazione ai dati citati.

L'eroina si riconferma la sostanza più utilizzata dagli utenti dei SerT (90%), mentre cocaina, cannabinoidi ed extasy rappresentano, in ordine decrescente, le sostanze primarie di una modesta percentuale di utenti. L'uso secondario appartiene ad oltre il 70% dei soggetti trattati ed in questa fattispecie cocaina e cannabinoidi sono le sostanze maggiormente rappresentate.

Le tipologie di trattamenti sono equamente divise tra interventi psicosociali e farmacologici nei SerT, la prima tipologia è preponderante nelle strutture riabilitative. Quasi 4.000 soggetti coinvolti nel circuito penale hanno fruito di un trattamento attraverso i Servizi.

L'area sanitaria della prevenzione ha anche in questo caso confermato la tendenza: il numero di sieropositivi HIV tra i soggetti che hanno effettuato il test è risultato pari al 30% dei casi, di cui 80% maschi e 20% femmine.

Un terzo dei soggetti indagati risulta positivo al test dell'Epatite B, oltre la metà del totale è venuta in contatto con il virus dell'Epatite C.

Le unità alcoliche, afferenti in massima parte ai Servizi per le Dipendenze, sono 62 a livello regionale ed hanno previsto il trattamento di 6.570 soggetti, quasi il 10% in più rispetto all'anno precedente. La fascia di età più rappresentata è quella maggiore di 60 anni, seguita dalla classe da 50 a 59 anni. Il numero di operatori addetti alle alcoldipendenze -parametrati a tempo pieno- è pari a 113. La sostanza alcolica maggiormente utilizzata è il vino, seguita da birra e superalcolici. In regione è ben rappresentata anche la rete dei gruppi di aiuto e mutuo-aiuto, per oltre 450 unità di offerta. In ogni caso, è evidente che il sistema d'intervento non è ancora in grado di offrire un adeguato livello rispetto all'utenza potenziale, di certo molto maggiore del numero dei soggetti trattati. Ancora, la fascia giovanile di popolazione in tutti i settori di intervento non è adeguatamente rappresentata, e questa circostanza

indica che le attuali forme di servizi non sono in grado di dare adeguata risposta.

Provincia autonoma di Bolzano

Si è verificato un aumento del numero di tossicodipendenti in trattamento presso i SerT; in particolare, il numero di pazienti in cura metadonica presso il SerT è aumentato del 56% dall'ottobre 1997 al settembre 1998 (da 130 a 210);

è da registrare un aumento dei tossicodipendenti eroinomani nella fascia di età compresa tra 20 e 24 anni (il SerT nel 1998 ha preso in carico 30 nuovi utenti);

preoccupante l'uso di eroina tra i minorenni, usualmente dediti al consumo di droghe leggere, peraltro in diminuzione;

in flessione anche il numero di decessi per overdose, casi di sieropositività all'HIV ed, infine, degli atti riguardanti la microcriminalità.

Provincia autonoma di Trento

Il numero di nuovi casi (116, 98 maschi e 18 femmine) è aumentato rispetto al 1997 (90) e corrisponde al 19,4% dei pazienti in carico al SerT.

L'età media dei nuovi pazienti è costantemente aumentata, passando da 24,4 nel 1991 a 27 nel 1998, con una differenza significativa tra maschi e femmine.

La suddivisione per fasce d'età rileva che quella compresa fra 20 e 29 anni è la più rappresentata, raccogliendo il 57,8% dei nuovi casi, ma l'incidenza di ultra trentenni che si presentano per la prima volta al Servizio raggiunge il 31,8%.

L'età di prima assunzione di sostanze stupefacenti è 20,4 anni.

Rispetto alla sostanza d'abuso per cui è stato richiesto l'intervento, 87 soggetti (73 M e 14 F) dichiarano di assumere principalmente eroina, di questi 62 (52 M e 10 F) ne fa uso per via endovenosa, 14 (14 M) cannabinici e 8 (7 M e 1 F) cocaina.

Il dato della scolarità conferma il quasi totale raggiungimento dell'obbligo scolastico. Corrisponde infatti al 4,3% l'incidenza di nuovi utenti in possesso della sola licenza elementare. Il 17,2% ha proseguito gli studi oltre l'obbligo scolastico, conseguendo un diploma professionale e il 12,1% un diploma di scuola media superiore.

Il 27,6% risulta disoccupato, il 50,9% è impegnato in un'attività lavorativa stabile e continuativa, il 6,9% si dichiara sottoccupato. I dati della scolarità e dell'occupazione sembrano confermare la progressiva "compatibilità" della problematica della tossicodipendenza con le normali attività quotidiane, allontanando sempre più lo stereotipo del tossicodipendente "ribelle e trasgressivo".

L'utenza complessiva è pari a 701, di cui 598 totalmente in carico in quanto residenti in Trentino e 103 provenienti da altri SerT. Di questi, 29 sono seguiti nelle Case circondariali di Trento e Rovereto e 74 nelle sedi SerT della Provincia.

L'analisi sottostante è relativa ai 598 soggetti totalmente in carico:

-la distribuzione per sesso riguarda 481 maschi (78,8%) e 127 femmine (21,2%);

-l'età media è 31,4 anni (31,5 M e 30,9 F), in costante aumento dal 1991;

Se si analizza tale dato suddividendolo per fasce, si nota che dal 1991 la fascia 20-24 anni è andata progressivamente diminuendo, mentre è in costante crescita quella da 35-39 anni, come pure è costante l'aumento dell'utenza ultra quarantennale;

-i dati riguardanti la scolarità e l'occupazione sono sovrapponibili ai casi nuovi. Elemento di novità è l'aumento della percentuale di occupati stabilmente, con una netta differenza tra i sessi (il 49% dei maschi risulta occupato in maniera stabile o saltuaria, il 33,8% delle donne dichiara un'attività lavorativa).

La sostanza di abuso primaria è, nella quasi totalità dei casi, l'eroina, seguita dai cannabinoidi e dalla cocaina (86%, 2,7%, 1,8%). Si ipotizza che l'uso di sostanze diverse dall'eroina non produca lo sviluppo di un' autodefinizione di tossicodipendenze e renda quindi difficile ad un paziente formulare richiesta d'aiuto ad un Servizio specificatamente connotato dalla presa in carico di tossicodipendenti.

Rispetto all'utenza generale, 330 soggetti hanno richiesto un trattamento farmacologico di disassuefazione o di controllo dell'uso di sostanze; di questi, molti hanno auspicato un concomitante intervento psico-sociale; i restanti 298 soggetti si sono rivolti al Servizio per trattamenti non farmacologici.

Veneto

Il "Sistema delle Dipendenze" della Regione Veneto è composto da:

21 Dipartimenti per le dipendenze (costituendi); 38 Ser.T (Servizi per le Tossicodipendenze); 31 Comunità terapeutiche private; 8 Comunità terapeutiche pubbliche; 13 Centri alcolici multimodali; 780 gruppi di auto aiuto (nel settore dell'alcolismo); 58 Associazioni di volontariato (29 in materia di alcolodipendenza, 22 di tossicodipendenza, 7 di AIDS); 3 sezioni a custodia attenuata per detenuti tossicodipendenti (2 maschili e 1 femminile).

Mediante questo Sistema, la regione risponde ai bisogni di intervento, a medio-lungo termine, a carattere socio-riabilitativo, psicoterapico e farmacologico integrato, di un'utenza tossicodipendente che continua a crescere costantemente e che ha oramai superato stabilmente 10.000 unità, anche per effetto dell'afflusso di nuovi utenti, pari ad un quinto dell'utenza totale. Una quota significativa di questi soggetti, in lenta e progressiva flessione, comunque sempre ampiamente superiore a 1.200 unità, segue programmi residenziali o semi-residenziali a medio-lungo termine in ambito socio-riabilitativo e psicoterapico presso comunità terapeutiche. L'utenza alcolica supera ampiamente 6.000 unità.

Friuli-V. Giulia

Da parte della regione è continuata l'opera di trasformazione dei servizi per le tossicodipendenze (SerT) in Dipartimenti delle Dipendenze.

L'opera di "riconversione" é avvenuta sulla base delle indicazioni nazionali e dopo aver preso atto della evoluzione del fenomeno in generale, per dare risposte concrete e complete a chi fa uso di droghe sia tradizionali che di "nuove droghe", sia per venire incontro a fenomeni quali la bulimia, l'anoressia; la dipendenza da fumo, da farmaci.

La trasformazione dei servizi territoriali ha determinato la necessità di definire con un "Regolamento" i compiti e le funzioni del Dipartimento; conseguentemente, sarà avviato entro l'anno lo studio per una più razionale sistemazione e riorganizzazione degli organici.

L'indirizzo regionale in materia di tossicodipendenza, in attesa di porre mano ad un vero e proprio "progetto obiettivo regionale", utilizza gli strumenti previsti dal DPR n. 309 del 1990, ovvero con le risorse finanziarie a carico del Fondo nazionale di intervento per la lotta contro la droga.

Sono state individuate priorità nella scelta dei progetti da finanziare, tenendo conto che le domande potevano essere presentate da una vasta pluralità di soggetti, dalle Aziende per i Servizi Sanitari ai Comuni, dalle Provincie ai privati impegnati su più fronti in materia di tossicodipendenza.

I progetti sono stati indirizzati sul versante della prevenzione, sulla sensibilizzazione, sulla risocializzazione, sull'avviamento all'attività lavorativa, sulla riduzione del danno.

Attraverso il Comitato regionale per la prevenzione delle tossicodipendenze e dell'alcolismo, previsto dalla legge regionale n. 57 del 1982, sono stati sviluppati i rapporti con il mondo della scuola, delle carceri, della medicina di base, del privato sociale, in un'ottica di confronto e collaborazione, rapporti che potranno ulteriormente svilupparsi grazie alla dipartimentalizzazione dei servizi per le dipendenze.

L'attività prestata dai SerT, quali unità operative dei Dipartimenti, pur nelle difficoltà determinate dall'aumento di competenze ha permesso di mantenere gli stessi livelli di prestazioni all'utenza.

Emilia-Romagna

Il trend del fenomeno è sostanzialmente stabile (decremento dello 0,18% di utenti dei SerT dal 1991 al 1998).

La percentuale di utenti che fa uso di eroina come sostanza principale è stabile, mentre risulta in costante aumento l'uso primario di cocaina e di ecstasy.

Si conferma il decremento, già registrato negli anni passati, dell'utenza in trattamento presso gli Enti ausiliari iscritti agli Albi regionali.

Marche

Il fenomeno delle tossicodipendenze, dopo un triennio di sostanziale stabilità, ha fatto registrare un incremento del 10% (4.607 nel 1998, 3.686, nel 1997).

Occorre verificare se tale aumento sia "reale" oppure determinato dalla aumentata capacità di attrazione dei Servizi. Molti operatori propendono per la seconda ipotesi.

La sostanza di abuso più utilizzata resta l' eroina; non si dispone di dati significativi sul consumo di "nuove droghe".

Toscana

Emerge stabilità nel numero di accessi ai trattamenti rispetto agli anni precedenti, pur in presenza di un tasso di prevalenza piuttosto alto se riferito alla popolazione generale.

La "nuova utenza" si aggira attorno al 25%, rappresentando un indice di *turn over* nella proposta assistenziale. Anche i residenti in comunità terapeutica (circa 1.000) sono espressione di un dato stabile. La distribuzione per fasce di età evidenzia la prevalenza di soggetti con età da 25 a 35 anni, confermando la generale impressione di un "invecchiamento" dell'utenza trattata.

L'analisi della utenza, accanto ad una rilevante presenza di problematiche rischiose per un esito in cronicità, evidenzia un basso tasso di emarginazione sociale, in quanto molti lavorano, hanno terminato gli studi, vivono in famiglia o hanno costituito un proprio nucleo familiare, hanno pochi processi penali in corso. Ciò evidenzia come la fenomenica di una condotta si correli strettamente alle risposte assistenziali che riceve.

La sostanza di abuso primaria è l'eroina, seguita da alcool, cannabinoidi, amfetamine e cocaina, allucinogeni.

Questi dati fanno ritenere che il fenomeno del consumo e dell'abuso di oppiacei persista in misura consistente sul territorio, confermando che la tossicodipendenza costituisce una questione sociale di rilievo, alla quale i Servizi possono fornire risposte di tipo sanitario, terapeutico e socio assistenziale non esaustive delle problematiche culturali e sociali.

Rispetto alle tipologie di trattamento praticate (psico-sociale e/o riabilitativo, farmacologico integrato e non, programmi presso strutture) la relativa distribuzione evidenzia la prevalenza di trattamenti farmacologici (sostitutivi e non) ed una quota restante che si distribuisce in programmi realizzati presso strutture terapeutiche (comunità) ed in programmi psico-sociali e/o riabilitativi ambulatoriali.

Numericamente poco rilevante in termini di utenti in trattamento la "nuova utenza" o meglio giovani consumatori di derivati della cannabis, di cocaina e di "nuove droghe" di sintesi (in particolare ecstasy), che fanno riferimento al SerT, di norma, solo nel caso in cui incorrano nelle segnalazioni ex art. 121 e 122 del DPR n. 309 del 1990 o per accertamenti per idoneità alla patente di guida o come esito di segnalazioni del Dipartimento di salute mentale.

Di fronte a tali soggetti, di norma il SerT adotta la metodologia sperimentata con i soggetti dipendenti da oppiacei, cioè mette in atto interventi volti alla definizione diagnostica dei comportamenti di abuso di sostanze, alla valutazione delle caratteristiche personalologiche e relazionali dei soggetti, al fine di pervenire alla definizione di una ipotesi terapeutica personalizzata.

I Servizi, consapevoli del rilievo che presenta il "sommerso del fenomeno", sono orientati ad interventi di prevenzione e di educazione sanitaria svolti nel contesto esterno ed in particolare nel mondo della scuola, dell'associazionismo e del tempo libero. L'istituzione di numerosi CIC in istituti secondari, come

l'apertura di centri di consulenza per adolescenti o le iniziative presso discoteche e luoghi di aggregazione giovanili diffuse nel territorio regionale sottolineano l'importanza attribuita ad interventi "atipici" realizzati al di fuori di contesti ambulatoriali ed il valore riconosciuto alla pratica preventiva al fine di ridurre l'assunzione di condotte orientate alla dipendenza.

I Ser.T hanno provveduto quasi ovunque ad individuare un sottogruppo di operatori adibiti al contrasto all'alcoldipendenza.

Umbria

Sono 3.102 i soggetti che hanno fruito di servizi e prestazioni offerti dagli 11 SerT dell'Umbria (con incremento di 216 unità rispetto al 1996): 1.853 si sono rivolti ai SerT delle tre Aziende Usl della Provincia di Perugia, 1.249 all'Azienda della Provincia di Terni. Dal 1990 al 1997 si è passati da 992 a 3.102 utenti in trattamento presso i SerT dell'Umbria (incremento del 335 per cento), di cui il 79,5% maschi.

L'utenza dei SerT è essenzialmente giovane, compresa nella fascia d'età che va da 20 a 34 anni; in particolare, la classe maggiormente rappresentata è quella fra 25 e 29 anni (1.008 utenti), seguita da quella compresa tra 30 e 34 anni (851 utenti). Rispetto all'anno precedente, si registra un incremento in tutte le fasce di età, fatta esclusione per quella compresa tra 15 e 19, che passa da 73 nel 1996 a 47 nel 1997.

Il dato più interessante è relativo al progressivo invecchiamento dei soggetti dediti agli stupefacenti: la fascia di età compresa tra 30 e 34 anni è passata dal 23,6% nel 1994 al 27,4% nel 1997, la fascia di età tra 20 e 24 anni fa segnalare una riduzione di circa 6 punti, passando dal 23,1% nel 1994 all'attuale 17,4%.

L'eroina è la sostanza d'abuso maggiormente usata (87,7%); seguono i cannabinoidi (7,8%) e la cocaina (1%).

Il 27,2% dei tossicodipendenti che si rivolgono ai SerT è positivo al test dell'epatite "B", il 10% è positivo al test "HIV". I valori della sieropositività sono comunque in lento ma costante declino: si è passati dal 30% nel 1991 al 12,9% nel 1993, al 10% nel 1998.

Sono decedute per cause direttamente riconducibili all'uso di droga 14 persone (a fronte delle 22 dell'anno precedente).

Nel 1997 per la prima volta i SerT hanno iniziato a segnalare la presenza di utenti (219) che dichiarano di essere dediti all'uso continuativo di ecstasy sia come sostanza primaria di abuso sia, in numero ancora maggiore, come sostanza associata ad altre droghe, come l'eroina.

Lazio

Si sono avuti presso i servizi del Lazio oltre 15.000 contatti con tossicodipendenti (85% SerT e 15% Enti ausiliari) corrispondenti, una volta eliminati i plurimi ricorsi, a circa 13.200 persone.

Il 22,5% delle persone (2.940) non aveva contattato precedentemente alcun servizio per le tossicodipendenze della regione (casi incidenti).

Oltre 1.000 sono stati gli stranieri (7,1% del totale, 15,6% dei nuovi utenti) che hanno usufruito di almeno un trattamento per tossicodipendenza.

Le persone in carico ai servizi sono prevalentemente maschi, con un rapporto maschi/femmine di 6/1, età media 32 anni (32,7 le persone già in carico o rientrate, 29,8 i soggetti incidenti), sono in maggioranza celibi o nubili (oltre il 68% dei "vecchi" utenti e il 72% dei nuovi utenti), hanno il solo titolo di licenza elementare (oltre il 17% dei casi) e di scuola media inferiore (più del 55%); il 27% e 29% rispettivamente dei vecchi e nuovi utenti ha una occupazione stabile.

L'eroina è la sostanza di abuso primaria nell'88,7% dei casi, la prevalenza di eroinomani sale al 93,6% tra le persone già in carico o rientrate ed è del 74,2% tra i nuovi utenti.

L'eroina viene assunta per via endovenosa in maggior proporzione tra i vecchi utenti che tra i nuovi (80% contro 66,5%) ed ancora in percentuale maggiore tra gli eroinomani italiani (78,9) rispetto agli stranieri (53).

Le sostanze di abuso secondarie più usate sono l'hashish (33% dei casi incidenti e 42% degli utenti già in carico o rientrati), la cocaina (oltre il 35% dei casi) e gli psicofarmaci (10%).

I servizi per le tossicodipendenze contattano ogni anno circa la metà delle persone tossicodipendenti da eroina stimate nel Lazio. Nel 1996, utilizzando il metodo cattura-ricattura e la formula del moltiplicatore, si stimavano circa 25.000 tossicodipendenti da eroina.

I dati sulla mortalità dei tossicodipendenti nel territorio del comune di Roma derivano da uno studio longitudinale retrospettivo su una *coorte* di tossicodipendenti arruolati all'ingresso in trattamento presso SerT ed Enti ausiliari.

Sia l'arruolamento (attraverso gli archivi del Sistema Informativo Regionale) che il *follow-up* della *coorte* sono periodicamente aggiornati. I dati più recenti si riferiscono a 11.524 tossicodipendenti arruolati tra il 1980 ed il 1995 e seguiti fino al 31 Maggio 1997.

La popolazione in studio è costituita per l'83% da maschi, l'età media all'arruolamento è di circa 27 anni; la maggior parte dei soggetti è in possesso della licenza elementare o del diploma di scuola media inferiore; il 60% ha un lavoro stabile o saltuario. La sostanza d'abuso primario è, in più del 90% dei casi, l'eroina e la modalità d'uso prevalente è la via endovenosa.

Durante il periodo in studio (1980-1997), la mortalità per tutte le cause aumenta da 7,6/1000 nel 1980 a 29,4/1000 negli anni 1992-93, senza significativi cambiamenti nel periodo successivo. La principale causa di morte è, fino agli anni 1988-89, l'overdose e successivamente l'AIDS. I tassi di mortalità per AIDS aumentano fino al biennio 1992-1993 (14,2/1000) e rimangono pressoché stabili negli anni seguenti. Per le donne sono stati osservati tassi di mortalità per AIDS più alti rispetto a quelli dei tossicodipendenti di sesso maschile durante tutto il periodo in studio.

L'eccesso di mortalità dei tossicodipendenti arruolati rispetto alla popolazione generale del Lazio dello stesso sesso ed età è pari a 37 volte per le donne e 15

per i maschi. E' stato osservato un significativo eccesso di mortalità per malattie del sistema circolatorio e respiratorio, cirrosi e cause violente.

Dai dati relativi ai tossicodipendenti afferenti ai servizi si rileva che la presenza di consumatori di sostanze diverse dall'eroina presso i servizi stessi è ancora un fenomeno poco rilevante. Questo può dipendere sia da una bassa prevalenza di consumatori di altre sostanze che necessitano di un intervento sanitario, sia dalle caratteristiche dei servizi, ancora organizzati per assistere quasi esclusivamente una popolazione di tossicodipendenti da eroina.

Nell'ambito di uno studio di valutazione degli interventi di prevenzione delle infezioni da HIV tra i giovani delle scuole medie superiori di Roma nell'anno scolastico 1997-98, è stata condotta una indagine campionaria sui comportamenti sessuali, sull'uso di droghe ed alcool, sulle conoscenze sull'AIDS e HIV, sulla percezione del rischio e sulla conoscenza delle strategie di prevenzione. È stato effettuato il campionamento di 18 scuole medie superiori, stratificato per tipo di scuola e per ciascuna sono state selezionate le ultime due classi di 3 sezioni. Tramite un questionario auto-somministrato sono state raccolte informazioni su un totale di 1.697 studenti di età media 18,9 anni (*range*: 17-23 anni; *DS* =1) di cui il 50,8% maschi.

Dall'analisi descrittiva preliminare di questi dati risulta che il 35,8% del campione ha riferito l'uso di hashish e marijuana almeno una volta, il 9,5% di sedativi, il 5,5% di ecstasy, il 3,7% di LSD il 3,4% di stimolanti; lo 0,5% (8 studenti) ha riferito di aver fatto uso di eroina almeno una volta e il 9% (152 studenti) di cocaina. Complessivamente, il 41,7% degli studenti ha riferito di aver fatto uso almeno una volta delle sostanze sopra citate. Per quanto riguarda l'uso riportato negli ultimi 3 mesi, il 24,5% dell'intero campione ha fatto uso di hashish e marijuana, il 4,5% di sedativi, il 2,2% di ecstasy, l'1,9% di stimolanti, lo 0,7% di LSD, lo 0,2% di eroina ed infine il 5,6% ha riferito di aver usato cocaina negli ultimi 3 mesi.

Questi dati, come tutte le stime derivate da studi trasversali, risentono di diversi limiti che vanno tenuti in considerazione nella loro interpretazione. Il primo problema è la validità di risposte a richieste di dati sensibili, in particolare informazioni sul consumo di sostanze illecite; il secondo è la generalizzabilità dei risultati. Nel caso specifico, la popolazione intervistata è rappresentata da studenti delle scuole medie superiori, non rappresentativa del complesso dei giovani adolescenti, ma solo di coloro che frequentano queste scuole.

Campania

I dati più salienti sull'organizzazione regionale del contrasto riguardano:

SerT: n. 41; Operatori socio/sanitari dei servizi n.234 , 5 in convenzione; Medici assegnati ai servizi pubblici n. 100 e 33 in convenzione; Utenza media, rapporto maschi/femmine M: 11.308; F: 1.059; M/F: 10,5; Utenza media nel SERT n. 326; Utenza presso i SERT e le strutture riabilitative utenti presso i SERT = 10.859; presso strutture riabilitative =1.518; Utenza presso le strutture riabilitative distribuita per sesso M: 1.411; F: 100 Rapporto M/F: 14.1; Utenza distribuita per sostanza d'abuso primaria (%) : *Allucinogeni* 0.1; *Amfetamine* 0.2; *Ecstasy e Analoghi* 0.3; *Barbiturici* 0.1 *Benzodiazepine*0.3:

Cannabinoidi 11,0; Cocaina 2,2; Eroina 82,7; Metadone 2,7; Altro 0,4 - Utenza distribuita per tipo di trattamento (%) : Psicosociale e/o riabilitativo 29,7; Metadone 59,8; Naltrexona 4,7; Clonidina 0,8; Altri farmaci 5,1

Per valutare con maggiore attendibilità l'andamento del fenomeno delle tossicodipendenze e la qualità delle prestazioni offerte dai Servizi è *in itinere* un programma di informatizzazione regionale per una maggiore stratificazione delle informazioni per contatto, sesso, nazionalità, residenza, sostanze e abuso, modalità di assunzione, rapporto con SerT e comunità terapeutiche, situazione abitativa, test HIV ed epatite C, siringhe distribuite e scambiate, preservativi distribuiti ed altro.

Il problema principale che si deve affrontare è l'impossibilità oggettiva di richiedere dati anagrafici ai soggetti contattati al di fuori dei Servizi, per cui il *target* dei progetti di prevenzione specifica si basa su tipologie standard dei tossicodipendenti, mentre attualmente i modelli di comportamento sono molto diversi fra i tossicodipendenti in rapporto all'età e al sesso.

Abruzzo

Gli utenti dei SerT sono stati 2.472 ,contro 2.356 nel 1997 e 1.999 nel 1996.

La quantità di droga sequestrata è aumentata esponenzialmente nell'ultimo anno e risulta essere di purezza elevata, con un coinvolgimento nel traffico illegale di sempre nuovi soggetti; il mercato attuale riesce a conquistare ampie fasce di giovani non emarginati, appartenenti alla cosiddetta "*normalità*".

La fascia giovanile fra 14 e 18 anni viene sottoposta ad una forte aggressione del mercato che spinge verso le droghe eccitanti (cocaina ed ecstasy) con una riscoperta dell' LSD, mentre si registra un calo dell'eroina.

Molise

Il fenomeno delle tossicodipendenze nella zona dell'Alto Molise si caratterizza essenzialmente nell'uso di alcol, mentre nel Centro Molise la sostanza d'abuso primaria utilizzata dagli utenti dei SerT rimane l'eroina; il 92% dei programmi realizzati in tale ambito territoriale sono legati all'uso della stessa, anche se è stato evidenziato un incremento notevole dell'uso di cocaina quale sostanza secondaria d'abuso; in particolare, la cocaina risulta spesso associata all'uso contestuale di eroina. Non risulta quantificabile nel Centro Molise il fenomeno delle nuove droghe, in quanto i consumatori non afferiscono al SerT essendo considerata questa struttura come un servizio destinato prevalentemente agli eroinomani.

Un incremento dell'uso di alcol è evidenziato, soprattutto tra i giovani, anche nel Basso Molise, dove è stato anche rilevato un incremento di uso delle nuove droghe.

Puglie

Il trend del fenomeno delle tossicodipendenze evidenzia un aumento significativo di utenti dei Servizi (15% circa). Si conferma la tendenza manifestata in precedenza dell'innalzamento nell'età dei soggetti che si rivolgono ai Servizi (circa 25 anni).

Costante risulta il consumo di eroina, in aumento appare l'uso di cocaina soprattutto in alcune realtà. Un aumento significativo dell'abuso di alcol si evidenzia soprattutto nelle fasce d'età giovanili, spesso associato al consumo, similmente aumentato in detti soggetti, di sigarette.

Si rileva poi il ritorno all'uso, in alcuni luoghi, di hashish e marijuana, presumibilmente collegato alla posizione di affaccio della regione sull'Adriatico, facilmente permeabile dall'invasione dei prodotti illegali provenienti dall'altra sponda.

Un numero consistente di utenti, soprattutto adolescenti, dichiara l'abuso secondario di sostanze come le benzodiazepine. Tale numero sembra notevolmente sottostimato rispetto alla reale diffusione del fenomeno, infatti è abituale da parte dei tossicodipendenti l'uso delle benzodiazepine quale integrativo e/o sostitutivo degli oppiacei, ovvero come tentativo di automedicazione sul controllo dei sintomi derivanti dall'uso di sostanze psicoattive come l'alcol.

Sembrerebbe che l'approvvigionamento di tali preparati avvenga attraverso contatti con il "mercato grigio".

Calabria

I servizi pubblici per le tossicodipendenze operanti sul territorio calabrese sono 15 e contano 147 operatori; pur avendo organici incompleti, hanno fatto rilevare una aumentata incisività dell'intervento socio-sanitario sia nel campo della prevenzione che del recupero.

L'analisi della realtà epidemiologica della regione descrive i tradizionali bisogni di salute dei tossicodipendenti che in Calabria si concretizzano in 4.297 soggetti afferiti presso i SerT, con un aumento pari al 28% rispetto al 1997.

Il numero di persone trattate per la prima volta presso i SerT è aumentato di 2.963 unità.

La fascia d'età più rappresentata per i nuovi ingressi va da 20 a 29 anni, per quelli già in carico o rientrati è tra 30 e 37 anni.

I soggetti eroinomani costituiscono il 67% dell'utenza totale, evidenziando una leggera flessione dell'uso primario di eroina; nel contempo si rileva un aumento dei cannabinoidi (695 soggetti).

La cocaina viene utilizzata da 68 soggetti; l'entità del consumo di nuove droghe è poco rilevante (53 utenti per uso secondario).

Per l'alcoolismo primario sono in cura presso i SerT 617 pazienti.

Il numero di trattamenti sia psico-sociali che farmacologici nelle strutture pubbliche è stato pari a 5.790.

Sicilia

E' documentato il progressivo incremento dei soggetti tossicodipendenti ("vecchi" e nuovi) in carico ai SerT (+5% rispetto al 1997).

Gran parte degli utenti dichiara l'eroina come sostanza di abuso primario, il 10-15% la cocaina come sostanza di abuso secondaria. La cocaina come

sostanza di abuso primaria è dichiarata dall' 1-2% dei soggetti in trattamento. L'alcol come sostanza di abuso secondaria è dichiarata dal 20-30% degli utenti.

Progetti rilevanti attivati

Piemonte

Osservatorio Epidemiologico Dipendenze (OED) Questa struttura, che si avvale della collaborazione di epidemiologi e operatori dei servizi, è stata istituita per produrre i dati necessari ad una razionale pianificazione degli interventi a livello regionale e delle aziende sanitarie.

Studio VEdeTTE Il Piemonte, che condivide con il Lazio il coordinamento dello studio nazionale, ha coinvolto nello studio 18 Sert: Fino al mese di maggio sono stati reclutati circa 2.000 utenti, che verranno seguiti per la misura dell'efficacia dei trattamenti prescritti.

Progetti a "bassa soglia" Sono stati avviati con finanziamenti regionali *ad hoc* i seguenti progetti: "PRASSI" pronta assistenza ai tossicodipendenti "Accoglienza itinerante" "S.A.T." (servizio di assistenza territoriale). L'osservazione clinica del fenomeno ha evidenziato un notevole cambiamento nella tipologia di utenza che sempre di più si avvicina ai servizi, presentando un quadro di poliabuso indifferenziato o problematiche psichiatriche importanti. Rispetto alla prima tipologia è attivo un gruppo regionale che sta elaborando linee guida che troveranno realizzazione all'interno degli istituendi Dipartimenti delle dipendenze. Rispetto alla cosiddetta "doppia patologia", sono stati finanziati numerosi progetti di formazione congiunta e di coprogettazione tra i dipartimenti di salute mentale ed i servizi tossicodipendenze.

Liguria

E' stato attivato il progetto "Valutazione della qualità dei SerT. e delle Comunità terapeutiche" ed è stato costituito un gruppo di lavoro misto formato da: SerT., C.T., regione.

Il gruppo di lavoro, composto da 12 rappresentanti di C.T. e da 10 rappresentanti di SerT. e da referenti dell'ufficio tossicodipendenze della regione, costituisce un tavolo avanzato di scambio di informazioni, oltre che sulla qualità, anche per avviare processi di rinnovamento e adeguamento dei Servizi.

La regionalizzazione del Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga ha costituito un momento fondamentale per la gestione e la programmazione delle risorse e per valutare i bisogni del territorio. La regione, agendo con sollecitudine e trasparenza, ha soddisfatto pienamente i destinatari delle risorse aprendo così la strada per successivi e più significativi modelli di intervento e di gestione delle disponibilità finanziarie. Si segnala ancora una certa genericità degli interventi, operata principalmente dai progetti dei Comuni che, con una eccessiva richiesta di finanziamenti di "informagiovani", di fatto non sono stati in grado di esprimere una piena progettualità.

Lombardia

Con il progressivo cambiamento organizzativo, che ha affidato alla regione il ruolo di organo di governo del sistema, operare per progetti ha assunto un significato rilevante. In concreto, si è avviata una strategia regionale che attraverso un modello esplicito di valutazione e selezione dei progetti nonché di monitoraggio e valutazione dei risultati, risponde essenzialmente a due finalità:

- introdurre nel sistema dei servizi alla persona il lavoro per progetti come modalità organizzativa vera e propria e non come assemblaggio di azioni urgenti o come modalità per avere delle risorse finanziarie. Il modello adottato considera il percorso progettuale in almeno due momenti significativi, quello della formulazione del progetto (pianificazione e programmazione operativa) e quello dell'implementazione del progetto (avvio e realizzazione);
- interagire con i progetti a partire dalle informazioni in essi prodotte (di processo e di risultato) per facilitare la loro diffusione nonché per procedere a delineare elementi comuni anche da un punto di vista programmatico.

Il piano di lavoro complessivamente si articola in tre annualità (1998-1999-2000). Nell'annualità 1998 si è proceduto all'individuazione dei criteri e degli indicatori ritenuti importanti per la costruzione di un percorso progettuale, alla loro validazione e all'implementazione, attraverso l'avvio dei percorsi progettuali selezionati a livello territoriale. Nelle successive, a partire dagli interventi sviluppati, si attiverà una vera e propria azione promozionale utile a garantire la massima circolarità e diffusione degli elementi in essi contenuti nonché dei risultati raggiunti e spazi di confronto e messa in comune di materiale di lavoro per giungere nell'ultima annualità a realizzare un'azione di valutazione e produzione di materiale di sintesi, al fine di predisporre linee guida per l'elaborazione di progetti integrati d'area, intesi come applicazione di una metodologia di lavoro che prevede l'interfacciarsi di diverse realtà (istituzionali e non), nel rispetto delle singole responsabilità, ma su una base condivisa.

In questo contesto rivestirà particolare importanza la progettualità nel campo delle nuove droghe e delle diverse modalità di consumo (policonsumi).

Il programma attivo dal 1994, nell'anno 1998 ha visto la chiusura della prima fase di sperimentazione del programma di unità di strada e la contestuale attivazione del potenziamento.

I 9 servizi che hanno aderito a questo percorso (fase iniziale) hanno raccolto la sfida di una possibile integrazione e continuità tra interventi di aiuto (riduzione del danno) e di cambiamento (uscita dalla dipendenza), uscendo da posizioni di contrapposizione e discontinuità nella percezione che la prima strategia funga da contenitore della seconda, laddove non è praticabile o fallisce un progetto di "drug-free" è presente o subentra un'attenzione alla riduzione del danno.

I servizi si sono strutturati in modo da offrire una serie di interventi definiti a "raggiera": da quelli considerati a bassa soglia (accudimento, per impedire forme di peggioramento, contenimento ed accompagnamento) a quelli ad alta soglia (percorsi psico-terapeutici ed esperienze di comunità terapeutica).

Ciò ha consentito di raggiungere all'interno del sistema di intervento obiettivi fondamentali, quali:

- prevenire il peggioramento della situazione soggettiva già esistente, diminuendo la pressione esercitata dalla dipendenza
- cercare di stabilizzare il soggetto ad un livello sociale minimamente dignitoso ed accettabile
- aiutare la persona sviluppare la sua abilità nel senso di una integrazione sociale.

La struttura organizzativa, avviata nelle precedenti annualità, nel 1998 si è ulteriormente stabilizzata, come segue:

- un gruppo di supporto costituito a livello di ufficio regionale e rappresentato dalle Agenzie che curano i percorsi di formazione, dal funzionario regionale e da esperti o personale specifico diverso a seconda della ree tematiche oggetto di confronto
- momenti di lavoro specifici a cui hanno partecipato i capi-progetto delle ASL coinvolte, finalizzato alla costruzione degli indicatori di qualità
- una struttura operativa a livello di singola ASL, coordinata dai responsabili di progetto e costituita prevalentemente da:
 - *equipe di progetto*: rappresentata da operatori pubblici e privati rappresentanti le strutture coinvolte nel percorso
 - *equipe di strada*: formata da operatori di strada, prevalentemente in convenzione, di cui uno con ruolo di coordinatore. Essi sono educatori-animatori, preparati all'inizio delle attività con il corso di formazione specifico, supervisionati periodicamente
- è in corso di attivazione il coordinamento regionale delle unità di strada con l'obiettivo prioritario di facilitare lo sviluppo degli interventi sul territorio con rilevante attenzione alla verifica e alla definizione di indicatori condivisi e di collegamento con il territorio nazionale (15 esperienze di unità di strada).

Il piano di azione relativamente al potenziamento ha visto attivare nel corso del secondo semestre 1998 sia i diversi percorsi progettuali nei soli contesti territoriali a proseguimento, sia l'organizzazione di un percorso di formazione volto principalmente allo sviluppo di una metodologia di progettazione partecipata per attivare veri e propri processi di mediazione sociale nonché per l'adeguamento delle attività di unità mobili ai bisogni e alle trasformazioni dei fenomeni.

La cura e la riabilitazione delle persone tossicodipendenti ristrette negli istituti penitenziari della Lombardia sono regolamentate dall'Atto di intesa tra Ministero di Grazia e Giustizia e le regioni in materia di cura e riabilitazione dei tossicodipendenti e alcooldipendenti coinvolti nell'area penale,

Il programma di interventi che si articola su due annualità è volto a garantire che all'interno di ciascun servizio, sul cui territorio hanno sede strutture carcerarie, la costituzione e/o potenziamento delle relative *équipes* nonché iniziative di aggiornamento e formazione specifica, favorendo la messa in rete

dei servizi diversamente coinvolti nell'area. Nell'anno 1998 sono state trasferite alle ASL le risorse finanziarie per procedere al potenziamento del personale, tenuto conto della popolazione carceraria degli istituti presenti sul territorio di competenza del servizio, per una somma complessiva di £ 9.300.000.000.

Il percorso formativo per la certificazione delle funzioni educative si è realizzato con l'attivazione e la conclusione di 16 corsi organizzati da 10 enti ausiliari, articolati in un corso di 100 ore dedicato agli operatori con maggior anzianità di servizio e di 200 ore dedicato agli operatori con minore anzianità. Sono stati complessivamente certificati 240 operatori, di cui 140 per la frequenza del corso di 100 ore e 100 per la frequenza del corso di 200 ore.

Dei 240 operatori 143 sono maschi e 97 femmine.

I corsi hanno avuto un buon indice di gradimento, secondo il contenuto dei questionari di valutazione dei partecipanti stessi, non solo per i contenuti in essi trasmessi per anche per gli effetti indiretti da essi prodotti quali il confronto con altri operatori, con altri Enti e altri approcci riabilitativi, la possibilità di fermarsi a pensare e a riflettere.

Nella maggior parte dei casi gli operatori hanno individuato nel corso la fonte per ulteriori stimoli formativi fra cui il desiderio di approfondimento in generale è legato ai temi educativi. In alcuni casi la riflessione da parte degli operatori sul proprio operare, ha portato alcuni operatori a conseguire la maturità per potersi iscrivere al corso per educatore professionale.

Ai fini di una corretta programmazione dell'organizzazione e della pianificazione dei servizi e delle attività per l'alcooldipendenza, punto fondamentale è la conoscenza dello stato attuale del fenomeno nei suoi aspetti qualitativi e quantitativi.

Per la realizzazione del progetto finalizzato all'analisi dei bisogni, della domanda e dell'offerta è incaricato il Dipartimento di Statistica Facoltà di Scienze Politiche-Università degli studi di Milano.

La durata complessiva è di 18 mesi.

Le finalità sono il miglioramento:

- delle conoscenze quali-quantitative dei soggetti alcooldipendenti e con problemi alcoolcorrelati
- e sviluppo delle conoscenze sui consumi di sostanze alcoliche
- delle conoscenze sulla domanda ed offerta di servizi per soggetti alcooldipendenti e caratteristiche degli utenti

L'avvio del percorso prevede in prima istanza l'attivazione di un sistema di rilevazione statistico-epidemiologico della prevalenza dei problemi alcoolcorrelati nella popolazione della regione, per proseguire nell'individuazione dei gruppi di popolazione verso cui indirizzare in via prioritaria gli interventi di cura ed assistenza dei problemi alcoolcorrelati nonché gli interventi di prevenzione in considerazione del livello di consumo di bevande alcoliche nella popolazione in generale e concludere infine con un'analisi della domanda di assistenza nonché dell'offerta di assistenza.

Contestualmente è stata attivata la consulta regionale sull'alcolismo con il compito di esprimere proposte e suggerimento circa:

- lo stato di attuazione del progetto obiettivo alcolismo
- i programmi di intervento socio-sanitario per l'area dell'alcolodipendenza: prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale
- l'organizzazione e la pianificazione dei servizi per l'alcooldipendenza
- eventuali altre tematiche attribuite dalle norme vigenti.

Nel quadro generale degli interventi di prevenzione, assume inoltre particolare importanza, l'attivazione di una campagna preventiva dell'uso di bevande alcoliche.

Provincia autonoma di Bolzano

Sono in corso di realizzazione:

- n.4 progetti di formazione ed aggiornamento del personale dei SerT
- n. 7 progetti di prevenzione, recupero e reinserimento lavorativo a cura di enti, organizzazioni di volontariato, cooperative sociali e comunità comprensoriali;
- n.9 progetti di ASL

Provincia autonoma di Trento

Sono in corso di realizzazione:

- Progetto di valutazione dell'attività del SerT
- Progetti finanziati con la quota provinciale del Fondo nazionale di lotta alla droga relativi a:
 - prevenzione
 - integrazione tra servizi (sistema di rete informatizzata per la condivisione dei dati di attività tra servizi)
 - specializzazione del trattamento (attivazione di una struttura atta a fornire interventi terapeutici e socio-riabilitativi per tossicodipendenti a doppia diagnosi).

Veneto

La sfida per il Sistema delle Dipendenze è rappresentata dalla necessità di riorganizzare la rete dei servizi alla luce dell'evoluzione del fenomeno che vede sia l'introduzione di "nuove droghe" che l'emergenza di nuove modalità d'abuso, nonché del diffondersi di nuovi tipi di programmi e/o modalità di intervento assistenziale e delle novità derivanti dalla riforma della Sanità

Questa sfida è stata raccolta dalla regione con il progetto obiettivo "Prevenzione e cura delle tossicodipendenze", previsto dal piano socio-sanitario regionale per il triennio 1996/98, il cui obiettivo più qualificante è la realizzazione di un Sistema Integrato Preventivo Assistenziale delle

tossicodipendenze formato da varie componenti (pubbliche e private) con pari dignità, con compiti, responsabilità e ambiti di intervento diversi, ma necessariamente coordinate e integrate per garantire una linea di continuità assistenziale che passi attraverso il primo contatto di strada, l'inserimento in programmi terapeutici ambulatoriali, l'inserimento in programmi residenziali e semi-residenziali, fino all'attivazione di specifici programmi di reinserimento e prevenzione delle ricadute.

La modalità operativa più idonea per rispondere a questa esigenza di riorganizzazione della rete dei servizi di settore è stata individuata nel Dipartimento (funzionale) per le dipendenze, in corso di istituzione.

La regione ha avviato una serie di interventi operativi attraverso la costituzione di alcuni nodi territoriali di riferimento nei seguenti settori:

- modelli organizzativi (nuovi modelli di management, di monitoraggio epidemiologico delle tossicodipendenze e delle patologie correlate e di valutazione della qualità degli esiti dei trattamenti);
- prevenzione e reinserimento sociale (organizzare le risorse pubbliche e private della comunità locale per la realizzazione di esperienze diversificate, innovative e integrate di prevenzione, accoglienza e reinserimento sociale, valorizzando le specificità territoriali);
- alcoologia (realizzazione di un sistema informativo regionale a supporto del modello organizzativo sperimentato mediante il Progetto Alcoologia Veneto, articolato in medici di medicina generale, gruppi di auto-aiuto, SerT. e Centri alcoologici multimodali);
- carcere (formazione e supervisione integrata degli operatori socio-sanitari e penitenziari, ottimizzazione di un modello di intervento nel carcere, ricerca e analisi delle caratteristiche della popolazione tossicodipendente detenuta).

La regione si è recentemente dotata di una Dichiarazione etica contro l'uso delle droghe, finalizzata a proporre e incentivare un modello culturale comunitario orientato esplicitamente e chiaramente a diffondere il messaggio della nocività e della tossicità di tutte le droghe, portando contemporaneamente contenuti orientati a sviluppare il senso di responsabilità dell'individuo.

Tra le prospettive future più significative:

- il potenziamento delle attività regionali di studio e documentazione nel settore delle dipendenze da sostanze psicoattive, prevedendo nuove modalità di gestione del Centro di documentazione affidato all'Azienda Ospedaliera di Padova;
- il potenziamento delle attività regionali nel settore della prevenzione attraverso:
 - la revisione del protocollo Scuola-Regione in materia di prevenzione delle tossicodipendenze e di promozione della salute;
 - la realizzazione di "Itinerari - Progetto di sviluppo della rete territoriale nel settore della prevenzione dell'uso di sostanze psicoattive"
- l'istituzione del G.T.C.R. (Gruppo tecnico consultivo regionale) sugli aspetti etici e legali delle tossicodipendenze;

- la regolamentazione dell'istituzione e del funzionamento del Dipartimento per le dipendenze mediante un apposito documento di indirizzi e linee tecniche.

Emilia Romagna

Il progetto " *Linee di indirizzo regionali sulla prevenzione della mortalità per overdose nei tossicodipendenti*" prevede la distribuzione di materiale informativo-preventivo ai dipendenti da eroina e in particolare a specifici sottogruppi a rischio (es., alla scarcerazione di tossicodipendenti detenuti) e la somministrazione a ciascun dipendente da eroina di una fiala di naloxone in contenitore rigido (sotto forma di penna-biro per incentivare il tossicodipendente a portarlo sempre con sé). Viene inoltre incentivata l'attività di monitoraggio epidemiologico del fenomeno e si auspica di poter giungere rapidamente ad una forma di monitoraggio delle sostanze presenti sul mercato.

Il "Protocollo di intesa tra la Regione Emilia-Romagna e la CALER (Confederazione Autonomie Locali Emilia-Romagna) in tema di tossicodipendenza" ridefinisce le competenze rispettive di AUSL ed Enti locali valorizzando il ruolo dei Comuni e della programmazione territoriale. In particolare gli Enti locali sono riconosciuti titolari delle attività di prevenzione primaria e di riduzione del danno per ciò che attiene la componente socioassistenziale, in un contesto di collaborazione con il sistema dei servizi territoriale.

Sono stati istituiti, in collaborazione con l'Assessorato regionale alla Sanità, gruppi di lavoro composti da tecnici delle AUSL e delle Aziende ospedaliere per la messa a punto di un progetto regionale di contrasto al tabagismo.

Marche

Sono stati attivati 131 progetti di contrasto al fenomeno, riguardanti sia la prevenzione che le attività di risocializzazione.

Si segnala, fra gli altri, il progetto che ha consentito di attivare una comunità di accoglienza per genitori tossicodipendenti con figli minorenni.

Nel Piano Sanitario Regionale è stata prevista l'attivazione di quattro Centri di Detossificazione Ospedaliera (CDO), uno per ogni Provincia, che si conta di attivare nel corso dell'anno.

Toscana

Sono stati attivati molteplici progetti utilizzando il fondo regionalizzato per la lotta alla droga. Fra le iniziative più interessanti si annovera una intensa attività di formazione e prevenzione svolta in ambito penitenziario, una azione di monitoraggio dell'abuso alcolico effettuata durante l'estate all'uscita delle discoteche della costa toscana, l'allestimento, nell'ambito di un progetto integrato pubblico-privato sociale, di un cantiere nautico inteso come settore di un circuito di percorsi riabilitativi strettamente legati all'esperienza del "Mare".

Umbria

E' stato attivato il progetto regionale *"L'isola che non c'è"* finalizzato a rilevare dati significativi sul fenomeno della diffusione di ecstasy in Umbria e a formare, attraverso corsi di aggiornamento, gli operatori del Servizio sanitario regionale, della scuola e del volontariato che operano, a vario titolo, con i giovani.

Altro progetto regionale riguarda "la formazione integrata per operatori dei servizi pubblici, del privato sociale e del volontariato impegnati nella elaborazione, attuazione e valutazione di interventi finalizzati alla riduzione dei danni correlati all'uso di sostanze stupefacenti", giunto al secondo anno di realizzazione con l'attivazione di 5 unità di strada su vari territori e con l'implementazione di 1 unità fissa.

Lazio

Nel 1993 il Consiglio regionale del Lazio ha approvato un programma integrato di riduzione del danno con l'obiettivo di contattare le persone tossicodipendenti che non si rivolgono ai servizi e di intervenire in loro favore per ridurre i danni conseguenti all'uso di sostanze stupefacenti per via endovenosa; il programma, tra agosto 1994 e luglio 1996 ha permesso di attivare a Roma oltre 128.000 contatti con 5.000 persone tossicodipendenti, il 40% dei quali non erano mai stati in contatto con alcun servizio per le tossicodipendenze; 500 persone hanno accettato l'avvio di un trattamento metadonico sostitutivo, 2.100 hanno fruito dei centri di prima accoglienza diurni e/o notturni del programma e 500 sono stati soccorsi con interventi di emergenza per overdose. Nell'ambito del programma sono state distribuite circa 200.000 siringhe sterili, ritirate 88.000 siringhe usate e consegnati 60.000 profilattici. Il programma, valutato attraverso l'applicazione di un modello matematico, si è dimostrato efficace nel ridurre l'incidenza di infezione HIV non solo nei tossicodipendenti ma anche nella popolazione generale.

Sulla base dei risultati del programma integrato di riduzione del danno sono stati definiti progetti che la regione ha finanziato nell'ambito della quota regionale del Fondo di lotta alla droga per l'esercizio 1996 dedicata alle attività di riduzione del danno. In particolare, è stato previsto che in ogni Azienda Sanitaria Locale della capitale fossero presenti almeno una unità di strada ed un centro di prima accoglienza e che fosse accessibile un centro notturno ed una unità di emergenza per l'overdose. Complessivamente, sono attive nel Lazio 7 unità di strada, 11 centri di prima accoglienza diurni, 3 centri di prima accoglienza notturni, 7 gruppi di educazione tra pari, 2 unità mobili per la terapia sostitutiva e 1 auto di emergenza per i casi di overdose.

VEdeTTE è uno studio longitudinale prospettico su una *coorte* multicentrica di tossicodipendenti da eroina in trattamento presso i servizi pubblici per le tossicodipendenze (SerT). Lo studio, finanziato dal Ministero della Sanità, coordinato dall'Osservatorio Epidemiologico della regione Lazio e dal Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università di Torino, ha l'obiettivo di valutare l'efficacia delle diverse tipologie di interventi effettuati dai SerT italiani, limitatamente, nella prima fase, alla prevenzione della mortalità acuta (overdose e cause violente) e alla ritenzione in trattamento.

Nell'ambito dello studio nazionale, per il Lazio partecipano 21 SerT: 6 nel

Comune di Roma, 10 nella provincia di Roma e 5 nelle altre provincie (Rieti, Viterbo e Latina).

In ciascun SerT è stato individuato un referente con funzione di coordinatore che, oltre a seguire lo svolgimento dello studio nel proprio servizio, partecipa alle riunioni periodiche organizzate a livello regionale per l'aggiornamento e la discussione di eventuali problemi incontrati dagli operatori.

Sono stati organizzati 3 corsi per la formazione degli operatori dei servizi e seminari per la discussione del protocollo e degli strumenti di rilevazione dei dati alla cui preparazione gli operatori hanno partecipato attivamente.

Lo studio, in tutti i SerT del territorio regionale, è iniziato tra ottobre 1998 e marzo 1999.

Risultano attualmente arruolati 1.056 utenti, di cui 752 con un trattamento in corso alla data di inizio dello studio e 304 nuovi ingressi e rientrati.

Abruzzo

La regione ha adottato un piano relativo all'attuazione del Progetto Obiettivo Regionale "Tossicodipendenza e Alcooldipendenza" che -nell'ambito delle prevenzione, cura e recupero delle tossicodipendenze e patologie alcoolcorrelate- prevede l'ottimizzazione del "Sistema dei servizi" e una piena valutazione delle risorse e degli interventi.

Gli obiettivi generali sono:

- sviluppare e rafforzare un sistema di servizi pubblici e del privato sociale che costituisca punto di riferimento concreto per coloro che hanno problemi legati all'uso c/o abuso di sostanze stupefacenti
- sviluppare e rafforzare un sistema di servizi in grado di conoscere e cogliere tempestivamente le trasformazioni e i cambiamenti del fenomeno
- sviluppare e rafforzare un sistema di servizi in grado di informare e sensibilizzare sull'andamento della dipendenza da sostanze e di incidere sulla rappresentazione sociale del fenomeno
- attivare tutte le risorse presenti sul territorio
- promuovere la cultura della valutazione degli esiti, della qualità degli interventi e dell'efficienza organizzativa
- promuovere e incentivare la cultura dell'autoformazione e dell'interdisciplinarietà degli operatori del settore
- motivare ed incentivare la partecipazione attiva degli operatori, valorizzando come risorsa primaria la competenza.

Molise

I progetti attivati sono di natura preventiva come, ad esempio, la collaborazione fra le attività dei SerT e le scuole del territorio, al fine di avvicinare i giovani ed agevolare l' "accesso facile" al Servizio.

In particolare, il SerT di Campobasso ha partecipato alla realizzazione del progetto di ricerca "ESPAD" in collaborazione con il CNR -Istituto di Fisiologia clinica- di Pisa e con il Ministero della Sanità -Dipartimento Prevenzione.

Altri progetti. riguardano il reinserimento sociale di tossicodipendenti ed alcolodipendenti in fase riabilitativa tramite assegnazione di borse-lavoro, nonché corsi di formazione per operatori SerT, degli Enti ausiliari e di altri Enti pubblici coinvolti nella prevenzione della tossicodipendenza ed alcolodipendenza.

A seguito dell'esperienza maturata dal SerT di Larino (ASL Basso Molise di Termoli) in materia di reinserimento lavorativo di tossicodipendenti, è in fase di studio un progetto a livello regionale volto al recupero dei tossicodipendenti mediante lavori socialmente utili, quali la ripulitura degli alvei fluviali, la tutela ambientale, ecc.

Si sottolinea la particolare valenza del progetto rivolto all'intero ambito territoriale del Molise, in rapporto non solo al contenuto ancora in fase di approfondimento, ma soprattutto in relazione alle sinergie ed all'impegno delle varie istituzioni contemporaneamente coinvolte in un programma di utili attività per l'ambiente, ma nel contempo finalizzato al reinserimento sociale di soggetti tossicodipendenti in fase di avanzata riabilitazione.

Puglie

Sono stati finanziati 2 corsi di aggiornamento per educatori e operatori in servizio presso gli Enti ausiliari ex art. 116 del DPR 309/90 e un corso di sensibilizzazione sulle problematiche alcol-droga correlate.

Presso alcune Aziende sanitarie locali è stato avviato un progetto sulla valutazione delle attività dei Servizi con finanziamento ex art. 127 del DPR n. 309 del 1990.

E' in atto il completamento dei programmi sulla formazione ed informazione degli operatori impegnati nel pubblico e nel privato e finalizzati anche alla riduzione della domanda.

E' in fase di attivazione nell'ambito degli obiettivi primari di salute previsti dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 un'azione continuativa di educazione sanitaria attraverso interventi multidisciplinari di tipo preventivo, dissuasivo ed educativo per la lotta al tabagismo

Calabria

E' stato avviato da due anni, in collaborazione con alcune ONLUS., il progetto *Symbios* che si propone come momento di accompagnamento di un gruppo di persone sieropositive al virus HIV per affrontare i problemi di salute, di relazioni umane, sociali e di lavoro.

Il programma, che coinvolge prevalentemente persone tossicodipendenti rispetto a condizioni sanitarie ed esistenziali a rischio, prevede un'efficace azione di potenziamento di opportunità, di vivibilità e di spazi di socialità attraverso una strategia di reinserimento lavorativo, della costituzione di gruppi di auto-aiuto, di borse lavoro legate a momenti formativi ed altro.

Il progetto ha consentito di sviluppare un lavoro di rete con gli operatori dei SerT e con figure professionali appartenenti a servizi pubblici e del privato sociale; si è inoltre verificato l'inserimento lavorativo dei borsisti mediante la stipula di un protocollo d'intesa con le aziende disponibili. Con l'azienda, ente,

associazione sono stati concordati programmi di lavoro, periodici colloqui di verifica con un *tutor*, con il capo-progetto e con il medico.

L'Assessorato Regionale alla Sanità, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e la cattedra di Malattie Infettive della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Catanzaro, ha avviato un programma di *screening* e vaccinazione antiepatite gratuito, che si presenta come un vero e proprio "accompagnamento" dei tossicodipendenti alla riduzione del danno.

L'obiettivo generale del progetto è di attivare un programma di *screening* HBV - HCV e di vaccinazione anti epatite A e B sui tossicodipendenti, incrementando la scarsa *compliance*, migliorando l'inadeguata accessibilità (offerta) al test di *screening* e la inadeguata offerta di vaccinazione.

Il progetto prevede i seguenti obiettivi specifici:

- sensibilizzazione degli operatori socio-sanitari dei SerT al fine di realizzare un'offerta capillare dei test di *screening* e della vaccinazione.
- attività di "*counselling*", sulla condizione di rischio a cui sono esposti i tossicodipendenti e i loro *partners* sessuali, sull'opera dei test e della vaccinazione nonché, eventualmente, sulla necessità di approfondimento diagnostico e le possibilità terapeutiche
- test di *screening* per marcatori dell'infezione di HBV.
- test di *screening* dell'infezione di HCV (utile anche come marcatore di stabilità di comportamenti)
- test di *screening* dell'infezione di HBV.
- test di *screening* dell'infezione di HAV.
- vaccinazione anti epatite B nei soggetti negativi al test HBV.
- vaccinazione anti epatite A in tutti i soggetti (sia positivi sia negativi al test HCV - HBV) che risultino essere anti HAV negativi
- indirizzo ai centri clinici di assistenza dei soggetti HBV e/o HCV positivi per l'approfondimento diagnostico e la terapia
- individuazione, da parte delle undici Aziende Sanitarie di tre referenti (SerT-Laboratorio Analisi -Centro vaccinale) e di due referenti (virologo ed infettivologo) da parte delle tre Aziende Ospedaliere della Calabria, con la responsabilità di sviluppare il programma di *screening*, vaccinazione e gestione medica dei TD afferenti ai SerT.

E' stato avviato, in collaborazione con il SerT dell'ASL n. 7 di Catanzaro, un progetto di monitoraggio sull'abuso di droghe sintetiche (LSD - ECSTASY) ed i relativi interventi socio-sanitari ad esso legati.

Il programma è rivolto, in particolare, alla popolazione giovanile fra i 14 ed i 18 anni.

Rapporti fra i Servizi pubblici e le organizzazioni del privato sociale***Lombardia***

Sono stati elaborati e successivamente perfezionati i requisiti e le modalità per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento delle strutture di riabilitazione e reinserimento di soggetti tossicodipendenti.

I punti fondamentali riguardano:

- l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento delle strutture già esistenti e funzionanti e di nuove unità di offerta
- l'accreditamento dei Centri psicoterapici
- l'istituzione del Registro regionale delle strutture per tossicodipendenti accreditati

Il percorso di riqualificazione del personale già operante presso le strutture è da considerarsi quale ulteriore elemento per il consolidamento di un "rapporto" nella ricerca di una integrazione reale e fattiva.

L'attivazione, infine, di tavoli di lavoro integrato nei territori a livello di ASL, a partire dai percorsi progettuali avviati e l'elaborazione di percorsi formativi comuni sul tema della valutazione dei risultati hanno rappresentato momenti essenziali verso una definizione più avanzata del rapporto pubblico-privato.

Liguria

I rapporti con il privato sociale, buoni "storicamente", hanno avuto uno sviluppo qualitativamente determinante nella programmazione dell'assetto futuro. Si pensa di qualificare e differenziare maggiormente le attività delle comunità per venire incontro alle mutate esigenze dell'utenza; è operativo sperimentalmente un servizio per le doppie diagnosi e si stanno progettando residenzialità per l'alcolologia e la disintossicazione. Emilia Romagna.

E' proseguita l'attività del "sistema dei servizi" costituito dai Dipartimenti dipendenze patologiche, dalle Comunità terapeutiche iscritte all'Albo regionale, dalle Associazioni di volontariato e dagli Enti locali. Sono previsti livelli di coordinamento tecnico-territoriali e regionale. In particolare, nella ripartizione della quota residua del Fondo nazionale di lotta alla droga regionalizzato per il 1996 si è valorizzato il ruolo dei coordinamenti tecnici territoriali, che hanno provveduto alla valutazione di congruità dei progetti presentati con la programmazione territoriale e stilato una graduatoria di priorità. Tutte le attività di formazione ed aggiornamento del personale sono state rivolte agli operatori sia pubblici sia privati del sistema dei servizi.

Provincia autonoma di Trento

Sono stati definiti protocolli operativi fra il SerT e la quasi totalità delle Cooperative per l'inserimento lavorativo di soggetti tossicodipendenti.

Toscana

I Ser.T. delle Aziende presentano un buon radicamento nel territorio, sebbene, anche in considerazione di diversità di collocazione geografica, di caratteristiche dell'utenza, abbiano sviluppato stili operativi differenziati che nel tempo dovranno tendere ad una maggiore omogeneità, comunque rispettosa delle molteplici opzioni e delle filosofie ispiratrici.

I Ser.T. hanno perseguito sia l'obiettivo di fornire, attraverso l'attività ambulatoriale, un intervento qualificato sul versante terapeutico assistenziale come Servizi a bassa soglia per tutti i pazienti che ad essi si rivolgono, sia l'obiettivo di realizzare interventi terapeutici e riabilitativi qualificati tanto nel contesto ambulatoriale che talora quello di struttura (Comunità terapeutica diurna e residenziale e Centri di Pronto Accoglienza).

Marche

Sono state attivate 23 convenzioni per 403 posti in Comunità terapeutiche residenziali e 4 convenzioni per strutture semiresidenziali.

E' stata stabilita la mobilità e la compensazione intraregionale per ciò che riguarda la corresponsione delle rette per soggetti marchigiani, molto apprezzata dagli enti interessati.

Umbria

Si consolida sempre più la tendenza alla formazione, progettualità ed operatività congiunta fra pubblico e privato, sia in sede regionale che territoriale.

Abruzzo

I rapporti tra i Servizi pubblici e gli Enti ed Associazioni del "privato sociale" sono altamente proficui all'interno del "sistema dei servizi".

La Regione, al fine di censire, razionalizzare e mettere ordine a tali diverse attività professionali e non professionali, ha previsto, nelle linee del Piano Sanitario Regionale, l'istituzione di un "Registro delle attività e delle unità di offerta" realizzate dagli Enti ausiliari (come ad esempio le attività nell'area della prevenzione, della riabilitazione, del reinserimento e della integrazione sociale) o da Enti, organismi, cooperative sociali, strutture che svolgono interventi senza fini di lucro nell'area della dipendenza. L'iscrizione permetterà di instaurare collaborazioni e avere rapporti con gli Enti pubblici attraverso accordi diretti.

Puglie

E' stata istituita la Commissione paritetica permanente per l'elaborazione delle politiche concernenti le tossicodipendenze e le tematiche correlate, composta da esperti rappresentanti degli Enti ausiliari, oltre che di parte pubblica.

Calabria

Sono stati attivati momenti di formazione comuni a carattere residenziale e gruppi di lavoro misti sulla programmazione regionale.

Rapporti con altre amministrazioni pubbliche interessate al fenomeno delle tossicodipendenze***Piemonte***

E' stato istituito un Gruppo di lavoro sulle tematiche sanità/istituzioni carcerarie che vede la partecipazione dei rappresentanti di tutte le realtà coinvolte, al fine di migliorare attraverso esperienze circoscritte la collaborazione tra gli Enti e la qualità dell'assistenza.

Partecipazione ai Gruppi di lavoro inter e intra assessoriali sulle tematiche dei minori sia con il settore materno-infantile sia con il settore che si occupa dei minori devianti.

Lombardia

E' stato individuato nel Dipartimento ASSI lo strumento dell'ASL per assicurare l'integrazione delle funzioni sanitarie con quelle socio assistenziali di rilievo sanitario, nonché le attività socio assistenziali delegate dagli Enti locali. E' in questo quadro che si realizza la messa a punto di una rete integrata di servizi anche per l'area della prevenzione e della lotta alla dipendenza da sostanze illecite e lecite.

Un ulteriore passo significativo è rappresentato dal progetto di legge regionale sul riordino del sistema delle autonomie locali per la parte concernente la disciplina dei servizi sociali, comprensivi dei servizi che integrano prestazioni socio assistenziali, prestazioni socio-assistenziali a rilievo sanitario e prestazioni sanitarie.

Emilia Romagna

Si è attivamente lavorato alla messa a punto di un protocollo di intesa sulle competenze rispettive di AUSL ed Enti locali in materia di tossicodipendenze.

E' stato istituito un gruppo di lavoro tra operatori SerT e Nuclei operativi della Prefettura per giungere ad un protocollo regionale sulle modalità di presa in carico degli utenti cosiddetti "segnalati".

E' stato siglato un protocollo di intesa con la Sovrintendenza scolastica e i Provveditorati agli Studi per la promozione e l'educazione alla salute in ambito scolastico.

Umbria

Sostanzialmente esistono rapporti di confronto e collaborazione con tutte le amministrazioni pubbliche. Lo strumento specifico che permette l'interlocuzione è il Comitato tecnico consuntivo regionale, istituito per la gestione del Fondo nazionale per la lotta alla droga. Detto Comitato è rappresentativo di tutte le componenti, istituzionali e non, interessate al problema della tossicodipendenza. Allo stesso Comitato vengono affidati compiti di supporto per l'apposita sezione dell'Osservatorio sociale.

Altre sedi cui vengono ricondotti i problemi sia di politica socio-sanitaria che di politiche sociali più complessive, strategiche per la lotta alla tossicodipendenza,

sono: per le ASL le Conferenze dei Sindaci; per la regione il Consiglio delle Autonomie Locali.

Abruzzo

I rapporti con le altre amministrazioni pubbliche interessate al problema delle tossicodipendenze registrano un significativo collegamento ed una crescita qualitativa degli interventi programmati congiuntamente. L'Atto di intesa con il Ministero di Grazia e Giustizia è stato recepito e sono in atto Convenzioni con le Aziende U.S.L. Interventi specifici e pluridirezionali sono previsti con i SerT, nel rispetto delle competenze istituzionali e professionali

Molise

I rapporti con le altre amministrazioni sono costanti ed improntati alla collaborazione; in particolare, sono attivate regolari convenzioni tra le AA.SS.LL. e le Case Circondariali per il trattamento dei detenuti tossicodipendenti, tra le stesse Aziende Sanitarie le Comunità terapeutiche iscritte all'apposito Albo regionale.

Puglie

Costanti sono gli scambi, nell'ambito istituzionale, con NAS, Prefetture, Ministero di Grazia e Giustizia, Magistratura.

Con l'università di Bari è in atto un progetto per il potenziamento del laboratorio del Servizio di Medicina legale per le finalità ex DPR n.309/90.

Problemi rilevanti presenti nella Regione

Piemonte

Variabilità dei trattamenti

Il primo rapporto dell'OED ha evidenziato, fra l'altro, come un utente piemontese abbia una probabilità di essere sottoposto a trattamento farmacologico che varia fra il 3 e l'80%, a seconda del SerT, ovvero della residenza. Questo evidenzia il bisogno di una cultura di trattamento condivisa e strettamente legata alle prove scientifiche di efficacia:

Disomogeneità d'offerta di alcuni servizi. Sono state attivate sul territorio regionale numerose iniziative a "bassa soglia": permane comunque il bisogno di ampliare ed omogeneizzare l'offerta per evitare la discriminazione sulle chances di protezione basata esclusivamente sul territorio di residenza.

Liguria

Il grosso nodo da sciogliere è quello economico. E' ampiamente accertato che costituire, potenziare e mantenere un livello assistenziale di alta qualità ed efficacia richiede investimenti e risorse ordinarie molto elevate: ciò si scontra con gli ineludibili vincoli budgetari che il servizio sanitario regionale e le Aziende Sanitarie Locali devono affrontare.

Lombardia

La regione individua i seguenti problemi prioritari:

- necessità di sviluppare una riflessione sulle problematiche connesse alla diffusione di nuove sostanze e comportamenti di abuso sia da sostanze illecite che lecite, in merito agli aspetti clinici, formativi, operativi che investono il sistema dei servizi sia da un punto di vista preventivo che curativo e riabilitativo, promuovendo forme incisive di coordinamento sul territorio (protocolli di intesa) e appositi tavoli di confronto
- adeguamento e orientamento dei flussi informativi esistenti ad un approccio complessivo verso i policonsumi e le tendenze al rischio

Le ipotesi di soluzione su cui si lavora celermente consistono:

- nella definizione delle prestazioni pubblico/privato, con attenzione a rendere sistematiche e continue le iniziative sperimentate con successo negli anni precedenti e l'individuazione di parametri e indicatori di funzionalità per il personale all'interno dei servizi
- nell'attivazione di protocolli di intesa tra istituzioni diverse nell'ambito delle strategie di prevenzione delle dipendenze, in un'adeguata strutturazione e potenziamento dei sistemi informativi esistenti, al fine di garantire un adeguato flusso di informazioni utili non solo a garantire il perseguimento degli obiettivi definiti ma a sviluppare adeguate politiche sia attraverso percorsi formativi e di aggiornamento degli operatori impegnati che mediante strumentazione di supporto.

Provincia autonoma di Bolzano

Si evidenzia la necessità di una migliore e più incisiva collaborazione fra i settori sanitario e sociale degli enti pubblici e del privato sociale mediante la presenza di una nuova figura (coordinatore delle dipendenze) che dovrebbe operare presso l'ufficio provinciale competente con compiti specifici.

Provincia autonoma di Trento

E' evidente uno stato di crisi delle comunità per tossicodipendenti, alla quale si può rispondere tramite l'individuazione di nuove funzioni e la specializzazione delle attività esercitate.

C'è necessità di un più attento coordinamento dell'azione promossa dalle amministrazioni pubbliche in tema di lotta alla droga, coordinamento che dovrebbe essere supportato da soluzioni tecnico-organizzative.

Emilia Romagna

Per realizzare compiutamente i progetti regionali relativi alle "nuove droghe", alla riduzione del danno e alla prevenzione della mortalità per overdose è indispensabile fornire informazioni tempestive sui quantitativi di principi attivi rintracciati nelle sostanze sequestrate e sulla composizione delle sostanze da strada. Si tratta di attuare una forma di monitoraggio delle sostanze circolanti sul mercato. A questo scopo, andrebbero studiate forme che, compatibilmente con la legislazione vigente, permettano di far giungere ai laboratori campioni di sostanze o anche di analizzare in maniera estemporanea, ad es., le sostanze utilizzate in discoteca.

In linea generale, sarebbe auspicabile che la ripartizione regionale del Fondo nazionale di lotta alla droga avvenisse in tempi che consentissero alle regioni di attivare tempestivamente le procedure relative al bando, all'esame dei progetti e al riparto e assegnazione delle risorse finanziarie..

Si dovrà affrontare il tema della differenziazione e della specializzazione degli interventi a seconda delle necessità del territorio (definizione delle tipologie di strutture specializzate ad es. per utenti con patologie psichiatriche, per madri con bambini, per minori ecc.).

Visto l'aumento degli utenti con problemi legati all'uso di cocaina e nuove droghe, andrebbero ulteriormente incentivate tipologie di presa in carico non tradizionali, come già previsto dai progetti regionali.

Si dovrà inoltre affrontare il tema dell'accesso ai servizi per popolazioni particolari (immigrati, *homeless*), anche tramite l'incentivazione dell'attività degli operatori di strada.

Andrà poi rafforzato il progetto sulla valutazione dell'attività del sistema dei servizi e più in generale sui criteri di qualità richiesti, anche in vista della procedura dell'accreditamento.

Toscana

L'emergere di una utenza multiproblematica impone una riflessione valutativa sugli stessi criteri di selezione nell'invio in comunità come sulle caratteristiche dei percorsi riabilitativi ed ha favorito l'allestimento di maggiori flessibilità nei programmi elaborati dagli Enti ausiliari quali progetti a bassa soglia, maggior contributo clinico terapeutico sul pedagogico, possibile utilizzo di farmaci, consapevolezza dei limiti contenuti nella separazione dal territorio e dalle dinamiche del quotidiano, comunità per doppia diagnosi.

Le precedenti considerazioni e i dati emersi evidenziano la necessità di proseguire nell'allestimento di una rete di servizi (pubblico-privato sociale) flessibile e complementare, capace di prevenire i rischi di allontanamento dei percorsi di cura per evitare abbandoni e clandestinità e per sviluppare percorsi terapeutici capaci di non costringere la stragrande maggioranza dell'utenza in condizioni di illegalità e di abbandono, pericolose per la salvaguardia della vita e pregiudiziali per la fuoriuscita dalle condotte di dipendenza.

Umbria

Il problema più rilevante che sicuramente s'intreccia con quello della tossicodipendenza è rappresentato dalla necessità di politiche per l'occupazione ed in particolare dell'occupazione giovanile.

Un altro problema di prioritaria attenzione è posto dagli eventi sismici che hanno interessato vaste zone della regione.

Nello specifico della tossicodipendenza il problema più rilevante resta la microcriminalità ad essa collegata. Sia le Forze dell'Ordine che alcuni Enti locali stanno adottando misure di contrasto che, come nel caso del Comune capoluogo di regione e della locale Prefettura, sono approdate alla definizione di un "Protocollo d'intesa" per la sperimentazione di nuove modalità di relazione finalizzate alla realizzazione d'iniziative coordinate per il governo

della sicurezza urbana, all'interno del progetto "Perugia città sicura e democratica e diversità come ricchezza".

Abruzzo

Il quadro allarmante relativo all'aumento del traffico di droga e alla spinta al consumo, soprattutto verso i più giovani, ha indotto la regione ad intraprendere un'azione che permetta di affrontare in maniera adeguata il fenomeno, che si caratterizza per dinamicità e continua trasformazione e per un'immagine "in evoluzione" del tossicodipendente tale da discostarsi da quella classica. Le ipotesi di soluzione ai problemi presenti sono indicati nel Progetto Obiettivo Regionale, con la realizzazione dei seguenti obiettivi prioritari:

- ottimizzare e migliorare l'efficienza e l'efficacia del sistema dei servizi attraverso una più profonda conoscenza del territorio, una integrazione operativa e l'ottimizzazione delle risorse;
- informare e sensibilizzare l'opinione pubblica sull'andamento delle dipendenze da sostanze e incidere sulla rappresentazione sociale del fenomeno;
- promuovere la cultura della valutazione degli esiti e della qualità degli interventi;
- promuovere la crescita e le competenze degli operatori, attraverso l'autoformazione, l'interdisciplinarietà e una partecipazione sempre più attiva.

Nell'ambito degli obiettivi sopra evidenziati verrà curata:

- la ricerca, con la realizzazione di indagini epidemiologiche;
- la stesura e validazione di modelli di intervento;
- la formazione, con la strutturazione anche di percorsi di autoformazione;
- la comunicazione e l'informazione, all'interno e all'esterno della rete dei servizi;
- la valutazione delle attività, come sistema condiviso, la fine della riorganizzazione e potenziamento dei servizi.

Molise

I problemi del territorio sono comuni a quelli risultanti a livello nazionale, quali crisi della famiglia, disoccupazione, emarginazione sociale ecc. La complessa problematica delle tossicodipendenze presuppone pertanto il coinvolgimento non solo dei servizi all'uopo preposti, ma anche delle forze produttive, sociali, educative ecc. nell'ambito di una programmazione nazionale e regionale.

Puglie

Pesa notevolmente la carente integrazione tra la componente sociale e quella sanitaria a causa del mancato coinvolgimento dei Comuni sulla problematica delle tossicodipendenze.

CAPITOLO 6

L'impegno verso il Paese

L'insieme delle azioni da intraprendere deriva da un lato dagli accordi internazionali ai quali l'Italia è vincolata e dei quali è convinta sostenitrice, e dall'altro dalla specificità del "problema droga" nel nostro Paese. Il fenomeno è tenuto sotto osservazione costante e l'azione sia degli Organi centrali dello Stato sia delle altre Amministrazioni è attivamente presente. Come si potrà cogliere dalla Relazione, la situazione nella quale ci si trova ad operare si presenta variegata e complessa e richiede interventi articolati e coordinati.

Sul piano degli impegni internazionali è importante sottolineare il coinvolgimento di rappresentanti italiani in tutte le Organizzazioni operanti. Rispetto a situazioni precedenti, il Punto Focale italiano, al quale è demandata la funzione di sostenere e promuovere la partecipazione italiana in campo europeo opera tempestivamente per garantire la presenza italiana in tutte le istanze previste, promuovendo i necessari raccordi con gli altri Ministeri od Enti.

Lo spostamento presso il Dipartimento degli Affari Sociali della Presidenza del Consiglio dei Ministri dell'Osservatorio permanente sulle tossicodipendenze e del Punto focale italiano della rete europea di monitoraggio favorirà senz'altro una adeguata politica di intervento a tutto campo.

Appare necessario, infatti, procedere in modo sempre più coordinato e articolato nell'organizzazione degli interventi, perché il quadro che si presenta è complesso e mutevole e solo una coordinata strategia di interventi può essere all'altezza delle sfide che quotidianamente vengono rivolte allo Stato.

Se da una parte l'azione delle forze dell'ordine e l'offerta terapeutica e riabilitativa delle strutture terapeutiche sia pubbliche che degli enti ausiliari rappresenta la risposta all'impatto della quota emergente del fenomeno, la ricerca scientifica, biologica e sociologica, sempre più devono raccordarsi e coordinarsi per cercare di illuminare con maggiore conoscenza l'insieme delle strategie di intervento, per agire significativamente anche sulla quota sommersa del fenomeno.

Fondamentale sarà il lavoro di prevenzione sia sui fattori individuali e comunitari che portano a provare ed usare sostanze dannose per l'organismo. Parimenti importante sarà l'azione di contrasto nel settore dell'offerta delle sostanze, attraverso interventi tecnicamente corretti ed ineccepibili, monitorando le nuove realtà e sviluppando la creatività necessaria alla definizione delle strategie. In questo scenario, la prevenzione resta e si rinforza come scelta portante della strategia politica di intervento, nella sua articolazione internazionale, nazionale, regionale e locale.

La nuova legge sulla condizione giovanile sarà un'ulteriore occasione per far decollare iniziative mirate a favorire l'organizzazione dei giovani e la loro multiforme capacità e possibilità espressiva e dovrà vedere negli interventi sulla scolarizzazione e nella lotta alla disoccupazione il completamento dell'insieme delle strategie.

Le indicazioni sino ad ora raccolte dimostrano che quanto più i giovani sono colti, scolarizzati, al centro di interessi ed iniziative importanti e significative per loro, tanto meno appetibile appare l'offerta del mercato e il ricorso alla droga e tanto minore diventa la capacità devastante e totalizzante che questa intrinsecamente possiede.

Accanto alla prevenzione primaria, a cui è affidato il compito di costruire le basi per favorire il più possibile l'organizzazione di reali percorsi di realizzazione personale, deve articolarsi la strategia dell'offerta di occasioni di socializzazione, in quanto esigenze centrali della realtà giovanile.

L'informazione, calibrata a seconda dei contesti nei quali si opera, è un altro capitolo fondamentale nella strategia preventiva. Il diversificarsi degli stili di vita e degli utilizzi di diverse sostanze impone campagne diversificate, fondate su conoscenze scientifiche, con linguaggi adeguati ai contesti con i quali ci si confronta.

L'opera di intervento deve arricchirsi di strategie e di occasioni operative originali rispetto all'esistente ed adeguate alle nuove realtà da affrontare. In questo campo, il raccordo ed il collegamento fra privato sociale e pubblico potrà dare i migliori frutti se saprà tendere contemporaneamente ad una costruttiva integrazione e mantenersi duttile ed adattivo alle diverse realtà.

Nuove realtà sociali, fra cui la multietnicità, si vanno configurando ed impongono cambiamenti ed adattamenti organizzativi. Sono necessari raccordi fra discipline, fra interventi e nell'articolazione delle risposte, relativamente ai diversi contesti chiamati ad operare in quest'area (sanitario, sociale, della ricerca scientifica, culturale, politico ed amministrativo).

Sicuramente una più adeguata conoscenza degli effetti delle sostanze, che di volta in volta occuperanno la scena, lo sviluppo della professionalità degli operatori, la crescita qualitativa delle strutture preposte all'intervento, la diffusa utilizzazione del metodo scientifico per la valutazione delle attività (pur nell'ambito della cultura della solidarietà sociale propria della nostra società), premetteranno l'aumento della credibilità dei giovani vicini al consumo sia negli operatori, sia nelle strutture preposte agli interventi di aiuto.

In questo modo gli interessati potranno accedere più facilmente alle strategie di intervento terapeutico percepite più vicine alle proprie necessità. In sintesi, quindi, un impegno a tutto campo, che colleghi livelli differenti, strategie diverse, articolazione anche originali di risposta e di analisi dei bisogni e delle caratteristiche psicologiche e relazionali emergenti.

Al momento, possono essere identificate alcune priorità per lo sviluppo delle strategie di contrasto al fenomeno droga. In prima istanza, occorre dotare i servizi pubblici per le tossicodipendenze (SerT.) di stabilità funzionale e organici adeguati continuando nel lavoro formativo sin qui attivato. I SerT. devono essere messi in condizioni di affrontare i percorsi di sviluppo della

qualità dell'intervento con risorse appropriate e strumenti clinici sufficienti, pur all'interno di una logica di programmazione di bilancio e di verifica dei carichi di lavoro.

Le comunità terapeutiche devono sempre più trasformarsi in ambiti di trattamento residenziale intensivo, sviluppando una forte interazione con i servizi specialistici. I percorsi residenziali devono essere diversificati cambiando l'ottica della comunità da quella unica di contenitore sociale a quella di una struttura diagnostica terapeutica capace di operare su soggetti che non rispondono al trattamento ambulatoriale. Al contempo, le comunità devono sviluppare gli elementi necessari al proprio accreditamento e, al pari dei servizi pubblici, curare la valutazione di qualità dell'intervento.

Il sistema dei servizi dovrà consentire di delineare percorsi integrati, sostenuti sia dai servizi pubblici che dai privati, nei quali le diverse problematiche presentate dalle singole persone siano gestite in un ambito di reale corresponsabilità.

I programmi di valutazione e accreditamento consentiranno di sviluppare, nell'ambito della cura e riabilitazione, specifiche competenze rispetto al "matching" soggetto-trattamento. La convinzione tuttora diffusa sulla impossibilità di una efficace comparazione tra tipologie di pazienti, criteri diagnostici e specifici interventi terapeutici, è fondata soprattutto su una indistinta e disomogenea serie di studi e di osservazioni cliniche che meriterebbero di essere ripresi e ampliati con maggiore approfondimento e rigore.

Dovrà essere sviluppata la capacità delle strutture di intervento di attivare, per le componenti presenti, mediche, psicologiche, pedagogiche e sociali, un percorso di approfondimento diagnostico e di impostazione adeguata ed individualizzata di programmi terapeutici. Si dovrà arrivare ad una sorta di diritto alla diagnosi e alle conseguenti terapie specifiche sia per i tossicodipendenti che per gli alcolisti cui ancora troppo spesso viene applicata una generica stigmatizzazione che sembra non tenere conto degli elementi specifici del temperamento, della personalità e dell'area anamnestica.

Proprio il sistema di valutazione dei risultati, con indicatori di processo e di esito applicati sia al lavoro di prevenzione che di cura, consentirà di muoversi sempre più decisamente verso linee di "buona pratica" basate su elementi scientifici e su dati misurabili.

Un impegno essenziale per un più corretto approccio al fenomeno tossicodipendenza nei prossimi anni include di certo la necessità di condurre le informazioni sulla droga e sull'alcool fuori dai luoghi comuni accreditati tra la gente, da parte dei media e degli *opinion leaders*. Una inspiegabile frattura separa il mondo delle informazioni sulla droga dalle risorse scientifiche in questo campo. Grande importanza assumerebbe dunque un lavoro di divulgazione accurata, sistematica e non ispirata a tesi pregiudiziali e, ai due estremi, a teorie moraliste o lassiste.

Per quanto concerne gli orientamenti, le politiche e la definizione delle strutture e dei programmi, occorre dar voce a quanti, operando realmente sul campo, hanno realizzato una intensa riflessione sul fenomeno e sviluppato elementi

scientifico-culturali a partire dall'esperienza. Appare inaccettabile che il mondo dell'ideologia utilizzi la droga come punto di forza attraverso cui far leva di volta in volta sull'opinione pubblica o sugli avversari.

Una nuova attenzione e capacità di lettura riguardo alla tossicodipendenza dovrebbe esser sviluppata tra la gente, sostituendo l'attuale e diffusa forma di negazione sociale. Tale negazione, che porta a colpevolizzare i tossicodipendenti e le famiglie come protagonisti di una serie di "scelte" devianti e autodistruttive, riduce i sensi di colpa e le domande riguardo ai percorsi su cui si fonda la vulnerabilità e la dipendenza. Un intero corpo sociale e le relative articolazioni fingono di non sapere nulla riguardo a ferite psichiche che affliggono bambini e adolescenti, ai loro correlati biologici, alle cause relazionali e ambientali e ai disperati tentativi di automedicazione con le droghe e con l'alcool.

La prevenzione dovrebbe orientare i propri obiettivi sulla base degli elementi ormai noti, che sono stati identificati come fattori di rischio. Gli interventi dovrebbero essere mirati sugli atteggiamenti, sui comportamenti e sui disturbi predittivi dell'abuso di sostanze, tenendo conto della urgenza di interventi precoci sulla efficacia della genitorialità, sulla fase antecedente la scolarizzazione e sulla prima interazione con i pari.

In relazione alle chiare informazioni di cui si è già accennato, un obiettivo primario della prevenzione, necessario per il mondo degli adulti, è costituito dalla promozione di una realistica percezione del rischio. Si è visto infatti che un'elevata percezione del rischio per l'alcool e le droghe da parte degli adulti si traduce, senza la necessità di asserzioni autoritarie e moralistiche, nella propensione a un minor consumo di sostanze nelle generazioni nuove.

Una stretta collaborazione delle strutture che in Italia sono attive in questo settore e una forte interazione col mondo della formazione e della divulgazione consentiranno di investire risorse umane ed economiche con ricadute significative sugli standard assistenziali e della prevenzione.

Da ultimo il potenziamento delle attività di ricerca e valutazione che, basandosi sull'esperienza clinica e sviluppando un'attenta riflessione sulle modalità di approccio concreto ai tossicodipendenti nella loro complessità (biologica e psico-sociale), devono configurarsi come sostegno e guida per la realizzazione di un nuovo impulso nelle politiche di prevenzione e cura.

Parte Seconda

Le attività di contrasto alle tossicodipendenze

PAGINA BIANCA

Prevalenza d'uso e modalità di utilizzo delle sostanze

CAPITOLO 7

L'uso delle sostanze e lo sviluppo della dipendenza

Nel presente capitolo vengono riportati alcuni elementi di conoscenza relativi agli aspetti neurobiologici e comportamentali che generalmente rimangono confinati alla discussione tecnico-scientifica sulle tossicodipendenze. Si è ritenuto opportuno inserirli nella relazione, esponendoli nel modo più semplice possibile, per rendere disponibili argomenti che possono contribuire sia a migliorare la comprensibilità del testo, sia a sviluppare successivi approfondimenti e dibattiti.

Non tutte le sostanze psicoattive sono sostanze additive, la capacità di sviluppare "addiction" è propria delle sostanze capaci di agire direttamente o indirettamente sul centro del cervello preposto alla fruizione di tutti i tipi di gratificazione. Il principale neurotrasmettitore coinvolto in questa percezione della gratificazione è la dopamina e le sostanze d'abuso sono tali in quanto capaci di aumentarne la secrezione.

Tali sostanze "mimano" in tutto e per tutto l'effetto delle gratificazioni naturali e generano il piacere delle stesse mediante un "corto circuito" che annulla la frustrazione dell'attesa o del fallimento. Per sviluppare una dipendenza non è sufficiente la sola sostanza psicoattiva, ma occorre una definita interazione tra elementi psicobiologici che caratterizzano la persona e i corrispondenti effetti della sostanza da abuso.

Per questa ragione non tutti i soggetti che sperimentano le sostanze a elevato potenziale addittivo rimangono "impigliati" nella rete della dipendenza o dell'abuso cronico. Diviene importante, dunque, considerare gli elementi che costituiscono la cosiddetta vulnerabilità psicobiologica per la tossicodipendenza. Si tratta di una sempre meglio definita forma di predisposizione che espone maggiormente al rischio della dipendenza e dell'abuso. La vulnerabilità condiziona l'instaurarsi di un vero e proprio "incontro" tra problemi della persona ed effetti della sostanza. A fronte di situazioni problematiche individuali, si possono verificare veri e propri tentativi inconsci di automedicazione, con la trasformazione del semplice incontro con la sostanza in un solido "rapporto" tale da far definire il primo periodo dell'assunzione della sostanza "luna di miele". Durante la luna di miele, che può durare mesi o anni, il soggetto vulnerabile apprezza tutti gli effetti attesi della droga e la considera, spesso inconsciamente, uno straordinario e benefico medicamento, capace di risolvere in modo "magico" e immediato difficoltà psichiche e relazionali trascinate da tempo.

Anche quando gli effetti attesi saranno sopraffatti dalle azioni indesiderate e dai disturbi indotti dalla droga, il legame addittivo verrà mantenuto non solo a

causa della dipendenza fisica, ma in una specie di rievocazione rituale dei benefici ottenuti inizialmente dalla sostanza.

Di grande complessità la condizione della vulnerabilità psicobiologica, che oltre ad assommare elementi genetici, biologici, impulsi ambientali e difficoltà relazionali si interseca con le molteplici alterazioni di disturbi psichiatrici che si associano con il disturbo addittivo.

Si consideri ad esempio come l'alcolismo mostri ereditarietà e come diversi studi abbiano documentato una parziale sovrapposizione dei "determinanti" genetici dell'alcolismo con quelli corrispondenti ai tratti della personalità antisociale, dell'impulsività e dell'ansia. Un deficit delle risposte fisiologiche e neuroendocrine all'alcool è stato documentato nei soggetti a rischio, insieme ad una ridotta attività di enzimi connessi con le monoamine cerebrali nei parenti degli alcolisti.

L'alcool, la cocaina, la nicotina e in pratica tutte le sostanze d'abuso incrementano il rilascio della dopamina e questo determinerebbe la loro capacità gratificante, ma il ruolo centrale della dopamina nel determinare il "rinforzo" e nel sostenere il bisogno delle sostanze d'abuso è ancora in discussione.

Nei bambini che hanno subito negligenza e abuso e sviluppato una condotta antisociale, sono stati dimostrati ridotti livelli di uno degli enzimi chiave nel determinismo degli equilibri tra le catecolamine. Si tratterebbe di una importante dimostrazione dell'incidenza di fattori ambientali avversi sull'assetto biochimico cerebrale (e in conseguenza sulla psiche e sul comportamento) e della particolare plasticità neuroendocrina presente nella prima infanzia.

Anche nell'ambito della cosiddetta "normalità" e cioè in una condizione estranea ai disturbi psicopatologici conclamati, alterazioni neuroendocrine dinamiche misurabili sono state osservate negli adolescenti con diverse caratteristiche psico-comportamentali. Differenti risposte dei neurotrasmettitori e degli ormoni allo stress fisico sono state documentate in adolescenti con maggiore ansia e frustrazione. Anche le risposte neuroendocrine allo stress psichico sperimentalmente indotto mostrano significative differenze in adolescenti con ridotta o elevata aggressività.

Si può quindi immaginare in quale complesso insieme psico-biologico e con quanti possibili cofattori differenti si possa trovare a interagire una alterazione bio-genetica corrispondente al disturbo addittivo in sé. Le alterazioni genetiche e le loro conseguenze biologiche, capaci di predisporre all'abuso di sostanze, potrebbero essere modulate da diverse altre alterazioni psico-biologiche, presenti nei singoli soggetti, connesse con il temperamento, la personalità e il comportamento. A loro volta, alcune di queste alterazioni potrebbero essere trasmesse geneticamente, in modo più o meno indipendente dalla propensione all'*addiction*, o indotte da fattori ambientali e relazionali che abbiano caratterizzato la vita del bambino e dell'adolescente, prima dell'incontro con le sostanze.

Di qui la concezione per cui, pur riconoscendo da un lato che il comportamento addittivo e la compulsione verso l'alcool e le sostanze d'abuso sottendono in parte una realtà psico-biologica specifica, dall'altro non si possono considerare i

tossicodipendenti o gli alcoolisti come gruppi di pazienti omogenei dal punto di vista diagnostico, limitando la valutazione al comportamento addittivo in sé, che sarebbe inteso come una entità nosografica a se stante. Al contrario gli alcolisti e i tossicodipendenti presentano differenziate tipologie e modalità di rapporto con la sostanza, svariati caratteri comportamentali e andamenti diversi nello svolgersi della storia clinica, associazioni del quadro clinico inerente il disturbo addittivo con differenti realtà psicopatologiche, più o meno evidenti dal punto di vista clinico.

Dalle varie combinazioni psicobiologiche e neuroendocrine che vedono reciproche interazioni tra elementi della cosiddetta vulnerabilità e gli aspetti biochimici relativi ai disturbi e alle caratteristiche della personalità, si possono ipotizzare diverse caratteristiche del "*craving*". Non si tratterebbe di una monomorfa tensione verso la sostanza ma di una realtà variegata, mutevole, pronta ad assumere connotazioni qualitative ed intensità differenti, in relazione alla compresenza di atteggiamenti depressivi o di aggressività, del comportamento ossessivo-compulsivo o di quello antisociale, di diversi gradi della socievolezza e di multiformi cofattori ambientali. Un *craving* complesso, dunque, e non una meccanicistica compulsione, riproducibile e sempre uguale a se stessa, come si potrebbe erroneamente dedurre dal mondo della sperimentazione sugli animali.

Negli ultimi tempi emergono chiare connessioni non soltanto tra disturbi psicopatologici e tentativi di automedicazione con le sostanze da abuso, ma tra aspettative di interi gruppi sociali e gli effetti delle sostanze. La esigenza "normale" di socievolezza, di comunicazione interpersonale non-superficiale, di sperimentazione nella dimensione dell'amicizia e della intimità si incontrano in modo speculare con gli effetti prodotti inizialmente dagli entactogeni (MDMA MBDB, etc.), suggerendo a vaste aree del mondo giovanile una scorciatoia farmacologica rispetto ai processi di relazione che richiederebbero maggiore impegno, maggiori competenze sociali e maggiore strutturazione della personalità.

Un determinato settore del mondo giovanile svilupperebbe forme più o meno stabili di dipendenza o di abuso di sostanze, non tanto in corrispondenza a una specifica vulnerabilità, ma in relazione a condizioni socio-culturali diffuse, quali una ridotta percezione del rischio e una sostanziale sottovalutazione del rapporto con le sostanze, un clima di vuoto e di suscettibilità alla noia, la mancanza di interlocutori adulti consistenti e le gravi difficoltà a trovare modelli di identità stabile nella famiglia. Tutte queste condizioni, anche se non capaci di indurre di per sé ferite che necessitano di automedicazione, creano in ogni caso ampie aree di rischio e di malessere che possono essere in qualche modo fertile terreno per lo sviluppo delle dipendenze.

Non si può dunque far a meno di pensare che il lavoro con i tossicodipendenti e gli alcolisti deve includere un accurato impegno diagnostico, che vada oltre la semplice valutazione del disturbo addittivo e giunga a una vera e propria "diagnosi duale". Diagnosi tossicologica e psichiatrica insieme, attenta alle interazioni tra compulsione verso la sostanza e complesse articolazioni psico-relazionali. Approfondendo ancor più questa realtà, ci si accorgerà che non si tratta di esplorare le condizioni in cui patologia psichiatrica e "*addiction*"

camminano semplicemente affiancate, ma di cogliere di volta in volta combinazioni singolari e modulazioni in cui psicopatologia e impulsività per le droghe o l'alcool si fondono e assumono nuovi confini in una sorta di pato-plasticità, che a partire dalle interazioni di alterazioni psico-biologiche specifiche giunge a "disegnare" entità nosografiche nuove e originali.

FINESTRE DEL CAPITOLO 7

Le sostanze additive

La capacità additiva delle droghe in sé è riconducibile a un complesso di fattori neurormonali, la sostanza da abuso suscita attese nel consumatore che sono riconducibili anche a specifici effetti sugli stati temperamentali, dell'ansia, del tono dell'umore e delle relazioni. Ad esempio l'alcool è capace di accentuare la funzione dell'acido gamma-amino-butyrico (GABA), cioè il neurotrasmettitore preposto alla tranquillizzazione e alle risposte ansiolitiche naturali; appare chiaro come una componente del rapporto additivo potrebbe essere costituita dalla aspettativa di ottenere un effetto ansiolitico. In modo analogo la cannabis agisce sui recettori di una sostanza naturale (anandamide) preposta alla percezione degli stati di euforia e di serenità: si può immaginare come l'associazione della capacità di stimolo sulla dopamina con gli specifici effetti sui recettori cerebrali per l'anandamide spieghi alcuni elementi essenziali del legame con la cannabis. Estremamente intenso è il legame additivo prodotto dalla cocaina. Si tratta di una sostanza sicuramente capace di aumentare la secrezione di dopamina e di vincolare il consumatore con gratificazione a fortissima valenza emozionale. Una componente "dopaminergica" è stata ipotizzata anche per l'ecstasy, i cui effetti gratificanti sono stati descritti in letteratura e attribuiti più all'azione della dopamina che a quella, più nota per l'ecstasy, della serotonina. L'azione degli oppiacei sul sistema dopaminergico della gratificazione si articolerebbe attraverso le varie categorie recettoriali di cui il sistema oppioide endogeno è dotato. Occorre ricordare che molte delle alterazioni temperamentali, psichiche e comportamentali rilevabili prima dell'esordio della tossicodipendenza o dell'alcolismo a loro volta possono essere correlate con differenti alterazioni neuroendocrine.

Le differenziate tipologie del rapporto con le sostanze

Recenti studi in eroinomani, a distanza di alcune settimane dall'interruzione dell'impiego degli oppiacei, e quindi non più direttamente esposti agli effetti diretti della sostanza di abuso, hanno mostrato quadri neuroendocrini differenziati. Tali condizioni si associavano più alle caratteristiche di personalità e ai disturbi psicopatologici che alla storia di droga in sé. Proprio in relazione a differenziate combinazioni psico-biologiche i tossicodipendenti sviluppano preferenze del tutto specifiche ed originali. Un gruppo di essi sembra essere disponibile ad assumere tutti i tipi di sostanze e l'alcool; altri al contrario hanno specifiche "preferenze", una vera e propria "droga di scelta", al di fuori della quale non c'è gratificazione possibile. Interessante indagare la "preferenza" di secondo livello nei tossicodipendenti e negli alcoolisti: una sostanza di seconda scelta che può essere usata quando capita, o in relazione alla mancanza della prima, in sostituzione di essa, o in associazione con essa. Non è difficile trovarsi di fronte a un mondo variegato di combinazioni farmacologiche che verosimilmente corrispondono ad aspettative differenziate, a realtà socio-culturali e biologiche diverse tra loro. Per un soggetto risulta accettabile la sostituzione dell'eroina con l'alcool; per un altro provocherà addirittura reazioni avverse e paranoia; altri ancora ammetteranno la loro propensione verso gli stimolanti (cocaina o amfetamine) in associazione con gli oppiacei, ma ci si accorgerà che per qualcuno questa associazione non è appetibile, o addirittura capace di scatenare reazioni psicotiche, sensi di fuga o alterazioni del tono dell'umore. Anche le interferenze psicobiologiche e culturali legate alle differenze tra i sessi giocano un proprio ruolo nella complessità delle tipologie del "craving" e delle varie "preferenze": i soggetti alcoolisti di sesso femminile ad esempio associano facilmente all'alcool l'abuso di benzodiazepine; al contrario quelli di sesso maschile impiegano più facilmente, per il poliabuso, altre le sostanze.

CAPITOLO 8

I problemi sanitari e sociali correlati all'uso delle sostanze psicoattive

I dati epidemiologici e psico-sociali attualmente disponibili mostrano che nel rapporto con le sostanze psicoattive non esiste un automatismo di passaggio dall'uso saltuario, all'uso continuativo e quindi alla dipendenza, in altri termini questo vuol dire che solo alcune persone che entrano in contatto con le droghe, svilupperanno l'intero percorso. I risultati della ricerca clinica evidenziano, invece, che danni psico-fisici possono essere provocati anche da un uso saltuario di alcune sostanze. Diventa quindi necessario, per capire quali sono i problemi sanitari e sociali correlati all'uso delle sostanze psicoattive, distinguere sia tra le diverse sostanze e i diversi effetti che producono sul comportamento e sulla salute dell'individuo, sia tra i diversi stadi nel rapporto con esse (consumo saltuario, consumo continuato, consumo indotto).

Le sostanze capaci di provocare dipendenza instaurano con il sistema nervoso centrale, interazioni a vari livelli utilizzando i recettori preposti alla funzione di sostanze naturali già presenti nel cervello. Gran parte di queste sostanze inducono una condizione di desensibilizzazione dei recettori per le sostanze naturali e quindi una condizione di tipo disfunzionale rispetto alle normali attività della cellula cerebrale. In qualche caso le sostanze non si limitano ad indurre semplicemente una condizione disfunzionale ma agiscono attraverso una vera e propria neurotossicità, con danni che possono risultare persistenti o irreversibili. Tale effetto tossico, connesso soprattutto con le droghe sintetiche, fa assumere a queste sostanze il ruolo di veri e propri veleni per le cellule del cervello.

Un secondo ambito di danno alla salute indotto dalle sostanze psicoattive riguarda gli aspetti metabolici e le alterazioni ormonali; si pensi alla forte sollecitazione del metabolismo epatico che deve fare fronte alla eliminazione dei farmaci e delle sostanze illegali nonché, assieme ad esse, delle sostanze usate per il "taglio", la "diluzione" e la "gradibilità".

Anche la via di assunzione può comportare elementi di danno alla salute specifici e non sottovalutabili: se la cocaina assunta per via nasale è capace di produrre una ulcera nell'area del setto nasale sino alla perforazione, è sufficiente che la cocaina venga assunta per via inalatoria, mediante "il fumo di crack", per produrre severe forme di ipertensione del circolo polmonare con grave rischio di aritmie e di scompenso del cuore destro. E' sufficiente, dunque, che l'effetto vasocostrittore della stessa sostanza sia applicato attraverso una via di assunzione differente per sviluppare una diversa capacità di indurre rapidamente una dipendenza o per ottenere effetti anche più consistenti, effetti che si potenziano in maniera esponenziale a seguito di assunzione di sostanze

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 collerici. 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 EROINA

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;

- gli assuntori di droghe pesanti (eroina e cocaina) risultano essere in numero di 5.834 (91,1% del campione considerato); gli assuntori di Cannabinoidi (hashish) risultano essere il 4,3%; tutte le altre tipologie ammontano al 4,6%;
- nel campione, considerando esclusivamente i soggetti che hanno comunicato il grado di istruzione, risulta che il 70,7% è provvisto di licenza elementare o di licenza di scuola media inferiore. Nella popolazione detenuta complessiva, la corrispondente percentuale è del 65,5;
- il 68% si trova nella condizione di "definitivo"; gli imputati nel loro complesso costituiscono il 29,8% e gli internati il 2,1%.

Soggetti minori tossicodipendenti transitati nei Servizi della Giustizia minorile

Nel 1998 sono transitati nei Servizi della Giustizia minorile 1.418 casi di assunzione di sostanze stupefacenti, di cui 1.131 "soggetti" transitati nell'anno una sola volta.

Rispetto al valore di 1.291 riferito al 1997, si è determinata una variazione positiva del 9,8%.

Il 78,2 % degli assuntori è compreso nella classe di età 14-17 anni (di cui il 97,4% maschi), il 14,7% in quella da 18 anni ed oltre (di cui il 94,2 % maschi), il 7,1% ha età imprecisata.

La maggior parte dei ragazzi transitati nei Servizi della Giustizia minorile ed assuntori di sostanze stupefacenti sono italiani (81,4%).

Tra gli stranieri assumono particolare rilevanza i ragazzi provenienti dal Marocco (7,0%) e dalla ex-Jugoslavia (5,0%).

Gli albanesi rappresentano appena l'1% del totale degli assuntori ed il 5% della componente straniera.

La maggior parte dei minori considerati assume cannabis (63,9%), seguita a grande distanza dagli oppiacei (17,1%) e dalla cocaina (7,1%).

Nel 67,4% dei casi viene attuato un intervento di tipo psicologico e/o di sostegno, nell'8,6% di tipo farmacologico e psicologico, soltanto nel 2% dei casi l'intervento è di tipo farmacologico.

La maggior parte dei ragazzi assuntori di sostanze stupefacenti presi in esame risulta essere consumatore abituale di droga (50,8%). Il 33,1% è consumatore occasionale, il 12,6% è tossicodipendente, il 3,5% ha una posizione indeterminata.

La prevalenza dei reati è contro il patrimonio -furto aggravato e rapina- (46,9%) e contro l'economia e la fede pubblica (42,5%), costituiti essenzialmente dai reati previsti dal DPR n. 309 del 1990.

Soltanto il 3,3% dei ragazzi ha commesso un reato contro la persona; si tratta soprattutto di italiani maschi.

Personale militare segnalato per assunzione di droga presso le relative strutture

I casi segnalati sono stati 2.838 (0,5% della popolazione di riferimento, pari a 550.000 unità), contro 2.947 nel 1997.

I *tossicodipendenti* rappresentano il 3,7% del totale, i *soggetti che abusano di sostanze stupefacenti o psicotrope* il 4,5%, i *tossicofili* il 37% ed i *consumatori occasionali* il 49,9%.

L'incidenza di soggetti che presentano modalità patologiche di uso di sostanze psicoattive (le prime due categorie precedentemente indicate) è in flessione (8,2% nel 1998, 9,3% nel 1997); si evidenzia invece un aumento dei valori riferiti ai tossicofili (37% nel 1998, 34,7% nel 1997) ed ai consumatori occasionali (49,9% nel 1998, 48,9% nel 1997).

Il 59,6% dei soggetti che usano sostanze psicoattive fanno parte dell'Esercito, il 29,1% della Marina e l'8,9% dell'Aeronautica Militare.

Sono soprattutto i giovani in servizio di leva (85,5%) a far uso di sostanze stupefacenti.

Le diagnosi che più frequentemente si associano all'uso di sostanze stupefacenti sono:

- disturbo da uso di sostanze psicoattive (53,4%);
- disturbo non organico di personalità (15,2%);
- diagnosi non psichiatriche (8,5%);
- disturbo dell'adattamento (8,2%);
- disturbi nevrotici (8,2%).

La maggior parte dei consumatori di sostanze stupefacenti fruisce di un provvedimento di temporanea non idoneità al servizio militare (59,9%), il 19,9% viene giudicato permanentemente non idoneo.

La frequenza d'uso di sostanze psicoattive è giornaliera per il 10,5% dei soggetti segnalati (13,1% nel 1997), il 22,8% di soggetti consuma sostanze stupefacenti qualche volta la settimana (26% nel 1997).

Le sostanze stupefacenti maggiormente utilizzate risultano nell'ordine

- marijuana ed hashish 3,4%
- eroina 6,9%
- cocaina 7,2%
- oppio e derivati 2,4%
- alcool 2,1%
- anfetamine 1,9%
- ecstasy 1,3%

Rispetto al 1997, si registra una flessione nell'uso di eroina ed un incremento nell'uso di cocaina, ecstasy ed alcol.

Il 14,2% dei soggetti che consumano sostanze stupefacenti ha dichiarato di averne effettuato la prima assunzione dopo l'incorporamento (18,6% nel 1997).

I motivi che più frequentemente, secondo le dichiarazioni degli interessati, conducono alla prima assunzione di sostanze stupefacenti durante il periodo del servizio militare sono:

- curiosità 40,8%;
- spirito di gruppo 30,1%;
- disagi personali 16,4%.

La distribuzione dei consumatori secondo l'attività lavorativa prima dell'incorporamento, relativa al gruppo di 234 soggetti tossicodipendenti o che abusano di sostanze stupefacenti o psicotrope, messa a raffronto con l'analogha distribuzione relativa all'intero campione dei soggetti segnalati, evidenzia come la disoccupazione costituisca un fattore predisponente all'uso problematico di sostanze stupefacenti.

La distribuzione dei consumatori secondo il titolo di studio relativa al gruppo di 234 soggetti tossicodipendenti o che abusano di sostanze stupefacenti o psicotrope messa a raffronto con l'analogha distribuzione relativa all'intero campione dei soggetti segnalati evidenzia come la minore scolarizzazione predisponga all'uso problematico di sostanze stupefacenti.

I consumatori problematici di droghe hanno riportato condanne penali in percentuale 3 volte superiore rispetto all'intero campione dei soggetti segnalati.

I consumatori problematici di sostanze stupefacenti appartengono soprattutto all'Esercito (70,5%, contro il 59,6% dell'intero campione dei soggetti segnalati).

Il consumo problematico di sostanze stupefacenti si associa a provvedimenti medico-legali di permanente non idoneità (33,8%), comprensibilmente più frequenti rispetto all'intero campione dei soggetti segnalati (19,9%).

Nel consumo problematico di sostanze stupefacenti, quelle maggiormente utilizzate sono:

- marijuana ed hashish 40,5%, contro il 73,4% dell'intero campione dei soggetti segnalati
- eroina 30,7% contro il 6,9%
- cocaina 11,1%, contro il 7,2%
- oppio e derivati 3,3%, contro il 2,4%
- ecstasy 3,3%, contro l'1,3%.

Il consumo problematico di sostanze stupefacenti inizia dopo l'incorporamento in una percentuale di casi (8,5) inferiore rispetto all'intero campione dei soggetti segnalati (14,2) che hanno incominciato ad utilizzare sostanze stupefacenti dopo l'ingresso nella comunità militare.

Il confronto del gruppo dei soggetti tossicofili e dei consumatori occasionali di sostanze stupefacenti con quelli dei soggetti tossicodipendenti o che abusano di sostanze stupefacenti o psicotrope (consumatori problematico) conferma che:

- i tossicofili ed i consumatori occasionali (rispettivamente n. 1.050 e 1.416, ovvero il 3,7% ed il 49,9% dell'intero campione dei soggetti segnalati)

presentano rispetto all'intero campione un uso di sostanze stupefacenti quasi esclusivamente limitato a marijuana ed hashish ;

- i consumatori occasionali presentano (sempre rispetto all'intero campione) :

- minore frequenza di condanne penali;
- maggiore frequenza di appartenenza alla Marina ed all'Aeronautica Militare e minore all'Esercito;
- maggiore assistenza presso i Consultori psicologici militari dopo la dimissione dall'Ospedale;
- prima assunzione dopo l'incorporamento più frequente.

Le patologie infettive presuntivamente correlabili alla tossicodipendenza rilevate sono:

- Epatite B n. 29 casi
- Epatite C n. 10 casi
- Infezioni HIV n. 6 casi.

Decessi per abuso di sostanze stupefacenti

L'effetto più grave della tossicodipendenza è la morte. Il suo verificarsi, a livello individuale, è associato alla gravità della dipendenza e dei comportamenti da questa determinati e all'efficacia degli interventi messi in atto per contrastarla. Questo è il "razionale" dell'uso dei dati di mortalità come indicatori della dimensione e gravità del fenomeno dipendenza. A questo scopo vengono utilizzati:

- i registri di mortalità (nazionali e/o locali), che permettono di stimare la mortalità *correlata* alla droga;
- gli studi *longitudinali* su "coorti" di tossicodipendenti dei centri di trattamento, che hanno il vantaggio di permettere lo studio dei decessi per tutte le cause;
- l'archivio dei *decessi per overdosi*, gestito dal Ministero dell'Interno.

Per quanto riguarda la *mortalità correlata alla droga* (overdosi, AIDS, cause violente), si registra un incremento, mentre gli altri fattori tipici dei decessi, quali le cause tumorali e cardiovascolari, mostrano una costante diminuzione. Tale fenomeno, gravissimo campanello di allarme relativamente alla salute dei giovani in Italia, sembra dimostrare un aumento del rischio di decesso fra i consumatori di droga.

Gli studi *longitudinali* condotti finora in Italia concordano nell'evidenziare un notevole eccesso di mortalità dei tossicodipendenti rispetto ai livelli della popolazione generale e che le maggiori cause di morte sono l'overdose, l'AIDS e le cause violente.

In un settore dell'archivio magnetico DADE del Ministero dell'Interno sono memorizzati i decessi da abuso (*overdose*) di sostanze stupefacenti rilevati dalle Forze di polizia sul territorio, concernenti le morti di assuntori per causa tossicologica diretta. Sono quindi esclusi dalla statistica i decessi

indirettamente correlati all'assunzione di droghe: ad esempio per sinistri stradali, per complicanze patologiche (epatiti, AIDS) o altri fatti (suicidi, incidenti sul lavoro etc.).

Gli elementi informativi comunicati sono, in origine, su base indiziaria, vale a dire non assistiti da specifici riscontri medico-legali di tipo autoptico o tossicologico i cui esiti, normalmente, pervengono alla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga con un certo ritardo fisiologico: tali tempi tecnici necessari non sono facilmente comprimibili.

A tale scopo, a seguito di specifico accordo con il Gruppo Tossicologi Forensi, dal 1997 è iniziata una collaborazione finalizzata a riscontrare ed incrociare, sistematicamente, i dati informativi collezionati dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga su base indiziaria con quelli desunti dallo studio della casistica epidemiologica esaminata a livello scientifico dal Gruppo nelle 28 (su 31) sedi universitarie che coprono quasi tutto il territorio nazionale.

Nel 1998 sono stati registrati 1.076 decessi (980 maschi e 96 femmine), con una riduzione di 84 casi rispetto ai 1.160 del 1997 (1.072 maschi e 88 femmine).

Dopo le sostanze imprecisate (548 casi), l'eroina (511 casi) si conferma la sostanza maggiormente responsabile dei decessi da abuso, che hanno frequenza più alta nell'Italia del Nord: (circa il 57% del totale); seguono la cocaina (11 casi), altri tipi di sostanze (5 casi) e gli amfetaminici (1 caso).

Le classi d'età più colpite sono da 30 a 34, seguite da quella da 25 a 29 e da 35 a 39 anni, verosimilmente a causa della consunzione tipica degli assuntori cronicamente intossicati dalle droghe da abuso, in prevalenza dall'eroina.

CAPITOLO 11

La situazione nei Paesi dell'Unione europea

I confronti presentati sono tratti dal rapporto 1998 dell'Osservatorio Europeo sulle Droghe e sulle Tossicodipendenze (OEDT - EMCDDA). Tale rapporto, realizzato con cadenza annuale, si basa su dati e relazioni che ogni nazione, tramite un apposito ufficio (Punto focale), produce nell'ambito del progetto REITOX.

Tra le varie sezioni in cui è articolato il Rapporto, particolarmente interessanti risultano essere quelle dedicate alle tendenze di sviluppo del fenomeno, alla prevalenza, alle modalità di consumo (capitolo 1), il capitolo dedicato alla riduzione della domanda (capitolo 3) e quello dedicato alle strategie nazionali di contrasto (capitolo 4). Partendo da queste basi informative è possibile tracciare alcune linee di comparazione tra le situazioni esistenti tra i Paesi dell'Unione Europea.

Occorre, innanzitutto, evidenziare che esiste ancora una accentuata diversità nell'affrontare i problemi legati all'uso di droghe in ambito UE. Questa diversità è dovuta ad aspetti diversi, quali la qualità e l'estensione del fenomeno nei singoli Paesi, la diversa sensibilità dell'opinione pubblica e di conseguenza dei Governi nazionali nei confronti del problema, la tradizione più o meno lunga dell'attivazione dell'intervento preventivo e terapeutico, i diversi impianti legislativi.

Partendo da queste diversità, l'Osservatorio Europeo sta attivando progetti per cercare di sviluppare un percorso comune di sviluppo di metodi e conoscenze che porti successivamente verso una più omogenea politica comunitaria di intervento nel settore. Uno dei primi progetti attivati in questa direzione è stato, ad esempio, quello volto ad omogeneizzare le modalità di raccolta dei dati epidemiologici (principale obiettivo), al fine di acquisire un quadro sempre più comparabile delle situazioni esistenti.

Per l'EMCDDA l'attività di riduzione della domanda di droghe viene considerata come l'insieme delle attività svolte nell'ambito dei sistemi sanitari, sociali, scolastici e giudiziari al fine di prevenirne il consumo delle sostanze, di ridurre i danni provocati dall'uso, di assistere e curare i tossicodipendenti e di promuoverne il percorso di integrazione sociale. La riduzione della domanda si rivolge quindi a individui, famiglie, gruppi e comunità che costituiscono la base di un più ampio approccio all'azione di contrasto dell'uso delle sostanze. La cooperazione tra Enti istituzionali, individui e «comunità» diventerà, in questo caso, un requisito indispensabile.

Dall'analisi degli interventi preventivi nei diversi Paesi, emerge una diversificazione nelle strategie che si articolano in due aree distinte:

- la prima riguarda una strategia di vasta promozione educativa e sanitaria rivolta alla popolazione generale,
- la seconda si basa su azioni specifiche mirate ai gruppi di soggetti più vulnerabili e a rischio.

Gli interventi sanitari e sociali di assistenza ai consumatori di droghe si sono sviluppati sempre più in tutti i Paesi verso tipologie differenziate di servizi, con diversificati protocolli di intervento, cercando contemporaneamente il coordinamento delle risorse ed il miglioramento strutturale ed operativo della cooperazione.

Nella relazione annuale l'EMCDDA pone l'accento sui progetti e sugli interventi sottoposti ad un'adeguata valutazione. L'Osservatorio promuove la valutazione come criterio diretto per la rilevazione della qualità delle azioni e per stabilire l'importanza delle politiche di intervento, intendendo che la mancata valutazione dei progetti e programmi va a discapito della garanzia di qualità dell'azione complessiva di riduzione della domanda.

Nel corso dell'anno uno dei principali settori di attività su cui l'Osservatorio si è impegnato è stato quello della ricerca nel campo della prevenzione primaria. Particolare attenzione è stata data all'avvio di programmi educativi in età precoce, per creare fattori di protezione che successivamente permettano all'individuo di rifiutare la spinta al consumo di droghe.

La logica sottostante a molti progetti è stata quella di centrare l'azione nell'ambito della promozione di uno "stile di vita sano" anche attraverso l'utilizzo delle risorse della famiglia, della scuola e della comunità più ampia. I risultati delle valutazioni dei pochi programmi di prevenzione completati a livello comunitario, evidenziano tra i fattori critici di protezione il miglioramento dei rapporti interpersonali, l'autonomia e la resistenza alla pressione esercitata dai "pari". I progetti "sui gruppi dei pari" si sono rivelati utili come mezzo per inserire la prevenzione primaria nelle attività ricreative dei giovani. Malgrado un'insufficiente valutazione delle campagne di sensibilizzazione attraverso i *mass media*, emergono alcune indicazioni su come queste possano contribuire ad accrescere la consapevolezza del problema e la percezione del rischio legato all'uso delle sostanze.

A seguito del lavoro compiuto in questi anni, il disegno strategico dell'Osservatorio nel campo della prevenzione primaria, appare finalizzato a stimolare e indirizzare la comunità scientifica e gli operatori dei servizi verso l'utilizzazione di definiti criteri per la valutazione degli obiettivi di lavoro e all'uso di metodiche validate per la valutazione dell'impatto delle azioni condotte. I gruppi target della prevenzione, indicati come prioritari, sono costituiti sia dai giovani considerati "a rischio" sia dai giovani appartenenti alla comunità più ampia.

Nei Paesi dell'Unione europea viene rivolta una crescente attenzione alla riduzione della frequenza dei danni psico-fisici che si manifestano in fase acuta nei giovani che provano l'ecstasy e altre droghe nei luoghi di ricreazione. Le specifiche iniziative adottate comprendono linee guida sui "rave sicuri", che

prevedono la disponibilità di acqua potabile, zone di riposo, informazioni e consulenza nonché l'introduzione di sistemi per l'analisi immediata delle sostanze eseguibile sul posto.

Le strategie di intervento delle unità di strada, attivate spesso nell'ambito di naturali reti di sostegno sociale, hanno permesso l'accesso sia a gruppi di soggetti tossicodipendenti non conosciuti dai servizi che ad emarginati "a rischio". Sono stati ottenuti risultati incoraggianti sia in termini di modifica dei comportamenti "a rischio" sia nell'avvicinamento di gruppi alle prese con le prime esperienze di droga.

La prevenzione delle malattie infettive e le misure di riduzione delle complicazioni psico-fisiche nei tossicodipendenti hanno svolto un ruolo significativo, in ambito UE, nella lotta alla diffusione dell'HIV. Sono state individuate una serie di strategie ad impatto positivo nella lotta all'HIV e all'AIDS che riguardano la prescrizione di farmaci sostitutivi come il metadone (nell'ambito di terapie di mantenimento), i programmi di distribuzione di aghi e siringhe, i servizi di facile accesso (a bassa soglia di ammissione), le campagne educative e di informazione. Non è stato possibile, invece, raccogliere prove di un impatto significativo delle diverse azioni sulla riduzione della trasmissione dell'epatite C. Viene evidenziato, invece, il problema della diffusione della tubercolosi tra i consumatori di droghe.

La crescente offerta di programmi con sostanze sostitutive in numerosi Paesi dell'UE è stata accompagnata dalla necessità di definire protocolli di trattamento e indicatori per una valutazione puntuale dei risultati. Oltre al metadone, si stanno esplorando altre possibilità di intervento farmacologico nel trattamento della tossicodipendenza (LAAM,, buprenorfina ed eroina a prescrizione). Tutti i Paesi dell'UE riconoscono l'importanza di disporre di diversificati protocolli di trattamento sia farmacologico sia senza l'uso di farmaci, da poter sviluppare, in relazione alle singole esigenze, in ambiti ambulatoriali o residenziali.

Il problema della valutazione di efficacia degli interventi richiede analisi più approfondite tra e all'interno degli Stati membri. Al momento attuale, appare necessario integrare, nei criteri di valutazione della validità delle terapie antidroga, oltre che gli aspetti di adattamento dei protocolli di intervento sui singoli casi, anche gli aspetti inerenti la partecipazione della comunità e la presenza di post terapie. In questo modo si potrà sviluppare la consapevolezza della necessità di un'efficace post-terapia e della collaborazione tra centri terapeutici e servizi sociali e sanitari.

Infine, si è preso atto della necessità di garantire cure sanitarie primarie ai consumatori di droghe, che comunque non riescono o non vogliono interrompere e sono stati messi a punto programmi di collaborazione con i medici di base e gli ospedali.

Per quanto riguarda l'analisi delle misure di polizia giudiziaria attivate nei Paesi della UE, si evidenzia che, oltre ai tradizionali compiti in materia di riduzione dell'offerta attraverso un'azione di contrasto della criminalità legata allo spaccio e al traffico di sostanze, i servizi di polizia sono sempre più coinvolti in azioni

educative e di riduzione della domanda e in strategie a sostegno di una collaborazione comunitaria.

Tutti gli Stati membri dell'UE offrono ai tossicodipendenti imputati di reati alternative alla carcerazione, sostituendo la pena carceraria con una terapia o il lavoro in comunità. Alcuni progetti hanno esplorato, in alternativa, la possibilità della riabilitazione e la formazione, mentre taluni Paesi prevedono la terapia obbligatoria per i tossicodipendenti imputati di reati. I tassi di prevalenza dei consumatori di droghe detenuti nei diversi Paesi, pur raccolti con criteri non omogenei, oscillano tra il 15 e il 50 % del totale dei detenuti presenti. Come conseguenza di questa situazione si stanno diffondendo nelle carceri, con buoni risultati, programmi terapeutici individuali con protocolli di intervento che prevedono anche l'uso di farmaci sostitutivi.

E' ampiamente riconosciuta la necessità di predisporre alternative al carcere soprattutto per i consumatori di droghe che hanno commesso il primo reato o reati minori, offrendo anche la possibilità del trattamento in carcere oltre che le alternative alla reclusione. Questi programmi, in aggiunta alla economicità, rappresentano validi meccanismi alternativi alla drammatica diffusione delle droghe in carcere (con conseguente impatto per la salute) che si verifica quando i tossicodipendenti sono soggetti alla semplice pena detentiva.

La necessità di affrontare in modo più specifico i problemi della tossicodipendenza ha portato alla creazione di servizi e possibilità di trattamento diretti a gruppi omogenei di persone come donne, gruppi etnici, genitori e figli di tossicodipendenti. Nell' UE si stanno sempre più diffondendo servizi che affrontano le esigenze specifiche di trattamento delle donne (maternità, violenza sessuale e prostituzione). Alcuni Paesi hanno tentato di affrontare le esigenze di tossicodipendenti provenienti da particolari ambienti culturali ed etnici. Infine, l'offerta di cure per i figli dei tossicodipendenti ha assunto maggiore rilevanza nell'ambito dei programmi terapeutici e di prevenzione. In sintesi, i risultati conseguiti nel 1997, confermando il lavoro precedente fatto, sottolineano l'esigenza della compartecipazione comunitaria alla base degli interventi e la necessità della valutazione per la determinazione dell'efficacia.

Se la maggior parte delle iniziative in atto ha ottenuto successo in ambito locale, il coordinamento e la cooperazione tra e all'interno degli Stati membri mediante la discussione e la valutazione risultano decisivi per ottenere un livello di intervento uniformemente elevato.

Nel Rapporto 1998, l'EMCDDA ha introdotto un commento articolato sulla parte relativa alla lotta al traffico, soffermandosi su due aspetti specifici: una prima comparazione tra le leggi vigenti negli Stati membri circa il possesso e l'uso di sostanze stupefacenti ed una seconda che si sofferma sulle misure prese per la lotta al traffico di droghe ed alle organizzazioni criminali implicate.

Per quanto riguarda il primo aspetto, il Rapporto si sofferma sulla classificazione delle sostanze (tutti gli Stati hanno classificato le sostanze rispettando le Convenzioni internazionali in materia) e sulle risposte normative per quanto riguarda il possesso ed il consumo illegale, che mostrano

significative differenze tra gli Stati membri, sia nella cornice generale della materia che nelle risposte specifiche.

E' tuttora in corso uno studio molto ampio che comparerà le differenti legislazioni in materia e che si basa, tra l'altro, sull'esistenza o meno di distinzioni tra le diverse sostanze, sull'entità delle pene comminabili, sulle differenze eventualmente esistenti tra possesso e piccolo spaccio, sulle quantità delle differenti sostanze eventualmente ammesse ad un trattamento penale e civile differente, sulle misure alternative al carcere previste per legge.

Il secondo punto commenta, in generale, le differenti impostazioni delle strategie nazionali per ciò che attiene a:

- riciclaggio di denaro sporco proveniente da traffico di droga;
- controllo dei precursori utilizzati per la raffinazione o la produzione di sostanze;
- attività di traffico "controllato" dalle forze di polizia, al fine di scoprire i trafficanti;
- politica delle estradizioni.

Le azioni per la riduzione della domanda

CAPITOLO 12

Le aree prioritarie di interesse e gli interventi per la riduzione della domanda

Nella persona umana esiste una discontinuità tra il livello delle opinioni e delle conoscenze e quello degli atteggiamenti e dei comportamenti. Ad esempio, sapere che l'uso di alcune sostanze fa male non è sufficiente ad indurre le persone ad evitare il consumo di tali sostanze. Tale caratteristica, ben conosciuta, dovrebbe permettere di rimodellare l'attivazione degli interventi di prevenzione attraverso campagne di informazione e/o pubblicitarie che non si limitino al messaggio del rischio associato all'uso della sostanza ma che attuino anche un'azione comunicativa educativa.

L'informazione, infatti, raggiunge la sua efficacia solo quando si integra con un'azione educativa che conduce la persona ad orientarsi negativamente verso uno stile di vita che comporta l'uso di quelle sostanze. Questo avviene quando la persona scopre un progetto di vita che realizzi la sua autonomia, la sua libertà cosciente, una capacità di valutazione critica di se e della realtà e che gli consenta di esprimere e di sviluppare le potenzialità di cui è portatore in un rapporto di cooperazione e di condivisione con gli altri.

Sempre a proposito del rapporto tra informazione ed atteggiamenti/comportamenti, è necessario sottolineare che la ricerca psicologico - sociale ha da tempo messo in luce come le persone selezionino l'informazione sulla base delle opinioni e delle convinzioni di cui sono portatrici e che non è vero che sono le informazioni a cui le stesse persone accedono a influire sulle loro opinioni e convinzioni. L'inefficacia dell'informazione isolata si verifica anche quando l'informazione contiene una qualità emozionale, se non incontra un preesistente orientamento esistenziale favorevole al suo accoglimento. Anzi, in alcuni casi si può verificare addirittura l'effetto contrario a quello che si voleva perseguire.

Sulla scorta delle precedenti considerazioni si può affermare che per un'azione efficace di prevenzione primaria delle tossicodipendenze più che una campagna pubblicitaria sarebbe utile avviare un percorso di informazione/formazione secondo le seguenti tappe:

- creazione di un supporto multimediale informativo da distribuire nelle scuole, nei centri di aggregazione adolescenziali e giovanili e nelle associazioni ad orientamento educativo;
- creazione di un modulo formativo che gli insegnanti referenti per l'educazione alla salute, o gli educatori/animatori delle associazioni e dei centri di aggregazione giovanile dovrebbero utilizzare per proporre l'informazione contenuta nel supporto multimediale;

- messa a punto di un sistema informativo per valutare l'effettivo impatto della campagna informativa - formativa.

Dovrebbero essere privilegiati, accanto ai prioritari progetti di prevenzione e di recupero, programmi e azioni che considerano la riduzione del danno nelle tre dimensioni che caratterizzano:

- la tutela della salute e dell'integrazione sociale del tossicodipendente;
- la difesa sociale;
- l'accoglienza autentica propedeutica al recupero.

Infatti l'affievolirsi della prospettiva del recupero ed il contemporaneo affermarsi delle pratiche di riduzione del danno al solo livello delle motivazioni del primo e del secondo tipo crea il rischio di rafforzare nel tossicodipendente, oltre che nella cultura sociale, la convinzione che l'unica possibilità che egli ha realisticamente di fronte sia quella di un uso relativamente controllato e meno dannoso per lui e per gli altri della droga e dei suoi succedanei.

Si verificherebbe in questo caso una riduzione della speranza e un parallelo aumento della rassegnazione disperante sia nella cultura sociale che nell'orizzonte di vita del tossicodipendente.

Questo scenario, già in parte presente, conduce ad affermare che le politiche di riduzione del danno, per non divenire il segno della sconfitta di una società nei confronti del consumo della droga, devono essere considerate solo come un momento, un passo, all'interno di un itinerario complesso e multiforme che la società offre a chi è caduto vittima della dipendenza dalle droghe per tentare di riconquistare autonomia e libertà.

Ciò significa, di fatto, non ridurre gli interventi di riduzione del danno ad una passiva accettazione della condizione di vita del tossicodipendente ma considerarli come il primo passo, difficile e rischioso, verso quegli interventi che possono aiutarlo a uscire dal suo stato.

La realizzazione di questa concezione della riduzione del danno richiede due condizioni.

La prima è quella che tutti gli interventi siano anche, seppure in quantità minima, un segno di accoglienza, espresso dalla presenza della dimensione educativa e terapeutica in ognuno di essi, ad esempio anche quello più banale della distribuzione delle siringhe, dei profilattici e della somministrazione del metadone. La seconda è quella di un progetto integrato di lotta alla droga che articoli tutti gli interventi all'interno di una rete sociale, in cui ciascuno si collega agli altri con pari dignità in una divisione complementare del lavoro.

CAPITOLO 13

La qualità degli interventi, la formazione degli operatori e la ricerca

Nel corso degli ultimi anni, conseguentemente ai mutamenti intervenuti nel campo dell'offerta e, soprattutto, della domanda di sostanze psicotrope, è stato necessario, per fronteggiare le problematiche legate alle recenti culture giovanili della droga, ripensare e diversificare le strategie di intervento dei servizi territoriali. Il processo, che ha avuto un notevole impulso anche a seguito della II Conferenza nazionale sulle tossicodipendenze tenuta a Napoli nel marzo 1997, ha rafforzato la collaborazione tra Istituzioni ed operatori, tra pubblico e privato, tra sanitario e sociale. Questa sinergia, ancora in fase di sistematizzazione, ripropone l'esigenza di un coordinamento, sottolinea la necessità di procedere metodicamente, con criteri riproducibili, alla valutazione dell'efficacia e dell'utilità sia delle iniziative terapeutiche che delle prestazioni effettuate.

Questa spinta di adeguamento non può certo prescindere da una preparazione più salda, specifica, aderente alla realtà degli operatori dei servizi pubblici o privati e da un sistematico investimento sulla obbligatorietà di un continuo aggiornamento ed arricchimento professionale.

L'obiettivo di una rete integrata dei servizi sanitari-sociali, pubblici-privati potrebbe essere in parte raggiunto prevedendo, nei singoli programmi formativi, specifiche "aree inter-professionali" grazie alle quali il "saper lavorare in equipe" diventi uno dei requisiti professionali, dove la collaborazione e la complementarietà vengano sviluppate di consenso e tradotte in procedure operative ed interventi sinergici applicati ad obiettivi precisi, adeguati, chiari e comuni.

Pur essendo oramai acquisito che la formazione degli operatori è il presupposto essenziale per qualsiasi tipo di intervento, si rileva ancora una carenza di formazione di base che coinvolge l'Università, le Scuole di specializzazione e gli altri settori formativi, soprattutto per le figure professionali necessarie al settore della riduzione della domanda, come medici, infermieri, assistenti sociali e psicologi. Si consideri che la formazione di base di medici e psicologi include solo marginalmente le nozioni e gli insegnamenti relativi all'abuso di droghe. Ugualmente risulta carente la formazione di base di assistenti sociali e di personale paramedico ed infermieristico. L'avvio di dottorati di ricerca e il coinvolgimento di medici neo laureati in tirocini da svolgere anche presso i Servizi di trattamento delle tossicodipendenze hanno rappresentato alcune delle attività per sviluppare il settore formazione che nonostante le sporadiche iniziative resta in Italia carente. In questo quadro, si è sviluppata storicamente

un'offerta di formazione extra universitaria da parte di Istituti, Centri ed organizzazioni che hanno fornito prodotti qualitativamente disomogenei.

Carente è la formazione di base di coloro che lavorano presso Enti ausiliari e che, provenendo spesso dai programmi stessi (ex tossicodipendenti) o dal volontariato generico, privilegiano la formazione *"on the job"* o, comunque, una formazione troppo spesso legata solo al modello di intervento tipico di quella struttura.

Nel corso del 1998 si è fatta strada la pratica di corsi di formazione e di aggiornamento in cui si ritrovano operatori del settore pubblico e del volontariato. Data l'oggettiva necessità di formazione e di aggiornamento, sono molto frequenti corsi ed iniziative locali, anche dirette all'acquisizione di competenze per progetti specifici (nuove droghe, disintossicazione, intervento in carcere, psicoterapia, interventi preventivi, etc.).

Un modello molto frequente di aggiornamento è quello della supervisione o accompagnamento, nel quale gli operatori di un servizio pubblico o di un centro di volontariato sono seguiti nella discussione dei casi da un supervisore, generalmente esterno. Abitualmente, e per quanto riguarda la supervisione e l'aggiornamento degli operatori pubblici, le competenze sono della regione corrispondente.

Nei servizi per la prevenzione, il recupero ed il reinserimento dei tossicodipendenti a seguito del mutamento dei bisogni e, conseguentemente, dell'esigenza di diversificare metodi di approccio, trattamento e recupero, si continua a segnalare l'esigenza di raggiungere una cultura unitaria degli operatori che possa essere uno strumento efficace nel raccordare "normative" e "conoscenze tecnico-scientifiche" disponibili per l'operare di tutti i giorni.

Formazione armonizzata degli operatori come attività propedeutica allo sviluppo della qualità degli interventi, alla qualità dei dati rilevati per i sistemi di monitoraggio, alla qualità - attualità professionale degli operatori, alla possibilità di effettuare nei servizi e con i servizi ricerca finalizzata di qualità sempre più adeguata alla comparazione di indicatori a livello europeo.

La comparabilità dei dati e degli indicatori rappresenta uno degli obiettivi prioritari che i 15 Paesi europei si sono impegnati a raggiungere in collaborazione con l'Osservatorio europeo sulle droghe e le tossicodipendenze di Lisbona: un adeguamento degli operatori dei servizi ad uno standard conoscitivo europeo risulta pertanto opportuno.

Pur se in maniera territorialmente disomogenea si è intensificata l'attività di formazione/aggiornamento di figure professionali sanitarie, sociali, educative, di controllo attraverso programmi delle singole Amministrazioni dello Stato, delle Regioni, degli Enti locali, del volontariato e attraverso specifici progetti nazionali e locali in parte finanziati dal Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga.

Dal Ministero della Sanità. è stato realizzato il progetto SerT-ISS: "Aggiornamento, documentazione e training del personale dei SerT a scopi di ricerca scientifica". E' significativo segnalare che la ricerca si è sviluppata in modo sinergico e complementare con le finalità dei progetti di valutazione del Ministero della Sanità attualmente in corso (valutazione delle attività dei servizi

pubblici per le tossicodipendenze e costruzione del profilo di qualità degli interventi) e si è raccordata con l'operato delle regioni. Il progetto SerT-ISS è stato sviluppato per:

- promuovere una cultura unitaria degli operatori in grado di mettere a frutto le conoscenze tecnico-scientifiche maturate e di comprovata validità;
- realizzare, per il raggiungimento di tale obiettivo, un quadro di riferimento dello stato dell'arte presso le strutture coinvolte nel progetto;
- approdare ad obiettivi conoscitivi e formativi che favorissero tra i partecipanti la cultura della valutazione dell'operato;
- promuovere la conoscenza e l'adozione di indicatori diretti ed indiretti validati in ambito europeo;
- fornire agli operatori strumenti minimali, ma comparabili per impiantare un processo stabile e duraturo di autovalutazione dell'attività del proprio servizio, con il proposito di incrementare la qualificazione delle professionalità che vi operano, migliorare l'efficacia dell'intero intervento ed incidere sul rapporto beneficio/costo.

E' stato portato a termine il primo *Master* poliennale in "Epidemiologia delle Tossicodipendenze", organizzato e gestito dall'Osservatorio Epidemiologico della Regione Lazio, a cui hanno partecipato operatori provenienti sia dagli Osservatori provinciali sulle tossicodipendenze attivi presso i SerT sia altri operatori degli uffici regionali per le tossicodipendenze.

Alcune amministrazioni regionali hanno avviato corsi di aggiornamento specificamente diretti al personale degli Enti ausiliari sprovvisto di specifico titolo di studio. Questi corsi hanno permesso una sanatoria della posizione legale dei soggetti interessati che sono, quasi tutti, provenienti da comunità terapeutiche.

Un altro filone molto ricco è l'aggiornamento sulle tematiche relative all'alcoolismo, sia per quanto riguarda l'epidemiologia del fenomeno che i trattamenti possibili. I corsi in questione sono paralleli all'assunzione di soggetti alcoolisti nella casistica dei Ser.T.

La ricerca nel settore delle tossicodipendenze in Italia è svolta da diverse strutture. I canali di finanziamento sono estremamente diversificati ed al momento non è possibile ricostruire un panorama nazionale esaustivo. Per la ricerca di base, fra i centri universitari più attivi si evidenzia il Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Cagliari, alle cui linee di ricerca sono collegati altri istituti universitari. Esistono inoltre diversi Istituti di medicina forense presso cui si realizzano importanti progetti di ricerca sulle determinazioni tossicologiche in ambito forense. Per la ricerca epidemiologica l'Istituto Superiore di Sanità ha svolto numerosi studi sulle patologie correlate, mentre l'Osservatorio Epidemiologico della Regione Lazio ha svolto studi più specificamente riguardanti prevalenza, comportamenti a rischio e mortalità dei tossicodipendenti. L'Istituto di Fisiologia del Consiglio Nazionale delle Ricerche di Pisa ha condotto studi epidemiologici a carattere nazionale su campioni di popolazione giovanile, messo a punto nuove metodologie per la prevenzione primaria nelle scuole e sviluppato sistemi per il monitoraggio (analisi e

valutazione) dei soggetti che hanno impatto con le istituzioni (forze dell'ordine, servizi socio-sanitari, SerT, etc..) su aree geografiche provinciali. L'Istituto Mario Negri di Milano ha condotto studi sulle tipologie dei trattamenti e la valutazione delle attività dei servizi pubblici. Gli Istituti maggiormente attivi nella ricerca clinica risultano quelli delle Università di Cagliari, Siena, Pisa, Modena, Firenze e l'Università "La Sapienza" e "Cattolica" di Roma. Si segnalano, di seguito, alcuni progetti di ricerca i cui esiti sono disponibili.

Ricerca sulla "First treatment demand" - Sono disponibili i risultati della ricerca condotta dall'Istituto Superiore di Sanità su un campione di Servizi pubblici italiani collocati in 13 diverse regioni, utilizzando il protocollo "First treatment demand" del "Gruppo Pompidou" del Consiglio d'Europa negli anni 1994-1996. La ricerca ha sperimentato l'applicazione in Italia del "protocollo Pompidou" e delle sue varianti, come futuro protocollo dell'OEDT e quindi nazionale per la raccolta dei dati individuali sulla domanda di trattamento. In tale ambito la ricerca ha costituito una importante occasione di coinvolgimento dei servizi pubblici, e in particolare degli operatori normalmente impegnati in attività cliniche, in un progetto nazionale, secondo un modello di partecipazione che si spera venga sempre più frequentemente utilizzato.

Ricerca sui trattamenti con metadone nella Regione Emilia Romagna. Il trattamento di mantenimento con metadone pone pesanti interrogativi sulle modalità cliniche, sul dosaggio, sulla durata, ma soprattutto interpella gli operatori sull'impiego dei criteri che orientano la scelta terapeutica. Al contempo, gli interventi psicosociali, che dovrebbero integrare l'azione farmacologica, così come le metodologie di valutazione, presentano una frammentarietà, una incertezza e una mancata condivisione di criteri di utilizzo tali da renderli di difficile gestione. Pertanto, un approfondimento che si traduca in un approccio con il farmaco più corretto e scientifico sembra essere utile nel panorama italiano, soprattutto in considerazione delle tipologie psicologiche e comportamentali dei pazienti. La necessità di criteri diagnostici per l'ammissione al trattamento, il problema di una comprensione migliore delle modalità gestionali attraverso cui si possono ottenere risultati più significativi, le questioni relative al monitoraggio dei pazienti in metadone, il *setting* e la rilevanza degli interventi associati, rappresentano gli elementi di conoscenza da sviluppare alla base di questo protocollo di ricerca. Si tratta di uno studio articolato in due sezioni: una retrospettiva, relativa ai pazienti già inseriti in trattamento protratto con metadone, l'altra, prospettica, per i pazienti inseriti per la prima volta nel trattamento con metadone; entrambe, comunque, sono finalizzate alla valutazione dell'andamento clinico dei pazienti in relazione alle tipologie comportamentali, psichiche, agli elementi socioambientali e tossicologici.

Le ricerche effettuate negli anni 1997 e 1998 dalla rete IREFREA, nell'ambito del Progetto Sonar finanziato dalla Comunità Europea hanno confermato i dati emersi da altri studi in merito alle caratteristiche dei consumatori di Ecstasy, con particolare riferimento alla mancata identificazione dei giovani consumatori con lo stereotipo del tossicodipendente.

In campo scientifico e di ricerca, si percepisce comunque molto pesante la mancanza di un coordinamento degli sforzi prodotti e di una guida in grado di identificare le priorità.

La sensazione è che Università, Regioni, Enti locali, Enti ausiliari e reti di operatori professionali, in carenza di linee di politica di ricerca specifiche del settore, producano risultati il più delle volte isolati e privi delle possibilità di ricaduta che, invece, meriterebbero. Si evidenzia la necessità di attivare, come ad esempio fatto precedentemente tramite il progetto finalizzato sulle tossicodipendenze del Consiglio Nazionale delle Ricerche negli anni 1981-1986, un progetto nazionale pluriennale ad ampia gamma di temi trattati (neurobiologia, psico-sociologia, clinica medica e psichiatrica, epidemiologia, etc..), in grado di produrre significative ricadute negli anni successivi su più aree territoriali e che coinvolga non solo le strutture istituzionali della ricerca ma anche e fortemente le strutture regionali e i servizi.

Le azioni per la riduzione del danno

Capitolo 14

Le strategie complesse e la rete di interventi

L'obiettivo generale che le organizzazioni si devono prefiggere nella lotta alla droga è mettere a punto sistemi preventivi, terapeutici e riabilitativi sempre più efficaci; questo intento deve essere perseguito con costanza ed impegno da tutte le componenti sociali, al fine di assicurare una risposta globale in grado di contrastare sia l'uso di sostanze stupefacenti che, contestualmente, le gravi patologie e le situazioni devianti correlate all'uso di sostanze.

Considerate anche le situazioni epidemiche e le altri gravi conseguenze sociali correlate al fenomeno tossicodipendenze, non vi è dubbio che la prevenzione delle patologie correlate e delle situazioni devianti correlate all'uso di droghe sia di fondamentale importanza e che questo aspetto debba sempre essere considerato prioritario rispetto anche agli stessi interventi di cura e riabilitazione.

Nell'impostare le strategie e le scelte programmatiche su questo punto, non va dimenticata la centralità della persona e la necessità di offrire opportunità globali oltre alla contemporanea importanza di evitare infezioni mortali e pericolose come quella da HIV o da virus epatitici, di incidere sugli episodi di overdose, sull'inserimento nelle attività criminali e il ricorso alla prostituzione.

Questi obiettivi di prevenzione secondaria devono essere perseguiti dalle strutture pubbliche di intervento (SerT) e delle comunità terapeutiche e considerati come "atti dovuti" e meglio valorizzati anche con una contemporanea e costante offerta di inserimento delle persone tossicodipendenti in percorsi di recupero ad alta soglia e tendenti alla risoluzione radicale del problema.

La tossicodipendenza pertanto deve essere considerata come una vera e propria patologia con gravi risvolti psicologici e sociali alla quale è necessario rispondere con contemporanee azioni a vario livello e con programmi individualizzati, senza mai demordere dall'obiettivo finale (non vincolante) di cessare totalmente e quanto prima l'uso delle sostanze stupefacenti, ma rispondendo a tutti i bisogni assistenziali (fisici, psicologici e sociali) anche in assenza di una motivazione alla sospensione immediata dell'uso delle sostanze.

In questa logica va garantita a tutti coloro che assumono sostanze psicoattive secondo modalità dannose, non terapeutiche od a rischio, nonché ai loro familiari, il diritto a fruire di adeguati supporti, trattamenti e cure precoci ed accessibili (nel rispetto della libera scelta del luogo e delle modalità di cura), finalizzati al recupero della persona mediante la sospensione dell'uso di sostanze ed il reinserimento in una vita dignitosa ed indipendente.

Non bisogna dimenticare che oltre al dovere delle istituzioni di fare ciò che è in loro potere per proteggere e promuovere la salute dei cittadini (comprese le persone tossicodipendenti), esiste il diritto, costituzionalmente previsto, che gli utilizzatori di droghe abbiano a disposizione (al pari di qualsiasi cittadino) efficaci e permanenti informazioni ed azioni tese a prevenire l'acquisizione di patologie correlate all'uso di sostanze psicoattive e le conseguenti altre gravi situazioni sociali ed ambientali, quali le attività criminali e la prostituzione.

Va quindi chiarito che con il termine "attività di riduzione del danno" si devono intendere le attività di prevenzione secondaria finalizzata a ridurre e prevenire i rischi e i danni (in ambito biologico, psichico e sociale) potenzialmente correlati all'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope.

Queste attività sono dirette alle persone che già utilizzano sostanze stupefacenti e sono da considerare un "atto dovuto" ed inderogabile, anche da parte degli operatori che espletano attività di cura e riabilitazione. L'attività di prevenzione secondaria infatti non può essere disgiunta dalle attività di cura e riabilitazione essendone parte integrante come lo sono i rischi di ricaduta durante le terapie. Tale attività è parte integrante degli interventi a favore delle persone a rischio di utilizzare sostanze o che già utilizzano droghe e va considerata fortemente strutturata nel complesso delle azioni a favore di queste persone.

L'uso di sostanze stupefacenti può comportare rischi e possibili danni, conseguentemente le azioni di prevenzione devono essere centrate sia sui fattori principali (cause) che generano il danno, sia sulle evidenze successive (effetti a breve termine e a lungo termine). Si riportano in seguito i principali fattori individuali ed ambientali determinanti il rischio su cui è possibile intervenire ricordando che la fattibilità dell'intervento dipende dalla raggiungibilità degli obiettivi.

Fattori individuali che determinano il rischio:

- a livello della consapevolezza, il livello di conoscenza dei rischi, delle norme protettive e la percezione del rischio;
- a livello del sapere, fare il livello di abilità nell'applicare le pratiche preventive;
- a livello del volere, fare l'intenzione di attivare il comportamento protettivo;
- a livello del potere, fare i fattori compulsivi "drive indotti" (*craving*, sintomi. astinenziali, forti disagi psichici, ecc.);
- a livello del fare, l'evitamento dei comportamenti a rischio.

Contemporaneamente, è necessario considerare i fattori ambientali che possono determinare il rischio:

- a livello della disponibilità di informazioni e servizi, la disponibilità di opzioni preventive;
- a livello delle regole e delle attività dei presidi, le condizioni ambientali sfavorevoli e casuali.

Nel valutare i possibili rischi e danni derivanti dall'assunzione di sostanze stupefacenti va contestualmente considerato che il possibile danno e la relativa gravità non dipendono esclusivamente dalla sostanza e dalle modalità di assunzione ma anche dalle caratteristiche comportamentali, psichiche e sociali della persona che utilizza tali sostanze anche al di fuori del contesto di assunzione. Vi è quindi un fattore "individuo" che può agire come amplificante o riducente i possibili danni derivanti dall'uso di sostanze.

La vulnerabilità individuale allo sviluppo di "addiction" e all'acquisizione di danni correlati all'uso di sostanze, molto diversa da individuo ad individuo, fa sì che vi siano anche diverse modalità di utilizzo delle sostanze e di conseguente esposizione al rischio. L'introduzione di questo concetto nella strutturazione degli interventi di prevenzione secondaria risulta indispensabile al fine di non incorrere nell'errore di sottovalutare situazioni di rischio che per molti potrebbero essere controllate ma che per persone particolarmente vulnerabili potrebbero risultare anche mortali.

Sono proprio queste fasce maggiormente esposte a dover essere tutelate. Questa diversa esplicitazione del possibile danno fa sì che gli operatori si debbano comportare con estrema prudenza e cautela nel valutare (e conseguentemente agire) ciò che si può considerare rischioso per l'individuo, evitando generalizzazioni, in quanto esistono gruppi di soggetti più vulnerabili di altri e che, ad oggi, non è possibile identificare preventivamente. Va ricordato comunque che chiunque utilizzi sostanze stupefacenti è sottoposto a vari rischi più o meno elevati in base anche al proprio grado di vulnerabilità e al tipo di sostanza. Vengono di seguito elencati i principali possibili esiti dell'esposizione al rischio derivante dall'assunzione di sostanze, per i quali si strutturano interventi e per i quali è possibile individuare indicatori validi.

I primi da considerare sono i possibili effetti diretti delle sostanze, quali le intossicazioni acute con rischio di decesso, le intossicazioni croniche e la perdita della normale capacità relazionale. Successivamente, sono da considerare i possibili effetti correlati alle modalità e comportamenti di assunzione come le patologie diffuse. Infine, i possibili effetti indiretti "sociali, spesso rappresentati dagli incidenti e traumi, dalle attività illegali alle conseguenze giuridiche, all' prostituzione, alla diminuzione della qualità della vita, ai danni a terzi e alla diminuzione della produttività e dell'autonomia.

Nello strutturare interventi va ricordato che in via prioritaria ed in maniera molto pragmatica e decisa è necessario puntare a ridurre soprattutto le tre principali cause di morte che si riscontrano nelle persone che utilizzano sostanze stupefacenti e cioè l'AIDS, l'overdose e gli incidenti traumatici. Altre azioni dovranno essere strutturate per ridurre i rischi correlati soprattutto in ambito psichico e sociale anche per quelle sostanze che con una valutazione superficiale vengono considerate "poco pericolose" perché assunte con modalità non iniettive o meno costose o per le quali i danni non sono ancora precisamente provati nell'uomo ma solo nei modelli animali.

Ogni sostanza ha un proprio rischio specifico dipendente dalle sue caratteristiche farmacodinamiche e farmacocinetiche che determinano la tossicità acuta e cronica. Va tuttavia considerato che i rischi direttamente correlati alle caratteristiche delle sostanze variano fortemente in base ad una

serie di cofattori dipendenti sia dall'individuo che dal contesto di assunzione oltre che dalla presenza di altre sostanze che possono potenziare gli effetti negativi.

Questi cofattori sono: la vulnerabilità dell'individuo all'*addiction* e cioè a sviluppare dipendenza, la vulnerabilità al passaggio a droghe più potenti dopo aver sperimentato sostanze a bassa efficienza, la modalità di assunzione.

Altri importanti cofattori di rischio, molto variabili da individuo ad individuo e non prevedibili, sono gli effetti individuali sulla *performance*, sullo stato psichico e le ripercussioni sulla situazione sociale generale (famiglia, lavoro, integrazione, ecc.). Alla luce di quanto detto si può comprendere che sostanze di diverso tipo e di diversa potenza (in termini farmacodinamici) possono risultare imprevedibilmente molto rischiose e mortali per alcuni individui e in particolari contesti, mentre per altri individui ed in altri contesti quasi totalmente scevre da rischi.

Va inoltre ricordato che quasi mai gli individui dediti all'uso di sostanze ne utilizzano una sola e che nel percorso di sperimentazione spesso ne utilizzano vari tipi (e a vari dosaggi).

Le azioni di riduzione del rischio devono quindi essere indirizzate per tutte le sostanze stupefacenti, tenendo conto che la miglior difesa è non usare droga e che ogni sostanza ha proprie caratteristiche e potenzialità tossicologiche che possono estrinsecarsi in maniera completamente diversa da individuo ad individuo.

I soggetti interessati alle azioni di riduzione del rischio sono tutti gli utilizzatori di droghe, in trattamento o no. Soprattutto per le persone non ancora in contatto con i servizi vi è la necessità di sviluppare azioni di prevenzione delle patologie correlate all'uso di sostanze ma queste attività devono entrare anche nella pratica clinica dei servizi e delle comunità per tutte le persone in carico.

Risulta evidente che le azioni devono riguardare cinque principali tipologie di ambienti: luoghi di aggregazione (piazze, ritrovi, eventi musicali e di divertimento), centri di prima accoglienza, SerT, comunità terapeutiche, carceri. Si è dimostrato efficace il coinvolgimento anche della rete delle farmacie, dei medici di medicina generale, delle associazioni sportive e ricreative.

Nel prendere in considerazione le azioni che si sono dimostrate più valide ed accreditate nel ridurre i rischi è necessario ricordare in anticipo che le azioni:

- devono essere tese ad agire direttamente sui fattori determinanti il rischio correlato all'uso di sostanze, mediante metodologie di cui se ne conosca l'efficacia (approccio pragmatico e scientificamente orientato).
- devono avere come obiettivo generale comune la prevenzione delle patologie e delle situazioni devianti correlate all'uso di sostanze.
- di riduzione del rischio non devono essere confuse con le azioni finalizzate all'aggancio precoce della persona, alla relazione, alla cura, alla riabilitazione e alla prevenzione della ricaduta.

- di riduzione del rischio e del danno sono da considerarsi prioritarie anche rispetto alla stessa terapia e pertanto l'accesso a tali opzioni non può essere vincolato all'accettazione da parte della persona tossicodipendente di vincolanti programmi terapeutici.

E' evidente che la miglior difesa è non usare droghe, ma è altrettanto evidente che non è possibile puntare alla sospensione immediata dell'uso delle sostanze per ridurre i rischi. Tale strategia si è rilevata nella maggior parte dei casi non perseguibile per la presenza di fattori individuali, che sostengono il comportamento di abuso, che richiedono per la loro modifica interventi nel medio-lungo termine. Le azioni che hanno trovato riscontro scientifico nel contesto italiano in termini di efficacia nella riduzione delle principali cause di morte e di inabilità per le persone tossicodipendenti ad oggi sono:

- informazione sui rischi e pericoli correlati all'uso delle sostanze, ovvero informare le persone che già usano sostanze, mediante campagne generali e con informazioni specifiche sui rischi e pericoli correlati all'uso. In questo caso si è dimostrato utile non tanto dissuadere le persone ma consentire un uso più controllato e meno rischioso delle sostanze. Tuttavia va ricordato che per le persone con alta attitudine al rischio, e con personalità "*novelty seeking*" o "*reward dependent*" vengono stimulate da informazioni di questo tipo. Queste persone, pur essendo la frazione minoritaria, sono anche quelle più vulnerabili allo sviluppo di "*addiction*". L'informazione individuale tramite "*counseling*" specifico si è dimostrata più efficace nel ritenere informazioni utili e personalizzate sul rischio correlato alle specifiche sostanze;
- informazioni sulle modalità di riduzione dei rischi e pericoli dell'uso di sostanze, cioè informare mediante programmi generalizzati e individuali le persone che utilizzano droghe sulle modalità di riduzione dei rischi e pericoli derivanti dall'uso di sostanze. Tale azione si è dimostrata efficace soprattutto per lo scambio di siringhe e per l'overdose. In questo contesto, bassa efficacia hanno dimostrato, soprattutto nel tempo, le informazioni relative all'uso del profilattico. Una certa efficacia è stata provata nelle informazioni riguardanti la prevenzione dell'uso contemporaneo di sostanze e del grande incremento del rischio derivante;
- distribuzione di strumenti atti a iniettarsi le sostanze per via endovenosa in condizioni di sterilità attraverso programmi sia di scambio che di distribuzione delle siringhe. Si sono dimostrate in questo caso migliori i programmi che hanno utilizzato operatori rispetto a distributori automatici e che hanno visto il coinvolgimento della rete permanente delle farmacie. Oltre alla semplice siringa sterile è stata dimostrata l'utilità anche della distribuzione contemporanea delle fiale di acqua sterile e di salviette disinfettanti;
- distribuzione di profilattici, anche se non è mai stata provata l'efficacia della distribuzione episodica di profilattici nell'indurre a variazioni comportamentali stabili in soggetti con comportamenti a rischio. Tuttavia, un aumento persistente della possibilità di avere a disposizione profilattici può ridurre i tassi di incidenza delle malattie sessualmente trasmesse. La distribuzione di profilattici a scopo dimostrativo può comunque promuovere un modello culturale tale da agevolare la prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse;

- distribuzione di naloxone a persone tossicodipendenti anche se, nel nostro Paese, non ha ancora trovato conferme scientifiche della sua efficacia e sull'assenza di rischi od effetti collaterali. La letteratura internazionale riporta dati contrastanti. Tuttavia, si ritiene che debbano essere poste in atto sperimentazioni per valutarne l'efficacia e gli eventuali rischi, considerata l'ipotizzabile razionalità dell'intervento. L'uso del naloxone dovrebbe sicuramente essere previsto per gli operatori di prevenzione in strada e per i familiari delle persone tossicodipendenti;
- l'attivazione di sistemi di allerta rapidi, in grado di avvertire gli eventuali utilizzatori di sostanze di pericolose "anomalie" riscontrate dall'esame dei campioni sequestrati, può in qualche modo essere di aiuto per evitare le sequenze di overdose o altri tipi di effetti indesiderati. Ad oggi, anche se è razionalmente ipotizzabile un beneficio, non vi sono dati certi dell'efficacia. Si ritiene che tali sistemi possano correttamente trovare utilità ed applicazione razionale solo per quanto riguarda l'eroina;
- *training* comportamentali per incrementare le abilità preventive individuali che hanno dimostrato la loro efficacia nel produrre variazioni comportamentali stabili nei tossicodipendenti. Queste esercitazioni in vivo, eseguite da operatori facilmente addestrabili, riescono a coinvolgere le persone tossicodipendenti e a modificarne i comportamenti nel tempo soprattutto per quanto riguarda le pratiche iniettive sicure e la prevenzione e il soccorso all'overdose. Queste tecniche dovrebbero trovare costante applicazione sia nelle unità mobili che presso i SerT e le comunità terapeutiche;
- interventi "sul luogo" mediante unità mobili per raggiungere ambienti e situazioni non altrimenti raggiungibili si sono dimostrati di sicuro effetto nelle aree metropolitane ed urbane. E' auspicabile che tale metodologia venga permanentemente integrata nell'organizzazione stabile per l'assistenza ai tossicodipendenti;
- aumento della facilità di accesso ai servizi e della presa in carico precoce, avendo dimostrato la loro capacità a ridurre i rischi e i danni derivanti dall'uso delle sostanze stupefacenti. Questa azione da parte dei SerT dovrebbe essere considerata prioritaria ed irrinunciabile portando alla strutturazione di organizzazioni orientate a creare situazioni tali da perseguirne gli scopi;
- terapie con farmaci sostitutivi che hanno dimostrato come durante la fase di trattamento si ottengono risultati anche sulla riduzione dell'incidenza dell'overdose, dell'infezione da HIV, degli eventi criminali e delle attività di prostituzione ma soprattutto si può ottenere l'affrancamento dall'uso di eroina;
- offerta del test per l'HIV con opportuno *counseling*, che si è dimostrata efficace nel ridurre i tempi di diagnosi e nel rendere precocemente edotto il soggetto sieropositivo del proprio stato. Tali interventi producono, al contempo, variazioni comportamentali spontanee in senso preventivo, facendo accedere i soggetti interessati alle cure specifiche anti HIV ma soprattutto permettono l'attivazione delle profilassi delle infezioni opportunistiche che attualmente sono in grado di ridurre l'incidenza;

- azioni deterrenti e di controllo del tasso alcolemico nei guidatori, che, se intensificate, si sono dimostrate capaci di ridurre nel fine settimana il numero di incidenti stradali infausti.

Altre azioni hanno trovato favorevole applicazione ma scarsa dimostrazione di efficacia, nel senso che per molte di loro non è stata approntata una corretta valutazione.

Offerta ed azioni di contrasto dell'offerta

Capitolo 15

Il contrasto del mercato

Attività antidroga svolta dalla Polizia di stato, dall'Arma dei Carabinieri e dal Corpo della Guardia di Finanza

L'azione di contrasto alla droga posta in essere dalle Forze di polizia e dalle Autorità doganali interne ha fatto registrare generalizzati incrementi in quasi tutti i settori. Il numero di **operazioni antidroga** portate a termine (21.100) si è incrementato del 4,2% rispetto all'anno precedente. Le operazioni sono concentrate prevalentemente nell'Italia del Nord (49%); segue l'Italia del Sud (28%). La Lombardia (13,4%) e il Piemonte (11,6%) sono le regioni con il maggior numero di interventi. Le regioni del Centro e del Sud che hanno registrato il più elevato numero di operazioni sono il Lazio, la Toscana, la Campania, la Sicilia, la Puglia.

L'entità di **sequestri di sostanze stupefacenti** (complessivamente Kg. 57.319), è così variata rispetto al 1997:

Eroina: (703,336 Kg.); incremento del 48,2%. Il 18% dell'eroina sequestrata in Italia proviene dalla Turchia.

Cocaina (2.143,804 Kg.); incremento del 30%. Le nazioni di maggiore provenienza sono la Colombia, il Brasile ed il Venezuela, rispettivamente con l'8,9%, l'8,6% ed il 5,2% del totale della cocaina sequestrata.

Cannabis (54.198,753 Kg.); diminuzione del 10,6%, risultante da un decremento dei sequestri di marijuana e da un incremento di sequestri di hashish. La nazione con la più massiccia provenienza di marijuana è l'Albania (con oltre il 28% del totale dei sequestri), seguita dal Ghana (17% circa). La Spagna (con oltre il 31%) ed il Marocco (con quasi il 21%) sono i Paesi da cui in più larga misura proviene l'hashish.

Amfetaminici (131.728 dosi); diminuzione del 4%. L'Olanda è il Paese con più rilevante provenienza (oltre il 13%).

LSD: (272,684 Kg.); incremento del 22%. L'Olanda è il Paese con più elevata provenienza.

Per la cocaina il *record* dei quantitativi sequestrati spetta all'Italia del Nord, con il 60% del totale sequestrato.

Le regioni nelle quali si è registrato il più elevato quantitativo di cocaina sequestrata sono il Trentino-Alto Adige (circa un terzo del totale nazionale), il Lazio e la Lombardia.

Per l'eroina è l'Italia meridionale ad occupare il primo posto con il 43% del totale.

Le regioni interessate ai maggiori sequestri di eroina sono la Lombardia, l'Abruzzo, la Puglia ed il Lazio.

Anche per la cannabis ed i derivati, il Sud conferma il primato delle quantità sequestrate.

Al primo posto la Puglia (oltre il 33%); seguono il Friuli-Venezia Giulia, la Toscana e la Lombardia.

Sequestri notevoli di amfetaminici si sono avuti in Veneto, Lombardia, Emilia-Romagna.

I sequestri di L.S.D. sono stati quasi esclusivamente localizzati nell'Italia del Nord.

Le segnalazioni alle Autorità Giudiziarie dei reati previsti dal DPR 309/1990 in materia di disciplina degli stupefacenti e delle sostanze psicotrope hanno riguardato complessivamente 33.179 persone, di cui 23.886 sono state colpite da provvedimento restrittivo (72% del totale delle persone indagate). L'area geografica più interessata è il Nord, con quasi 11.000 persone colpite da provvedimento restrittivo su un totale di 15.329 persone indagate a livello nazionale.

Il numero di persone indagate è rimasto praticamente invariato rispetto all'anno precedente ed è la risultante di una diminuzione del 5% di cittadini italiani e di un incremento di oltre il 12% di cittadini stranieri.

La distribuzione per tipologia di reato è la seguente: 80% attività di vendita, 10% sequestro a seguito di rinvenimento, 10% traffico.

Il numero di persone deferite all'autorità giudiziaria per tipologia di stupefacenti è la seguente:

▪ Cannabis	15.066
▪ Eroina	11.482
▪ Cocaina	5.731
▪ Anfetamine	565

Dal 1987 al 1998 si è registrato un incremento del 44% del numero di persone oggetto di informativa giudiziaria per reati di droga. Nello stesso periodo, il numero degli stranieri è aumentato del 582%.

Gli stranieri sono più frequentemente colpiti da provvedimento restrittivo (87%) rispetto agli italiani (65%).

Il numero di soggetti minorenni oggetto di informativa giudiziaria (1.296, di cui 700 appartenenti all'area geografica dell'Italia settentrionale - soprattutto Piemonte- e 244 all'Italia centrale - prevalentemente Toscana - aumenta del 4,7%; tale valore, riferito agli stranieri, si incrementa di oltre il 60%.

Dal 1987 al 1998 si è più che raddoppiata (oltre il 110%) l'incidenza dei minori sul totale.

Procedimenti penali per reati connessi alla disciplina delle sostanze stupefacenti e psicotrope (al 30 giugno 1998)

Al 30 giugno 1998 (non è possibile prendere in considerazione anche i dati riferiti al secondo semestre in quanto le informazioni finora pervenute non superano il 10%) risultano pendenti presso le Autorità giudiziarie dei vari distretti 50.046 procedimenti penali connessi alla disciplina delle sostanze stupefacenti e psicotrope, di cui 47.697 per produzione e traffico di stupefacenti in forma individuale (art. 73 del DPR n. 309 del 1990), 2.154 per produzione e traffico di stupefacenti in forma associata (art. 74), 123 per interruzione del programma terapeutico o per altre violazioni (artt. 75 e 76), 61 per agevolazione all'uso di sostanze stupefacenti (art. 79), 11 per istigazione, proselitismo ed induzione al reato di persona minore (art. 82).

L'Italia del Nord risulta la più interessata dal fenomeno, con 22.604 procedimenti pendenti (pari al 45,2% del totale), la maggior parte dei quali riguardano produzione e traffico di stupefacenti in forma individuale. Questi ultimi investono, in particolare, i distretti di Torino, Bologna, Milano, Genova, Venezia. Quelli che riguardano la forma associata (543) vedono Genova prima di Torino e Milano. I procedimenti per interruzione del programma terapeutico risultano pendenti in maggior numero nel distretto di Torino (59,4%), scarsamente interessanti o nulli nei restanti.

Rilevante è il numero di procedimenti pendenti nell'Italia centrale: 10.990 (pari al 22% del totale), di cui 10.327 per produzione e traffico in forma individuale. 4.533 si riferiscono al distretto di Corte d'Appello di Roma (non sono pervenuti i dati riferibili al Tribunale di Roma). Tale rilevanza appare del tutto compatibile con l'andamento generale dei procedimenti, che fa registrare picchi di massima concentrazione nelle aree metropolitane di grandi dimensioni e limitrofe; il confronto con i dati emergenti in corrispondenza di altri centri simili per densità demografica e realtà urbane consente un immediato riscontro (Torino, Bologna, Milano, Genova ed in misura minore Venezia e Brescia).

Nell'Italia meridionale, dove il numero dei procedimenti pendenti - 10.583, pari al 21,1% del totale - è di poco inferiore a quello dell'Italia centrale, la massima concentrazione è stata registrata nel distretto di Napoli. Di scarso rilievo, seppure in aumento, è la pendenza dei procedimenti nell'Italia insulare (5.869, pari all'11,7%), con i distretti di Catania, Palermo e Messina in evidenza.

PAGINA BIANCA

Parte Terza

Argomenti di approfondimento

PAGINA BIANCA

CAPITOLO 16

Alcool, tabacco, farmaci e sostanze illecite tra gli adolescenti ed i giovani

Attualmente non si può parlare di giovani in senso generale, occorre confrontarsi con un insieme composito di soggettività giovanili, prodotto di una vera e propria individualizzazione del percorso personale di crescita che i giovani vivono e che è conseguenza della ricerca di un cammino sempre più personale e soggettivo, nella transizione verso l'età adulta, solo parzialmente correlato all'età anagrafica.

Negli ultimi anni, in questa fascia di popolazione sono maturati e consolidati nuovi atteggiamenti soprattutto in termini di approccio alle sostanze stupefacenti e psicotrope, alcune mode sono diventate costume (pollassunzioni), alcune trasgressioni (uso di stimolanti per gestire il divertimento) hanno assunto i connotati della norma e, in alcuni casi, di una vera e propria esigenza.

In maniera sempre più marcata, nella popolazione di giovani che afferisce per la prima volta ai SerT si registra una flessione degli assuntori problematici di eroina (sempre più sniffata che iniettata).- dal '92 ad oggi si è registrata una riduzione del 5,6 %- ed è in aumento il numero di utenti che fa un uso problematico di cocaina e di cannabis.

Se il dibattito sugli effetti dell'uso di cannabis sul comportamento e sulla salute è ancora aperto, è un dato di fatto che negli ultimi anni i servizi sul territorio registrino utenti con problemi legati a questo tipo di abuso.

La paura dell'AIDS può aver influenzato la scelta di assumere le sostanze per via inalatoria ed è probabilmente a ragione di questa tendenza che negli ultimi 2-3 anni nel mercato illecito sono state immesse formulazioni "fumabili" di diverse droghe, che hanno maggiore possibilità di penetrazione nel campo giovanile e in nuove aree di reclutamento. Nel caso dell'eroina si tratta di prodotti caratterizzati dalla presenza di più molecole psicoattive o più ricche di principio attivo; questa caratteristica fa temere che un'eventuale diminuzione del contenuto di principio attivo possa condizionare negli utilizzatori, per necessità e non per scelta, un ritorno pesante alla somministrazione per via endovenosa. Questa ipotesi sembra supportata dall'osservazione che anche la cocaina viene fumata, sniffata o iniettata a seconda delle caratteristiche sul mercato.

La via inalatoria viene da molti giovani considerata, a torto, completamente priva di rischi per ciò che attiene alla possibilità di contrarre malattie infettive o di sviluppare dipendenza. Questa errata percezione sta attualmente

agevolando l'introduzione dell'eroina quale strumento per automedicare, calmiere a piacimento la ipereccitabilità che in molti soggetti si accompagna all'abuso di psicostimolanti.

Qualora tale procedura dovesse diffondersi e trasformarsi in abitudine, i servizi potrebbero trovarsi ad affrontare nuove forme di dipendenza da eroina, dipendenze di seconda battuta e soprattutto crociate, dipendenze cioè molto più difficili da interrompere e nuove da trattare. A supporto di questa ipotesi, sono disponibili dati sulle abitudini assuntive dei giovani, rilevate in studi effettuati presso strutture pubbliche (SerT), nonché in ambito scolastico e ricreativo.

Utilizzando soprattutto una metodologia innovativa messa a punto a livello europeo per rilevare dati di contesto sulle richieste di trattamento, è stato possibile delineare e monitorare la tipologia dei "nuovi utenti" dei SerT, cioè dei soggetti che non hanno avuto precedenti contatti con i servizi e per i quali, attraverso l'uso del dato anamnestico dell'inizio dell'assunzione di sostanze, si è cercato di individuare i rispettivi comportamenti d'uso.

L'incremento delle richieste di primo trattamento fa pensare ad una maggiore diffusione o diversificazione del fenomeno oltre che ad un maggior ricorso ai servizi. In particolare, l'incremento della quota di nuovi utenti nella fascia di età da 15 a 19 anni, la maggiore presenza femminile e, soprattutto tra i maschi, un uso problematico di sostanze anche diverse dall'eroina (quali cannabis e cocaina) rappresentano segnali di cambiamento nel rapporto con le sostanze che è opportuno approfondire.

Si osserva inoltre il crescente uso di cocaina tra gli adolescenti ed i giovani studenti, osservazioni sostenute da numerosi studi condotti di recente nel nostro Paese in ambito scolastico e verificati anche nel campione di 26 mila giovani alla prima visita di leva preso in esame dallo studio TO.DI.3 condotto dall'Istituto Superiore di Sanità.

Dai risultati delle rilevazioni e degli studi emerge che la "nuova" utenza dei SerT sarà sempre più differenziata dalla rimanente popolazione che affrisce ai Servizi.

L'abbassamento dell'età media in relazione all'uso delle sostanze si rileva anche dalle informative di polizia giudiziaria nell'ambito delle quali si rileva un maggiore coinvolgimento di soggetti femminili in episodi legati ad ecstasy e cocaina rispetto a cannabis ed eroina.

Dai dati disponibili è quindi ragionevole ipotizzare una concreta diffusione della cocaina nella popolazione giovanile ed una maggiore popolarità delle sostanze "ricreative" rispetto agli oppiacei, per i quali la situazione sembra essere stabilizzata se non in declino.

Sembra inoltre rafforzata la consuetudine di utilizzare sostanze in combinazione tra loro. Ciò comporta diversi ordini di problemi, tra cui la difficoltà di scomposizione - valutazione dei singoli fattori di rischio e l'accresciuta difficoltà di un ritorno del soggetto ad uno stato di non abuso e non dipendenza.

E, infine, maturata la convinzione che nelle nuove generazioni sia profondamente cambiato il rapporto con le sostanze chimiche, alle quali viene volontariamente affidata la gestione delle emozioni, delle relazioni e della *performance*. Le stesse motivazioni sottendono spesso il consumo di bevande alcoliche utilizzate dai giovani come preparazione, sostegno, succedaneo di nuove o meno nuove sostanze stupefacenti e di comportamenti a rischio.

Negli ultimi anni e sulla base di diversi studi effettuati anche dall'Istituto superiore di sanità, è stato osservato che i comportamenti a rischio appaiono difficilmente isolati: ad esempio, chi fuma fa spesso anche uso di alcol, chi beve è più portato all'uso di sostanze e raramente usa dispositivi di sicurezza.

Al di fuori dell'ambito scolastico e della popolazione afferente ai servizi territoriali, indicazioni utili circa l'uso di sostanze psicotrope tra giovani e giovani adulti provengono dalle rilevazioni effettuate in ambito militare, dai quali si rileva una riduzione delle modalità di consumo patologiche a fronte di un incremento del consumo occasionale e della quota di tossicofili. Si conferma anche una flessione dell'uso dell'eroina, un incremento dell'uso di cocaina, ecstasy e alcol. In flessione l'uso di cannabinici. I consumatori occasionali presentano rispetto agli altri assuntori maggiore scolarizzazione e minore frequenza di condanne penali, uso di sostanze quasi esclusivamente limitato a marijuana e hashish.

Altri dati importanti su una frangia di giovani, poco rilevante dal punto di vista numerico ma difficilmente raggiungibile, sono resi disponibili dal Ministero di Grazia e Giustizia, Ufficio Centrale Giustizia Minorile.

Attraverso questa fonte sono evidenziate informazioni circa il rapporto fra devianza giovanile e sostanze psicotrope, fra tipologie di sostanze assunte e livello di dipendenza, oltre che indicazioni sulla distribuzione territoriale degli assuntori di droga, tipologie di reati, accertamenti compiuti, interventi effettuati.

Il consumo frequente di droghe si accompagna spesso a disturbi dell'umore. Questo si verifica non solo nell'abuso cronico di oppiacei, ma anche di cannabis, di cocaina e negli assuntori di amfetaminici.

E' stato osservato che il trattamento dei disturbi dell'umore ha di riflesso un effetto positivo sul trattamento per l'abuso di droga ed apre nuove possibilità per supportare trattamenti di disassuefazione attualmente disponibili.

Questo è promettente anche nel caso di adolescenti con dipendenza da droga e da alcol che presentano disturbi bipolari: in tali casi, trattare i disturbi dell'umore si è dimostrato efficace per il trattamento della dipendenza da sostanza secondaria e per le relazioni del soggetto con la famiglia, la scuola e la società.

L'ambito della devianza giovanile e quello dell'abuso di droghe hanno assunto connotati parzialmente sovrapponibili nell'ambito del disagio giovanile. Questa osservazione acuisce i timori dei nuovi danni fisici e psichici che le recenti abitudini assuntive comportano; tra queste il fumo di sigaretta che, seppure in leggera flessione, conserva il suo posto. Tra 13 e 24 anni fuma circa ¼ dei

ragazzi ed il 13% delle ragazze. Il picco è tra 25 e 34 anni; in questa fascia di età, quasi il 36% dei giovani adulti fuma.

I dati ISTAT relativi al 1996 indicano per i soggetti di età superiore a 13 anni una prevalenza di fumatori pari al 34,9% per i maschi e al 17,6% per le femmine, con un numero medio di sigarette giornalmente consumate rispettivamente pari a 15 e 12.

Negli ultimi 15 anni l'uso di tabacco ha manifestato una crescente tendenza alla diminuzione, essenzialmente tra i maschi. Nel 1997, i fumatori italiani erano quasi 12,5 milioni, pari al 26% (32% uomini, 20% donne) della popolazione adulta, con una flessione per gli uomini del 2% rispetto all'anno precedente. La riduzione del numero di fumatori non sembra aver riguardato le femmine e gli studenti con età superiore a 18 anni, tra i quali si segnala un incremento dell'1,5% per la quota di coloro che fumano meno di 10 sigarette al giorno. Il 36% dei fumatori, secondo l'ISPO, consuma meno di 10 sigarette al giorno; a superare il pacchetto risulta essere il 13% dei fumatori (4% in meno rispetto al 1996).

La tendenza alla diminuzione del fumo di sigaretta va sostenuta e incoraggiata con misure specifiche per ridurre non solo i 90.000 morti ogni anno, attribuibili nel nostro Paese al fumo di tabacco, ma anche le patologie associate.

Il primo posto fra le cattive abitudini più diffuse tra i giovani spetta di diritto all'alcol, che compare sempre più frequentemente anche nel poliabuso e nella dipendenza.

A causa di queste abitudini, l'alcolismo giovanile presenta caratteristiche tali e peculiari da indurre a riferirsi sempre meno all'"alcolismo" e sempre più agli "alcolismi". Ciascuno di esse possiede caratteristiche proprie, motivazioni diverse, contesti differenziati, nei quali si sviluppa e si alimenta, attese diverse che vengono riposte nella sostanza. E' possibile fare riferimento all'alcolismo dell'anziano indigente e solo, all'alcolismo della donna in carriera o casalinga, all'alcolismo del detenuto, all'alcolismo del poliassuntore, all'alcolismo del nomade, all'alcolismo giovanile non di rado legato all'abuso di birra, alle modalità di ritrovo, al *barbonismo* giovanile.

L'alcol compare nelle problematiche dei giovani che riguardano non solo la sfera sanitaria ma anche quella scolastica, familiare, relazionale, limitando le capacità di apprendimento e di adattamento. Questa sostanza psicotropa rappresenta un fattore di rischio capace di aggregare e cementare altri fattori di rischio, come emerge da una indagine effettuata in ambito scolastico con un modello "multirischio". Questa osservazione rafforza la convinzione che la prevenzione debba pensare un tipo di approccio non più rivolto alle singole sostanze, ma mirato a modificare i comportamenti. E proprio in quest'ottica si muovono le principali iniziative a livello nazionale ed internazionale.

I dati ISTAT relativi al 1995 riportano che il 12,2% dei maschi e l'1,8% delle femmine bevono più di ½ litro di vino al giorno e che consumano alcolici fuori pasto il 35,3% e il 10,1% di maschi e femmine. Lo studio TO.DI.3 su circa 30.000 giovani (17-25 anni) registra una quota del 58% di soggetti che

consumano sistematicamente alcol e nel 1996 un'indagine nazionale condotta dal Censis evidenziava 50.000 nuovi bevitori problematici ogni anno.

La rilevanza dei problemi derivanti dall'abuso alcolico ha giustificato l'inserimento di questo tema tra gli obiettivi specifici di salute del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000.

Il Piano Sanitario Nazionale

Nel luglio 1998 è stato varato dal Governo il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000. Il Piano, un innovativo "Patto per la Salute", non si limita a fissare gli obiettivi da raggiungere, ma per ciascuno di essi indica strategie fondamentali al raggiungimento ponendo, soprattutto per gli obiettivi I e IV, una attenzione particolare sui giovani. Il Piano si propone ad es. di ridurre le morti e le malattie correlate al fumo di sigaretta, abbassando il numero dei fumatori, soprattutto giovani (a non più del 7% degli uomini e del 3% delle donne), attraverso strumenti quali campagne educative, limitazione di vendita di tabacco ai minori di 16 anni, riduzione di sostanze tossiche nelle sigarette, rispetto dei limiti della pubblicità, del divieto di fumo nei locali pubblici ed altro ancora. Nel caso dell'alcol, l'obiettivo di ridurre i decessi, le patologie e gli incidenti alcol-correlati, va raggiunto attraverso la riduzione del 20% dei forti bevitori ed una riduzione del 30% per gli alcolici consumati fuori pasto, utilizzando strumenti quali campagne mirate di informazione ed educazione, regolamentazione della pubblicità, iniziative specifiche per limitare il consumo soprattutto tra i minori. Per ciò che attiene al consumo ed abuso di sostanze, nell'ambito dell'obiettivo IV (rafforzare la tutela dei soggetti deboli) ci si prefigge essenzialmente una riduzione di mortalità e morbosità legate alla dipendenza o all'abuso, un incremento della percentuale di consumatori in contatto con il sistema di assistenza e reclutamento precoce degli assuntori problematici, con particolare riferimento ai giovani ed alle nuove droghe. Essenziale viene ritenuto il miglioramento dei livelli di conoscenza del fenomeno e una maggiore integrazione tra strutture pubbliche e private *non profit*, del sociale e del sanitario, attivazione e standardizzazione di flussi informativi adeguati a rilevare tipi di consumo diversi, in particolar modo delle nuove forme di consumo. Tra tutte le strategie individuate dal Piano Sanitario Nazionale per il raggiungimento degli obiettivi prefissati, viene ripetutamente sottolineata la necessità di un'opera attenta di educazione alla salute che responsabilizzi gli individui sino a produrre modificazione dei comportamenti; tale risultato è particolarmente auspicabile tra i giovani e gli adolescenti sui quali oggi più che mai viene posta un'attenzione particolare.

Metodi e ricerche innovative

Lo studio pilota condotto dall'Istituto Superiore di Sanità e dal Ministero della Sanità in collaborazione con 19 SerT in 13 regioni italiane nel triennio '94-'96 è, ad oggi, l'unica fonte di informazioni qualitative che consentono di interpretare e comprendere meglio i dati quantitativi sulla droga forniti dal sistema nazionale di rilevamento, di identificare le tipologie degli assuntori realmente nuovi ai servizi e di fornire indicazioni utili alla comprensione di cambiamenti assuntivi. Scarsi sono i dati disponibili riguardo alla percentuale di popolazione giovanile che fa uso di alcool, cannabis e derivati anfetaminici in Italia; tuttavia, lo studio ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs, 1995) segnala che il consumo di alcool è piuttosto elevato fra gli studenti italiani. Il consumo mensile di alcool fra gli studenti delle scuole superiori, in prevalenza di vino, interessa il 52% dei soggetti; in particolare, il 24% degli studenti in Italia ha bevuto vino tre volte nell'ultimo mese, mentre in una valutazione dell'uso di tutti i tipi di bevande alcoliche (non limitata al solo vino) nell'ultimo mese tale prevalenza si estende al 73% dei ragazzi e al 55% delle ragazze.

La percentuale di soggetti che riferiva di aver provato la cannabis almeno una volta in Italia nel 1995 era del 19%, mentre, secondo la stessa indagine (studio ESPAD), tutte le altre sostanze illecite rispetto alla cannabis sono state usate almeno una volta dall'8% degli studenti italiani.

In due inchieste condotte nel Nord Italia, studenti delle scuole superiori affermano di aver provato l'ecstasy nel 7,0% e 8,7% del campione (Ariano, 1995; Schifano, in stampa).

Aveva invece utilizzato cocaina il 6% del campione di studenti (16-19 anni) esaminato dall'ISS in uno studio condotto a Roma nel 1998 con una metodologia "multirischio". Quando si considerava il sottogruppo di ragazzi che avevano sperimentato sostanze (cannabis 99,4%, ecstasy 21,7%, LSD 16,9%, altro 5,2%), la percentuale di chi aveva utilizzato cocaina saliva al 29,8% (2% a 14 anni o meno) suggerendo che tra questi ultimi un ragazzo su tre ne aveva almeno sperimentato l'uso. Lo strumento di lavoro messo a punto dall'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con il Centro di Riferimento Alcolologico della Regione Lazio, il Dipartimento di Salute mentale dell'Università La Sapienza e la ASL RMB, ha permesso di comprendere alcune associazioni e la forza delle loro interazioni. Diversi comportamenti a rischio (tra cui l'uso di alcol, di tabacco e di sostanze stupefacenti, comportamenti sessuali a rischio, comportamenti alimentari, comportamenti relativi alla sicurezza stradale) sono stati inquadrati nel contesto sociale e relazionale del soggetto (ad es. tenore di vita, percezione dei problemi, opinione di se stessi, rapporti affettivi, rapporti con la famiglia, i coetanei, la scuola). La "metodologia multirischi" è stata sperimentata in 16 scuole superiori, su 2.800 ragazzi tra 14 e 19 anni, in un'area territoriale che comprende il 25% della popolazione romana. Fumo: il 30,9% dei ragazzi dichiarava di fumare, le proporzioni simili nei due sessi passavano dal 13% nei quattordicenni a circa il 50% nei diciannovenni. Il numero di sigarette fumate era elevato, 15 e 10 sigarette al giorno per maschi e femmine rispettivamente. Alcol: il 71,2% dichiarava di far uso di bevande alcoliche (77% maschi, 65% femmine) e la proporzione cresce con l'età, dal 55% a 14 anni sino al 75% a 19 anni. Nelle ragazze le quantità consumate rimangono costanti con l'età (circa 60 grammi di alcol/settimana), mentre i ragazzi passano da 60 grammi/settimana a 14 anni a 240 grammi a 19 anni. Sostanze: il 23,6% dichiarava di aver utilizzato sostanze in proporzione crescente con l'età, da circa il 5% a 14 anni sino a circa il 40% a 19 anni (44% maschi, 34% femmine): la quasi totalità di coloro che hanno usato sostanze ha utilizzato cannabinici, l'uso di ecstasy era riferito dal 21,7% di questi ragazzi e dal 29,8% la cocaina; LSD era stato utilizzato nel 16,9% dei casi.

Uso di bevande alcoliche, fumo di tabacco e utilizzo di sostanze stupefacenti appaiono fortemente correlati, per esempio nei maschi la proporzione dei soggetti con tutti e tre i comportamenti a rischio sale dal 6,6% nei quattordicenni al 32,5% a 19 anni. Fumo e sostanze risultano quasi sempre associati all'uso di alcol, che invece si rivela un fattore importante anche da solo (mediamente attorno al 40%). A dimostrazione di ciò, considerando il totale dei soggetti esaminati, tra chi beve, il 38,7% dichiara di fumare e il 31,4% di aver assunto sostanze; queste percentuali si riducono all'11,6% e al 4,5% rispettivamente tra coloro che non bevono alcolici. Tra chi fuma, la quota di chi ha assunto sostanze è pari al 58,5% contro l'8,2% riscontrato tra i non fumatori. Nei fumatori l'alcol è presente nell'89,2% dei casi, riducendosi al 63,3%, nei non fumatori. Tra coloro che hanno usato sostanze, il 94,5% usava alcol ed il 76% fumava, tra coloro che non hanno mai utilizzato sostanze, l'uso di alcol scende al 64% e di tabacco al 18,8%.

Uno studio attuato a Parma nel 1998 su 843 studenti delle scuole superiori (14/19 anni) mostrava che nella grande maggioranza i partecipanti avevano familiarità con l'uso di alcool (76,5%). Nello stesso campione il 38,4% aveva

abusato di alcolici. Un totale del 51,6% dei partecipanti ammetteva di essersi ubriacato almeno una volta nella vita. I dati relativi all'uso di cannabis mostrano che il 27,2% partecipanti hanno fumato cannabis almeno una volta nella vita. Già tra gli studenti più giovani (14-16 anni) emerge una percentuale del 21,2% dei soggetti che ammette di aver fumato cannabis. Il 5,6% del campione dichiara di aver fatto uso di ecstasy: anche in questo caso è interessante notare che, tra gli studenti di età compresa fra 14 e 16 anni, il 3,6% riporta di aver già sperimentato l'ecstasy.

In questa verifica attuata nel nord del nostro paese appare chiaro come l'impiego di ecstasy si presenta, con rarissime eccezioni, solo in quei giovani che già usavano la cannabis e che il fumo di marijuana, a sua volta, interessava i giovani che abusano di alcool.

Rispetto allo stato sociale lo studio rivelava che i soggetti che fanno uso di ecstasy appartenevano, nella maggior parte dei casi, ad un ceto sociale più elevato.

I dati inerenti il comportamento degli studenti che utilizzavano le sostanze illegali sottolineano l'associazione tra impiego di droghe e ridotti risultati scolastici, livelli di trasgressione significativamente più elevati, minore senso di appartenenza alla famiglia, alle istituzioni e ad associazioni/movimenti di volontariato; il comportamento "*novelty seeking*" è più marcato in questi giovani e più povere le loro strategie di adattamento sociale.

Rispetto al fumo di tabacco lo studio ESPAD del 1995 riportava il 50% degli studenti delle scuole superiori come fumatori, mentre verifiche del 1998 presentano una percentuale di fumatori del 40%, con una prevalenza assunta dalle femmine (45,3%) rispetto ai maschi (35,3%).

Anche una certa familiarità con i tranquillanti, e in particolare con le benzodiazepine, si è diffusa tra gli adolescenti: queste sostanze prescrivibili vengono usate in modo inappropriato, in dosaggi da abuso, in associazione all'alcool e possono assumere il ruolo di "*gate-way drugs*", cioè di sostanze che funzionano da porta di ingresso nel mondo degli adolescenti. Paradossalmente l'incontro con queste sostanze legali viene favorito e suggerito, in diversi casi, dai genitori che introducono gli adolescenti all'impiego degli ansiolitici per motivi banali e spesso ingiustificati.

Anche se tra gli adolescenti le *gateway drugs* rivestono il ruolo principale per ragioni di consistenza numerica e per quanto concerne le strategie del primo approccio, nondimeno, recenti valutazioni con metodologie di *self-report* su studenti delle scuole superiori nel nord del paese rivelano che oltre il 5% dei partecipanti allo studio avevano sperimentato la cocaina e oltre il 3% dichiaravano di aver incontrato e utilizzato la eroina. Anche in questo caso, seppure la confrontabilità di studi locali con quelli nazionali abbia una legittimità scientifica estremamente parziale, il trend dell'uso delle sostanze rispetto allo studio ESPAD si confermerebbe in aumento.

Occorre precisare che diversi studi hanno sottolineato come nei soggetti che hanno lasciato la scuola si possano riscontrare percentuali di abuso di alcool e di sostanze illegali significativamente superiori a quelle rilevate nei giovani

ancora presenti in ambito scolastico: la realtà della dispersione scolastica, con la evidente maggior difficoltà a raggiungere i giovani lavoratori e i disoccupati, è di per sé difficilmente esplorabile e pochissimi dati sono disponibili al riguardo.

Uso di alcol, tabacco, farmaci e sostanze stupefacenti nei giovani...rischio/protezione /vulnerabilità

Alcune sostanze ben definibili da un punto di vista biochimico hanno la comune caratteristica di agire su alcuni circuiti cerebrali che favoriscono l'insorgenza della tendenza a ripetere l'assunzione fino ad una vera e propria dipendenza.

Queste sostanze, a prescindere dai loro effetti sulla psiche, costituiscono un rischio non indifferente per tutta la popolazione, ed in particolare per i giovani, vuoi perché più portati alla curiosità e alla sperimentazione, vuoi anche per una loro sostanziale tendenza ad adottare comportamenti per loro significativi, tendenza che scema con l'età e con la maturazione della persona .

In una situazione come l'attuale, dove si vanno rarefacendo occasioni e possibilità educative della famiglia e di gruppi intergenerazionali, il gruppo dei pari va assumendo profonde funzioni compensatorie di questa più accentuata solitudine; la diminuzione di sapere condiviso con gli adulti accentua una tendenza a privilegiare gli scambi di informazioni con coetanei, che assumono ruoli di indirizzo di scelte sui più giovani.

La grande importanza che la ricerca del *loisir* sta assumendo nelle nuove generazioni (e non solo), fa sì che si privilegino gli scambi e le informazioni finalizzate al raggiungimento del piacere, seguendo canali che danno garanzia di attendibilità ed esperienza.

Il desiderio del piacere o più semplicemente dello stare bene, della soddisfazione in generale di sé e dei propri bisogni si va connotando e strutturando nel tempo, con l'evoluzione e la maturità.

Nell'infanzia e nell'adolescenza molto spesso questi bisogni sono molto intensi, ma anche indeterminati e la ricerca della loro soddisfazione procede per tentativi ed errori, pronti a cercare ed a provare tutto pur di sperimentare quello che si crede necessario provare, o quello che si pensa sia giusto raggiungere.

L'insieme di queste necessità psicologiche costella e condiziona comportamenti ed impone precise e decise scelte di ambito preventivo, nel tentativo di impedire che ricerche spesso caotiche e confuse diventino determinanti uniche di future scelte comportamentali.

Da queste considerazioni generali derivano i principali indicatori di rischio e devono derivare anche le indicazioni di iniziative preventive nel tentativo di permettere e favorire evoluzioni psicologiche rispettose sia delle esigenze individuali che delle caratteristiche del contesto sociale nel quale ci troviamo a vivere. In questa linea sembra di dover privilegiare interventi che abbiano queste finalità:

- aumento delle conoscenze di sé, delle caratteristiche psicologiche e fisiche della propria età, in modo da facilitare l'accettazione di parti di sé non sempre

gradite, di sdrammatizzare situazioni che possono essere vissute come esperienze assolute, senza speranza di un loro possibile cambiamento o superamento, come è facile avvenga quando l'esperienza insufficiente non rassicura da questo punto di vista.

- aumento delle occasioni di socializzazione e di relazioni intergenerazionali, utilizzando soprattutto i tempi pomeridiani della scuola, dove il confronto fra pari e con adulti possa favorire lo sviluppo di capacità relazionali necessarie e molto ricercate (se mai si può utilizzare gli effetti di sostanze ricercate come simboli di necessità psicologiche).

- aumento delle conoscenze delle caratteristiche delle sostanze capaci di indurre dipendenza ed abuso, a prescindere dalla liceità, in modo da favorire scelte il più possibile autonome e consapevoli.

L'impressione che sino ad ora si è avuta, è che quanto più aumentano le capacità relazionali e la capacità di approccio plurimo e complesso, tanto più aumenti la capacità di difesa del singolo.

CAPITOLO 17

Monitoraggio dei soggetti in trattamento e valutazione dei risultati

La pratica della valutazione dei trattamenti è in forte espansione nel nostro Paese.

Questa tendenza coincide con un aumento del livello professionale di molti programmi di trattamento, sia di quelli diretti verso l'astinenza che diretti verso la riduzione del danno.

La valutazione può avere obiettivi differenti, ma tutti coincidono nel porre le basi per migliorare i risultati dei trattamenti e per raffrontarne l'efficacia verso differenti categorie di soggetti.

Alcune regioni (Veneto, Lombardia, Emilia Romagna) hanno messo a punto sistemi avanzati di monitoraggio e di valutazione, altre regioni sono più in ritardo nell'impostazione di studi di valutazione.

Come esempi di studi nazionali relativi alla valutazione, è significativo citare il Il progetto del Ministero della sanità sui servizi pubblici, che si articola in due sottoprogetti:

- Valutazione della qualità dei SerT;
- Valutazione della mortalità dei tossicodipendenti in trattamento presso i Servizi

di cui si riferisce al Capitolo 6 ed il Progetto COST A6 Italia, finanziato dal Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica (MURST) con i Fondi per la Lotta alla Droga 1994, realizzato da IEFCoS e di cui nel 1998 si è sviluppata la parte più consistente.

Il progetto è da considerare come la maggiore ricaduta in Italia dell'omonima Azione Cost A6, che ha come titolo generale: "La valutazione delle azioni contro la droga".

Il progetto italiano si articola in tre aree:

- progetto operativo 1, dedicato alla valutazione dei programmi di prevenzione. E' approfondita la tematica della prevenzione, e' raccolto il materiale e le esperienze disponibili sul territorio nazionale, sono predisposte Linee Guida per la valutazione della prevenzione a partire da quelle prodotte e rese disponibili dall'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze;
- progetto operativo 2, dedicato alla valutazione dei trattamenti. Il progetto ha sviluppato, a partire dai documenti disponibili del *Working Group* n° 3 del Cost A6., un quadro aggiornato delle valutazioni dei trattamenti esistenti in Italia riportandolo in un documento contenente le Linee Guida;
- progetto operativo 3, dedicato agli strumenti della valutazione. Il progetto ha lavorato sulla validazione dell'EuopASI, utilizzando una procedura messa a punto all'interno dell'azione Cost A6 ed alla individuazione, traduzione e

testaggio di uno strumento per la descrizione dei trattamenti e dei servizi denominato, in sigla, MAPS.

Le azioni di supporto ed integrazione dell'azione europea si sono sviluppate in una serie di incontri programmati dei diversi gruppi di lavoro di Cost A6 tenuti in Italia, che hanno avuto dal progetto italiano un appoggio logistico ed organizzativo. Il progetto italiano, inoltre, si è fatto carico della pubblicazione di un volume contenente rapporti nazionali e contributi vari sul tema della valutazione dei trattamenti degli abusi di droghe. All'interno del progetto è stato attivato un sito Web specifico nel sono disponibili le informazioni sull'andamento delle attività.

In corso di attività, il progetto Cost A6 Italia si è arricchito di due ulteriori compiti:

- la validazione per l'Italia dello strumento denominato: *workbooks* per la valutazione, messo a punto e curato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità;
- la distribuzione delle Linee Guida per la valutazione delle azioni preventive su incarico dell'OEDT.

Le conclusioni delle attività del progetto sono previste entro la fine del 1999.

CAPITOLO 18

Decessi droga-correlati

I decessi droga-correlati rappresentano l'evento di maggior gravità nell'assunzione problematica di droga e costituiscono il rischio sanitario e sociale più evidente tra gli assuntori per via iniettiva, ancora numerosi nella popolazione che afferrisce ai SERT.

Tra i 137.657 utenti dei servizi pubblici nel 1998, il 77,4% degli eroinomani (che rappresentano l'85,6 dell'utenza) usa la droga primaria per via iniettiva, il 38,1% dei morfinomani (0,1% dell'utenza) e il 23,6% dei cocainomani (3,2% degli utenti).

I decessi droga-correlati non riguardano esclusivamente i tossicodipendenti, tra i quali in ogni caso la mortalità rimane da 30 a 40 volte superiore che tra i non assuntori, ma si verificano anche tra gli assuntori abituali ed occasionali: incidenti di assunzione (es. un embolo a seguito di somministrazione endovenosa) o effetti incontrollabili scatenati dall'assunzione combinata di più sostanze possono infatti risultare letali a prescindere dalla condizione di dipendenza.

Un decesso droga-correlato può essere l'esito di una "overdose infausta" provocata dall'improvviso incremento di principio attivo nelle dosi di strada per errore di diluizione da parte dello spacciatore o, intenzionalmente, per finalità omicide o strategiche per il dominio di un mercato. Tra i tossicodipendenti, un decesso droga-correlato per overdose può verificarsi tanto per dosi più pure del consueto che eccedono la tolleranza sviluppata dal soggetto, quanto per livelli abituali di principio attivo, ma che comunque risultano eccessivi a seguito della riduzione o perdita di tolleranza che segue i lunghi periodi di disassuefazione e di astinenza.

Un decesso droga-correlato infine può essere l'effetto di una tossicità indotta da diluenti e adulteranti presenti nelle miscele di strada, come anche la risultante di effetti sinergici di più sostanze presenti nella stessa miscela o associate nell'uso. A tale riguardo, un esplicito riferimento è necessario circa l'associazione alcol-eroina, alcol-metadone, alcol-cocaina, alcol-amfetaminici. Certamente, in tutto questo, non si deve trascurare lo stato contingente del soggetto o l'effetto residuo di sostanze precedentemente assunte (es. benzodiazepine il cui effetto residua in circolo per ore e ore).

Non necessariamente ogni "overdose" dà esito letale. La diffusione del *Narcan* presso i centri di Pronto Soccorso, sulle ambulanze e nel gruppo stesso degli assuntori di oppiacei come frutto delle strategie di riduzione del danno, sempre più spesso traduce in "fausto" l'esito di una overdose.

Il monitoraggio delle overdose "fauste" rappresenta uno strumento ad alto contenuto informativo anche dal punto di vista delle recidive. In Italia questa informazione è completamente assente ad eccezione di aree molto limitate dove il monitoraggio è stato effettuato per ragioni di studio o di partecipazione a progetti europei che prevedevano l'uso di tale indicatore.

In merito alle recidive non si può fare a meno di considerare la più elevata probabilità che esse si verifichino immediatamente dopo l'uscita del soggetto dal luogo più o meno confinato e protetto (servizi di trattamento, comunità, carcere) in cui si è limitato o astenuto dall'uso. Nella gran parte dei casi il soggetto, riabilitato fisicamente, fuori dalle strutture non ha alcun sostegno soprattutto psicologico. Di conseguenza, rientrando nel contesto di provenienza, è a tutti gli effetti sottoposto a sollecitazioni e rischi di ricaduta. E' opportuno a tale riguardo considerare che il territorio possiede diverse risorse e possibili risposte alcune delle quali ad ora sottoutilizzate.

Tra queste, i gruppi di auto-aiuto (come Alcolisti Anonimi (AA) e Narcotici Anonimi (NA)) che lavorano con tradizione e risultati nell'area del recupero; questi gruppi hanno grandi possibilità di supportare il soggetto, a titolo completamente gratuito, nella zona grigia che attualmente è fuori da ogni contesto istituzionale e del privato sociale. Cognizione di causa, affinità esperienziali, solidarietà e metodo rappresentano gli strumenti con cui questi gruppi accompagnano nel recupero e rafforzano la volontà del soggetto in uno spazio che sino ad oggi non è competenza di nessuno. Indirizzare in tal senso il soggetto all'uscita da un percorso di recupero da Sert, Comunità, Carcere, contribuirebbe a potenziare l'efficacia degli interventi istituzionali lavorando a costo zero sulla prevenzione delle ricadute e sul sostegno sociale e familiare al soggetto. Monitoraggio delle overdose, inserimento sociale, recidive con la giustizia potrebbero rappresentare adeguati strumenti per valutare l'impatto di un simile intervento. Tutto ciò si potrebbe tradurre in un conseguente risparmio per lo Stato, aggiungere nuove valenze positive alle strategie di riduzione del danno nonché arricchire di un altro anello la rete dei servizi e della solidarietà che travalica preconetti e ideologie.

"Overdose, o intossicazione acuta" è la definizione a cui rispondono i DRD registrati nel nostro paese. Vengono di conseguenza registrati come "decessi droga-correlati" esclusivamente le morti direttamente collegate alla droga. Non vengono rilevate come tali i decessi indirettamente correlati al consumo di droghe come ad es. AIDS, incidenti stradali, suicidi, omicidi, incidenti sul lavoro ed altro.

I criteri con cui i diversi Paesi europei raccolgono e registrano questa informazione sono differenti e ciò comporta una reale difficoltà nella comparazione delle statistiche ufficiali a livello europeo. Un grosso sforzo, ancora in atto, è stato compiuto dall'Osservatorio Europeo sulle droghe e le tossicodipendenze di Lisbona nell'ambito del progetto REITOX nel 1998 per migliorare la comparabilità dei dati. In collaborazione con diversi paesi europei l'Osservatorio di Lisbona ha sviluppato procedure standardizzate di registrazione dei dati. L'Italia ha partecipato attivamente al gruppo di lavoro di cui facevano parte rappresentanti dell'Eurostat e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e contribuendo alla stesura del rapporto finale del progetto.

I decessi droga-correlati nel nostro Paese sono registrati attraverso due sistemi ufficiali e nazionali totalmente indipendenti: il "Registro Nazionale di Mortalità" curato dall'ISTAT ed il "Registro Speciale di Mortalità" curato dal Ministero dell'Interno-Direzione centrale dei Servizi Antidroga. Le procedure utilizzate, i riscontri operati, gli aggiornamenti effettuati ed i tempi necessari all'allestimento sono profondamente diversi, ma le informazioni, qualora uno sforzo di raccordo venisse compiuto, si potrebbero arricchire e completare da entrambe le parti tenendo conto delle finalità che sono, e debbono rimanere diverse.

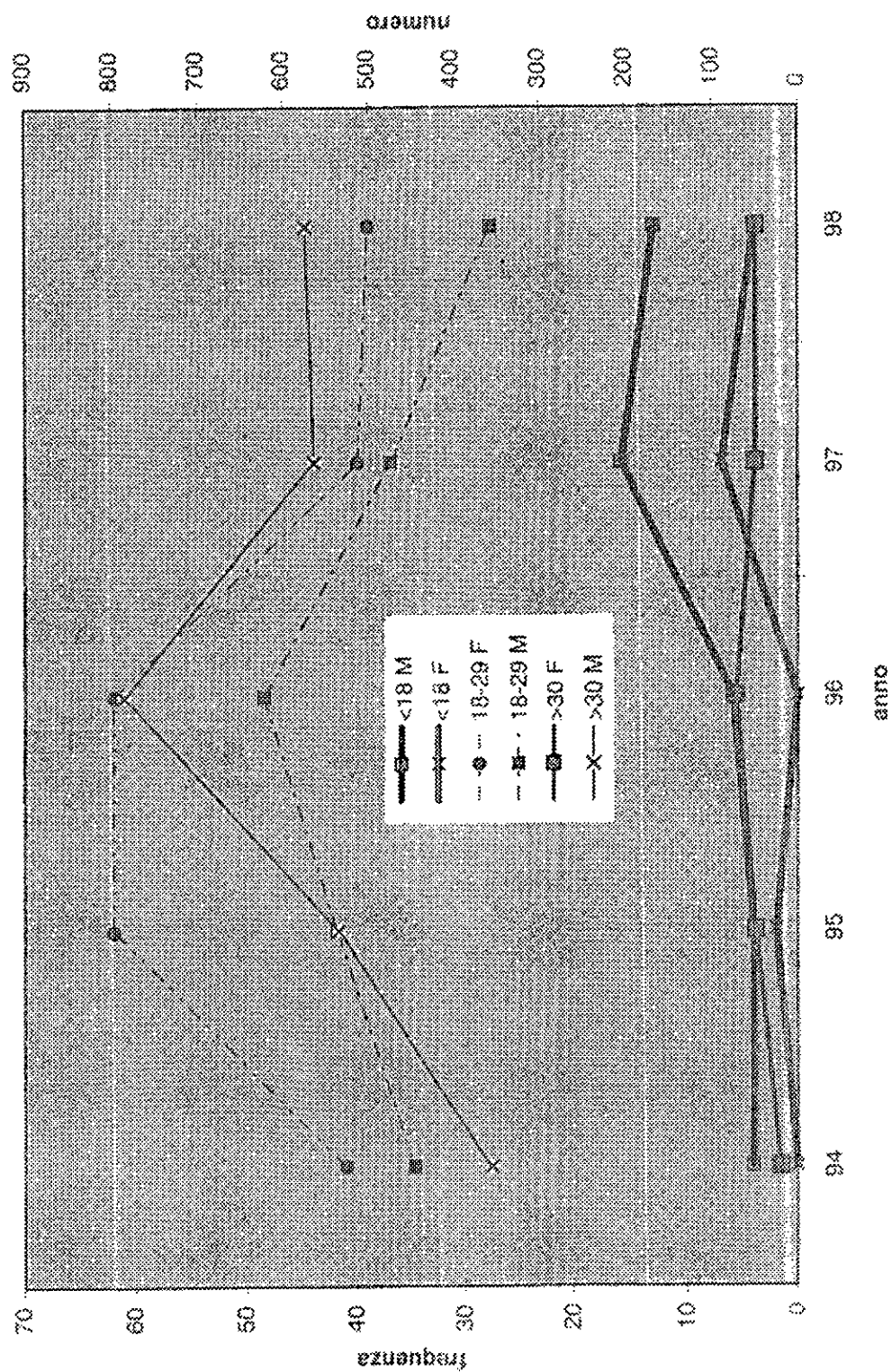
Nel nostro, come in quasi tutti i paesi della UE, la maggior parte dei DRD è ancora correlata agli oppiacei anche se, sempre più frequentemente, gli accertamenti tossicologici rilevano la presenza anche non eccessiva di alcol, benzodiazepine, cocaina. Ciò suggerisce come queste sostanze siano potenziali fattori di "rischio aggiuntivo" nei casi di intossicazione da oppiacei. I decessi registrati come cocaina- amfetamine- o ecstasy-correlati sono limitati e probabilmente sottostimati per via delle procedure di rilevamento utilizzate.

Il grafico che segue, predisposto elaborando i dati prodotti dal Ministero dell'Interno, presenta le principali caratteristiche del fenomeno osservate nel corso degli ultimi anni.

Dopo il picco osservato nel 1996, si osserva una tendenza al decremento del numero totale dei decessi, tendenza che in ogni caso va osservata con la debita cautela per le ragioni considerate precedentemente. Con ragionevole certezza si può affermare che il trend dei decessi droga-correlati a carico degli assuntori più anziani è in sistematica ascesa e gli ultratrentenni costituiscono più della metà di tutti i decessi per droga. Questa osservazione si accompagna al progressivo invecchiamento della utenza dei SERT rilevato dai dati nazionali. Per quanto riguarda invece i decessi droga-correlati tra i due sessi, i dati suggeriscono che le differenze principali risultano a carico della classe di età che comprende assuntori di 30 o più anni.

In conclusione, cambiamenti osservati nel trend dei decessi droga-correlati possono riflettere l'effetto di componenti diverse. Tra queste, la stabilizzazione della prevalenza d'uso problematico di droga, cambiamenti dei modelli assuntivi come ad es. il passaggio dalla via iniettiva ad altre modalità di assunzione, ad effetti di interventi preventivi o di riduzione dei rischi, o anche, più semplicemente, a cambiamenti nelle procedure di registrazione, di definizione o codifica.

Decessi droga-correlati per sesso e classi di età



Fonte: Ministero dell'Interno

CAPITOLO 19

Il costo della tossicodipendenza

La difficoltà di quantificare per l'Italia i costi della lotta alla droga ed alle tossicodipendenze è essenzialmente legata alla frammentarietà delle informazioni disponibili.

Questa circostanza rappresenta ancora oggi un ostacolo alla crescente esigenza di valutare l'ordine di grandezza delle entità delle spese che il nostro Paese sostiene in questo settore.

La spesa sostenuta dalle Amministrazioni pubbliche per la lotta alla droga è, in estrema sintesi, composta da voci che esplicitamente fanno riferimento ad obiettivi correlati alla droga, quindi facilmente conteggiabili, e da voci indirette che devono invece essere rilevate con procedure complesse e non codificabili.

Le Amministrazioni pubbliche programmano ed utilizzano i fondi assegnati per "filoni" di spesa, più che per obiettivi e questo comporta consistenti difficoltà nell'interpretare e calcolare la quota di competenza delle attività collegate alla droga.

In ambito internazionale, negli ultimi anni si stanno sviluppando e valutando procedure che consentono di stimare il rapporto "costo-esito", elemento di grande rilevanza dal momento che la scarsità delle risorse pubbliche provoca un problema di allocazione delle risorse.

Nel nostro Paese, alcune esperienze sono in corso, ad es. nelle regioni Emilia Romagna e Veneto, altre sono il risultato di ricerche specifiche, come quella condotta presso l'Istituto Superiore di Sanità con la Cattedra di Economia Sanitaria dell'Università di Tor Vergata e con il SerT di Vasto sulla valutazione economica dei servizi per la tossicodipendenza.

Anche l'UE, attraverso l'attività dell'OEDT, persegue questo obiettivo. Utilizzando l'esperienza francese (al momento la più completa e sistematica), è stato costruito un questionario che contiene gli elementi essenziali per rilevare e analizzare le voci di costo.

Questo questionario è stato diffuso nell'ambito del progetto REITOX ed ha consentito la raccolta di dati per otto Paesi.

Le voci principali previste dal modello sono:

- Costi del contrasto (Polizia, Dogane, Giustizia, Istituzioni di custodia),
- Servizi sanitari e sociali (Stato, Regioni, strutture specializzate per il trattamento e non specializzate, interventi esterni alle strutture),
- Prevenzione (Stato, Regioni, Enti locali),

- Ricerca (Stato, Regioni),
- Azioni a livello internazionale.

Ciascuna voce è articolata in specifiche sottovoci. Il risultato più interessante è che nei Paesi per i quali è stato possibile effettuare confronti, grazie a definizioni comparabili delle varie categorie, il *budget* per la lotta alla droga è valutato attorno all'1% del prodotto nazionale lordo (PIL) (1,6% negli Stati Uniti) e mediamente attorno allo 0,32% del totale della spesa pubblica.

L'80% della spesa sostenuta dalle Amministrazioni pubbliche per la lotta alle tossicodipendenze è impegnata per la "repressione", il restante 20% per la prevenzione/trattamento.

Tornando all'Italia e ribadendo l'esigenza di realizzare a breve un "programma" di rilevazioni sistemiche che consenta di valutare in maniera compiuta ed attendibile le grandezze e la dinamica dei costi sostenuti per effetto delle tossicodipendenze, si reputa opportuno riportare una stima per il 1998 del costo, effettuata partendo dall'analisi di tutti i costi di un Ser.T., "estrapolandoli" dall' "universo" dei servizi operando approssimazioni e mediando elementi e considerazioni prodotte da diversi gruppi impegnati nella valutazione economica, la stima prevista ammonta a circa 1000 miliardi di lire.

CAPITOLO 20

La tossicodipendenza al femminile

Le dipendenze patologiche da sostanze costituiscono, insieme a quelle di altra origine (ad es. i disturbi alimentari), anche nel nostro Paese, un fenomeno con prevalenza preoccupante nella popolazione femminile. La fascia d'età più interessata è quella tra 18 e 35 anni, età nella quale la donna vive una caratteristica biologica di grande valore insostituibile, rappresentata dalla maternità.

In un recente passato, chi prendeva in cura una persona di sesso femminile dedita all'uso, all'abuso, al disuso di molecole portatrici delle caratteristiche dell'*addiction*, vedeva in maniera autoreferenziale l'arrivo della gravidanza in una tossicodipendente o come un sostegno forte per l'abbandono delle abitudini tossicomane o la premonizione del definitivo asservimento alla tossicodipendenza stessa.

I motivi di tali convincimenti si intuiscono facilmente, poiché la cultura italiana e le nostre abitudini di vita, ne danno una lettura quasi scientifica: da una parte per l'apporto di energie e vissuti regolarizzanti il sentimento del piacere creati, imposti e stabilizzati dalla relazione madre-figlio; dall'altra per il presentarsi di nuove e più categoriche e quindi insostenibili regole dovute al dover gestire nuove responsabilità e doveri sociali.

Da iniziali e pionieristici approcci dedicati a questo problema, dovuti all'interesse degli operatori di offrire una risposta corretta e costruttiva nell'immediato, si è passati allo scambio di "osservazioni" avvenute in occasioni differenti, che ne hanno esemplificato la complessità e portato al doverne proporre una versione scientificamente sostenibile.

Da questa necessità iniziale, un gruppo di donne si è costituita ed ha arruolato, con una strategia trasversale, tossicodipendenti già madri e non, operatrici pubbliche esperte della materia o semplicemente interessate a capirne di più e ricercatrici istituzionali, costituendosi in maniera non autoritaria in un gruppo promotore per dare una prima risposta basata sulle evidenze di un approccio pragmatico regolato dalle leggi dell'epidemiologia osservazionale.

Nel 1997, le donne tossicodipendenti in Italia sono state circa 20.000, pari al 14% del totale della popolazione in trattamento nei SerT, con un rapporto maschi/femmine di 6,2. Questo rapporto varia da regione a regione: da un massimo di 12,6 per la Calabria ad un minimo di 3,6 per la Provincia Autonoma di Trento. Delle due regioni prese a campione, essendosi offerte ad una collaborazione immediata e senza preconcetti, il Lazio è nella media nazionale, con un rapporto di 6,1; la Sicilia ha un rapporto più alto (9,4).

Da una indagine informale condotta "porta a porta" nei SerT di Sicilia e Lazio risulta che in quest'ultima regione, nel '97, erano in carico circa 2.000 donne, delle quali 300 con figli minori; in Sicilia, su circa 900 donne in trattamento nel 1997, 250 avevano figli minori !.

L'incremento delle donne fertili e madri tossicodipendenti pone in evidenza il problema della gravidanza e della maternità in condizioni di rischio, amplificato dall'evoluzione del problema AIDS e delle malattie sessualmente trasmesse.

Una volta deciso dalla paziente di portare avanti la gravidanza, si pone la necessità di un intervento efficace sia nel senso di una corretta conduzione di quest'ultima, con un sostegno psicologico e farmacologico congrui ed idonei a contenere i rischi di ricadute, sia ancor più nel senso di fornire un adeguato sostegno all'instaurarsi ed al mantenersi di una valida relazione madre-figlio.

La presa in carico nei Ser.T. di madri con figli minori pone anche il problema di un intervento più ampio, volto ad una valutazione dello "stato di salute" in senso lato, del bambino che evidenzia anche eventuali effetti da privazione affettiva dovuti alla tossicodipendenza della madre nella fase evolutiva.

La tossicodipendenza viene considerata, in letteratura, come una delle condizioni che maggiormente possono compromettere la competenza genitoriale.

Si parla di genitorialità positiva quando, tra la madre ed il bambino, si stabilisce un buon legame di attaccamento. La "teoria dell'attaccamento", formulata da J. Bowlby, afferma che la relazione tra la figura materna ed il bambino rappresenta un legame fondamentale per lo sviluppo personale dell'individuo e delle sue relazioni: secondo questo autore il "legame di attaccamento" è una necessità primaria, cioè innata, che consiste in una serie di comportamenti intenzionalmente finalizzati a mantenere la vicinanza di una persona, identificata poi come figura principale e fondamentale per la sopravvivenza del piccolo.

La tossicodipendenza materna può avere effetti deleteri sull'attaccamento e produrre un impatto negativo sulle competenze genitoriali; questa può risultare compromessa per due ordini di fattori: interni, come la mancanza di autostima da parte della madre, ed esterni: questi ultimi sono identificabili con tutte quelle situazioni concrete che derivano dalla condizione di tossicodipendenza:

- il rapporto conflittuale con la famiglia di origine, con il precoce abbandono di quest'ultima e la conseguente mancanza di un modello di riferimento;
- la frequente mancanza di un *partner* o la sua contemporanea condizione di tossicodipendente,
- il verificarsi di una gravidanza precoce e/o indesiderata e quindi un possibile atteggiamento negativo verso di essa.
- la precarietà economica e lavorativa.

Avere un quadro chiaro e rappresentativo delle problematiche e delle difficoltà connesse con la funzione genitoriale, quando essa avviene in coincidenza con uno stato di tossicodipendenza, consente di avere risposte adeguate a questo

problema e di mettere in atto strategie preventive e terapeutiche che siano efficaci.

Un'osservazione attenta dei bisogni manifestati da queste persone potrebbe aiutare ad identificare una serie di interventi mirati a ridurre il rischio socio-sanitario anche nella popolazione neonatale ed infantile.

Le ipotesi di intervento dovranno produrre un impatto significativo rispetto ai fattori di rischio, al fine di conseguire, in questa popolazione, obiettivi di salute fisica e psico-sociale.

Gli obiettivi fondamentali sono:

- il contenimento anche farmacologico della tossicomania;
- l'accrescimento dell'autostima e della tolleranza alle frustrazioni;
- il rinforzo della rete naturale di risorse;
- la consapevolezza del ruolo materno;
- l'acquisizione del ruolo genitoriale.

Il conseguimento di tali obiettivi, se da una parte è subordinato all'utilizzo di strumenti e metodologie terapeutiche precise (counseling individuale, familiare e di gruppo, supporto psicologico e/o psicoterapia, assistenza domiciliare nei primi anni di vita del bambino), dall'altra è imprescindibile dal conseguimento di un importante obiettivo di servizio: promuovere la interdisciplinarietà degli interventi attraverso la costituzione, intorno al SerT, di una rete di agenzie pubbliche, del privato sociale e del volontariato, che possano farsi carico della complessità del fenomeno (consultori familiari, reparti di ostetricia e pediatria, servizi sociali per i minori, istituzioni scolastiche, case famiglia, strutture residenziali e semiresidenziali): queste ultime, in particolare, a differenza di quanto avvenuto finora, dovrebbero prevedere una prevalenza di personale femminile, come del resto "casualmente" è avvenuto nei SerT, che meglio possono esprimere empatia e condivisione ed accompagnare queste persone, mediante un "*maternage*" terapeutico, nel processo di "divenire madre".

Questa capacità di accogliere e condividere, tipicamente femminile, porta le operatrici dei servizi pubblici a focalizzare il problema "tossicodipendenza e maternità" per suggerire una programmazione nazionale quale quella sopra esposta che vada oltre le iniziative, certamente valide, ma parcellari e non coordinate che sono a tutt'oggi in atto o in fieri.

Da questo confronto professionale svolto durante l'indagine "porta a porta" nei SerT su maternità e tossicodipendenza, è emerso il dato della netta prevalenza del numero delle operatrici presenti nei servizi. Nel Lazio, sono donne 353 dei 567 operatori; in Sicilia le donne sono 352 su un totale di 478 operatori.

Una possibile interpretazione di questo dato potrebbe essere la maggiore disponibilità della donna a "farsi carico" ed a "prendersi cura" della sofferenza e della emarginazione anche nei confronti di persone, come il tossicodipendente, che, nell'immaginario collettivo, è fortemente caratterizzato da una connotazione oscura e pericolosa. Tale disponibilità si esprime spesso attraverso la scelta di professioni storicamente di "genere femminile". Per verificare questa ipotesi è stata avviata la ricerca pilota Condizione "donna" e lavoro nei Ser.T., nel Lazio e in Sicilia, che sarà estesa dal 1999 anche alle altre regioni.

CAPITOLO 21

Il servizio DROGATEL

Gli utenti del servizio

Il Servizio Drogatel ha gestito nel 1998 12.563 telefonate (5.950 maschi (48%) e 6.455 femmine (52%)).

L'età media degli utenti è di 32,5 anni, con una deviazione standard pari a 13,2 anni.

La distribuzione per classi di età evidenzia che le fasce più rappresentate, sul totale delle telefonate, sono quelle che comprendono gli utenti tra 21 e 30 anni (32,1%), tra i 10 e i 20 anni (21,9%) e tra 31 e 40 anni (18,8%).

A conferma del dato complessivo, la percentuale più alta si registra sia per i maschi (38,6%) che per le femmine (26%) nella fascia di età compresa tra 21 e 30 anni.

La tipologia di utenza che afferisce al servizio è rappresentata in primo luogo da parenti di consumatori le cui telefonate rappresentano quasi la metà del totale dei contatti (42,6%). Entro tale categoria sono comprese le madri che, sole, rappresentano il 12,8% del totale dei chiamanti (i padri il 3,5% e i fratelli il 5,3%). Le categorie successive riguardano i consumatori di sostanze, (29,6% delle chiamate) e i "cittadini e studenti" (19,9%). Si registrano invece percentuali molto basse per gli operatori del settore (5,4%) e per gli ex-tossicodipendenti (1,5%).

Le chiamate provengono in prevalenza dal Sud (29,5%), dal Centro (24,1%) e dal Nord-Ovest (23,9%). Il 12,8% delle telefonate proviene dal Nord-Est, il 9,7% dalle Isole.

Le sostanze stupefacenti assunte

I dati riguardanti la distribuzione dell'uso delle sostanze sono stati elaborati considerando sia le informazioni dichiarate dal consumatore che chiama direttamente sia quelle riferite da parenti e amici che contattano il Servizio.

I soggetti (chiamati o riferiti) hanno spesso dichiarato situazioni di poliassunzione. Nel caso di dichiarazioni d'uso di più droghe, sono state registrate fino a 3 sostanze assunte.

Si evidenzia come l'eroina (30,7%), la cannabis (24%) e la cocaina (13,5%) siano le sostanze più frequentemente assunte.

Il 62,6% dei consumatori di eroina ha un'età compresa tra 21 e 30 anni, il 23,1% rientra nella classe di età da 31 a 40 anni e il 13% nella classe da 10 a 20 anni. Trascurabile l'incidenza degli assuntori di eroina nelle classi superiori a 40 anni.

Sono in gran parte giovanissimi (più giovani dei consumatori di eroina) i consumatori di cannabis che hanno contattato DROGATEL: più della metà di essi (51,7%) ha un'età compresa tra 10 e 20 anni e la maggior parte della restante metà (41,2%) è di età compresa tra 21 e 30 anni

In questo caso, si tratta essenzialmente di consumatori recenti. Infatti, il 56,3% dei consumatori che hanno contattato DROGATEL fa uso di cannabis da 1-2 anni, mentre il 20,5% utilizza questa sostanza da 3-4 anni e solo il 3,6% utilizza cannabis da oltre 10 anni (

Oltre la metà consumatori di cocaina ha un'età compresa tra 21 e 30 anni (54,1%); percentuali rilevanti si riscontrano anche nelle classi di età limitrofe, 10-20 e 31-40, che comprendono rispettivamente il 22,8% e il 20,5% dei consumatori

Il 42,9% dei cocainomani utilizza questa sostanza da 1-2 anni, il 20% da 3-4 anni, il 14,4% da 5-6 anni mentre si osservano percentuali non trascurabili di consumatori "anziani" (il 9,2% ne fa uso da 9-10 anni e il 7,7 da più di 10 anni).

Il consumo di ecstasy viene dichiarato prevalentemente nella classe di età 10-20 anni, che comprende il 51,6% degli assuntori. L'uso di tale sostanza in età giovanile è ulteriormente confermato dall'elevata percentuale di consumatori tra 21 e 30 anni (44,2%). Complessivamente, più del 90% di coloro che hanno dichiarato l'uso di ecstasy ha un'età compresa tra 10 e 30 anni. Il periodo di assunzione è nel 60% dei casi di 1-2 anni, mentre il 22% dei consumatori ne fa uso da 3-4 anni.

E' allarmante il fatto che la percentuale più elevata di consumo di alcol (40,7%) si registri nella classe di età 21-30 (anche se nell'ambito di un ristretto numero di casi). Una percentuale rilevante (15,7%) di consumatori si registra anche nella classe di età 10-20.

E' notevole la quota di consumatori che fa uso di alcool da oltre 10 anni (20,2%) anche se la percentuale più elevata si rileva nel periodo di assunzione tra 1 e 2 anni

Il metadone è prevalentemente utilizzato nella classe di età 21-30 (64,3%) mentre il 30,5% degli assuntori ha un'età compresa tra 31 e 40 anni. La distribuzione per periodo di assunzione risulta diversa rispetto a quella delle altre sostanze: è distribuita abbastanza uniformemente con percentuali rilevanti anche in corrispondenza di periodi di assunzione lunghi: il 19,7% ne fa uso da 9-10 anni ed il 16,1% da più di 10 anni.

Complessivamente, tra gli utenti del Drogatel prevalgono consumatori (che hanno chiamato direttamente il servizio o dei quali hanno riferito parenti/amici) di giovane età e che solo di recente assumono sostanze stupefacenti. La sola eccezione è costituita dai consumatori di metadone, che viene utilizzato da soggetti già tossicodipendenti che si sono rivolti ad un servizio pubblico e in parte dai dati sull'eroina, sostanza di abuso ormai diffusa da numerosi anni. Ciò conferma il carattere del servizio di "primo contatto" con dei servizi di sostegno per soggetti con problemi correlati all'abuso di sostanze.

Le richieste dell'utenza

Nel 1998 gli operatori di DROGATEL hanno risposto a 23.324 quesiti.

Le domande formulate dagli utenti sono state aggregate nelle seguenti categorie:

- Domande di carattere psicosociale: rappresentano il 30,6% degli argomenti affrontati.
- Domande relative alle sostanze e ai loro effetti: rappresentano il 30,1% degli argomenti affrontati.
- Domande su Centri e strutture: rappresentano il 22,6% degli argomenti affrontati.
- Domande relative alle terapie utilizzate: rappresentano il 10,7% degli argomenti affrontati.
- Domande sulle patologie correlate: rappresentano il 2,2% degli argomenti trattati.
- Chiarimenti di carattere legislativo: rappresentano il 3% degli argomenti affrontati.
- Altre informazioni: riguardano lo 0,9% dei quesiti posti agli operatori.

Allegati

Tavole statistiche sul fenomeno della
tossicodipendenza

PAGINA BIANCA

**L'uso di sostanze e l'impatto con le Istituzioni
Tavole statistiche**

Tav. 10/1

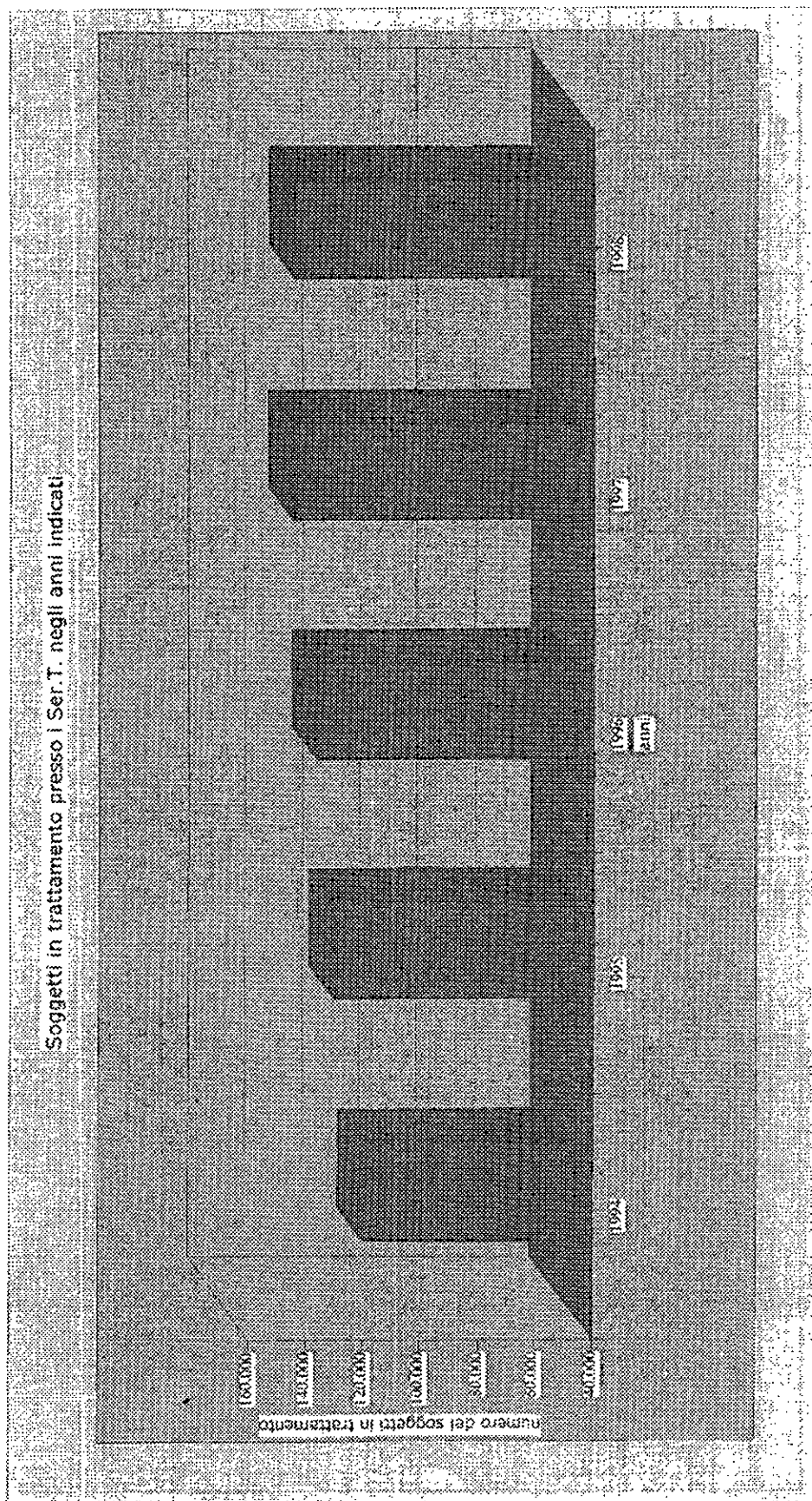
Distribuzione regionale e per anni del numero di soggetti in trattamento presso i Ser.T.

REGIONE	1994			1995			1996			1997			1998		
	n° Soggetti	Ser.T. ril. (*)	rapp. M/F	n° Soggetti	Ser.T. ril. (*)	rapp. M/F	n° Soggetti	Ser.T. ril. (*)	rapp. M/F	n° Soggetti	Ser.T. ril. (*)	rapp. M/F	n° Soggetti	Ser.T. ril. (*)	rapp. M/F
PIEMONTE	12.022	63	4,8	12.723	63	5,0	13.248	63	4,6	13.718	63	5,0	13.083	59	5,0
VALLE D'AOSTA	294	1	4,3	289	1	4,9	341	1	4,7	337	1	4,6	338	1	8,7
LOMBARDIA	18.762	82	4,8	19.309	44	4,9	20.666	44	5,3	19.511	40	5,4	20.868	76	5,3
PROV.AUT.BOLZANO	756	3	3,3	304	3	3,8	301	3	4,8	348	3	3,9	962	3	3,8
PROV.AUT.TRENTO	646	1	3,1	657	1	3,1	686	1	3,5	509	1	3,6	596	1	3,7
VENETO	9.821	36	5,1	9.682	35	5,1	10.438	37	5,2	10.589	38	5,2	11.032	37	5,4
FRIULI V.GIULIA	2.119	6	3,4	2.338	6	3,4	2.264	6	3,5	2.421	6	4,0	2.591	6	3,9
LIGURIA	1.172	4	3,6	3.068	3	1,5	2.244	4	3,3	6.138	5	4,6	5.546	5	4,6
EMILIA ROMAGNA	8.289	41	3,8	8.654	41	4,0	8.943	44	4,1	8.787	43	4,2	8.942	43	4,3
TOSCANA	9.326	38	3,9	9.982	37	3,9	9.611	37	4,0	9.243	39	4,5	9.673	38	4,3
UMBRIA	2.082	11	4,2	2.701	11	4,0	2.811	10	4,4	3.102	11	5,0	1.897	8	4,9
MARCHE	2.549	15	4,1	2.614	11	4,8	3.869	14	4,7	3.722	14	5,1	4.110	14	5,0
LAZIO	9.273	40	5,5	11.118	49	5,7	9.864	46	5,5	11.493	45	6,1	11.013	41	6,4
ABRUZZO	2.801	11	4,8	3.443	11	5,9	3.145	11	5,7	3.331	11	6,1	3.171	10	7,3
MOLISE	405	5	9,4	461	5	11,1	535	5	12,4	552	5	9,8	534	5	10,1
CAMPANIA	9.476	31	10,1	9.925	33	11,7	11.625	35	10,4	12.377	38	10,6	11.327	33	14,3
PUGLIA	10.446	48	11,2	11.033	53	11,8	11.539	52	13,0	14.335	58	11,4	13.178	57	11,7
BASILICATA	796	6	11,2	796	6	10,1	982	6	10,2	922	6	10,4	893	6	11,4
CALABRIA	2.024	13	12,4	2.677	12	13,2	3.491	13	15,5	3.322	15	12,6	4.294	15	15,9
SICILIA	5.674	36	9,6	6.896	44	10,1	7.842	45	9,1	8.263	48	9,6	8.103	46	11,3
SARDEGNA	5.002	13	6,6	5.158	12	7,1	5.439	13	7,8	5.198	14	7,8	5.506	14	8,0
ITALIA	113.735	504	5,4	123.828	481	5,5	129.884	490	5,8	138.218	504	6,1	137.657	518	6,3

(*) = Servizi che hanno fornito informazioni sulle caratteristiche degli soggetti in trattamento

Graf. 10/1

Soggetti in trattamento presso i Ser.T. negli anni indicati



Fonte: Ministero della Sanità

Tav. 10/2

Distribuzione per anni e per classi di età dei soggetti in trattamento presso i Ser.T.

età	1994		1995		1996		1997		1998	
	n° soggetti	%	n° soggetti	%	n° soggetti	%	n° soggetti	%	n° soggetti	%
<15	98	0,1	89	0,1	118	0,1	106	0,1	109	0,1
15-19	4.000	3,5	3.880	3,1	4.181	3,2	4.530	3,3	4.417	3,2
20-24	26.619	23,4	25.752	20,8	24.820	19,1	24.782	17,9	22.358	16,2
25-29	39.333	34,6	40.550	32,7	40.923	31,5	41.818	30,3	38.717	28,1
30-34	27.701	24,4	32.278	26,1	34.170	26,3	36.625	26,5	37.597	27,3
35-39	11.071	9,7	14.436	11,7	15.823	12,2	18.646	13,5	21.150	15,4
>40	4.913	4,3	6.843	5,5	9.849	7,6	11.711	8,5	13.309	9,7
Totale	113.735	100,0	123.828	100,0	129.884	100,0	138.218	100,0	137.657	100,0

Tav. 10/3

Età media dei soggetti in trattamento presso i Ser.T.

	1994		1995		1996		1997		1998	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
nuovi soggetti	27,4	27,5	28,1	28,0	28,0	27,5	28,0	27,6	30,6	30,4
già in carico	29,2	28,9	29,8	29,8	30,3	30,2	28,0	27,2	31,2	31,1

Tav. 10/4

Distribuzione percentuale per regioni e per sostanze d'abuso primarie dei soggetti
in trattamento presso i Ser.T.
Anno 1998

REGIONE	Eroina	Cannabinoidi	Cocaína	Altro
PIEMONTE	92,9	2,7	2,1	2,2
VALLE D'AOSTA	97,3	0,6	1,2	0,9
LOMBARDIA	86,8	4,8	5,8	2,6
P.A.BOLZANO	79,8	17,7	0,9	1,6
P.A.TRENTO	92,8	2,9	2,1	2,1
VENETO	79,6	10,3	3,2	6,9
FRIULI V.GIULIA	77,9	12,1	1,9	8,1
LIGURIA	83,8	9,7	3,9	2,7
EMILIA ROMAGNA	85,8	6,3	3,5	4,4
TOSCANA	86,5	9,5	2,2	1,8
UMBRIA	88,7	7,1	1,4	2,8
MARCHE	76,0	16,1	2,7	5,2
LAZIO	91,0	4,9	3,1	1,0
ABRUZZO	75,2	9,2	2,9	12,7
MOLISE	80,5	13,2	3,3	3,1
CAMPANIA	81,2	12,7	2,1	4,0
PUGLIA	80,3	8,4	4,8	6,5
BASILICATA	91,4	7,2	1,2	0,2
CALABRIA	81,1	14,0	1,7	3,2
SICILIA	89,4	7,0	1,6	2,0
SARDEGNA	96,9	2,1	0,3	0,8
ITALIA	85,6	7,6	3,2	3,7

Fonte: Ministero della Sanità

Tav. 10/5

Distribuzione percentuale per sostanza stupefacente d'abuso dei soggetti in trattamento presso i Ser.T.

Sostanza d'abuso	USO PRIMARIO					USO SECONDARIO				
	1994	1995	1996	1997	1998	1994	1995	1996	1997	1998
ALLUCINOGENI	0,3	0,1	0,2	0,2	0,2	1,0	1,0	1,0	0,8	0,8
AMFETAMINE	0,3	0,3	0,4	0,2	0,2	2,6	3,2	3,7	2,3	1,7
ECTASY E ANALOGHI*	---	---	---	0,4	0,7	---	---	---	2,4	2,4
BARBITURICI	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,9	0,9	0,6	0,6	0,5
BENZODIAZEPINE	0,5	0,4	0,5	0,4	0,5	19,2	19,3	17,3	16,2	14,9
CANNABINOIDI	5,1	5,8	5,8	6,9	7,6	41,1	41,5	41,8	40,1	39,2
COCAINA	1,9	1,6	1,8	2,3	3,2	12,7	13,5	13,6	15,1	18,4
CRACK	0,1	0,6	0,5	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2
EROINA	88,5	89,1	88,8	87,5	85,6	1,8	2,2	3,2	2,1	1,9
METADONE	0,4	0,2	0,3	0,6	0,7	0,8	0,7	0,6	2,4	2,4
MORFINA	0,1	0,5	0,0	0,1	0,0	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1
ALTRI OPPIACEI*	---	---	---	0,1	0,1	---	---	---	0,4	0,6
INALANTI*	---	---	---	0,0	0,1	---	---	---	0,1	0,1
ALCOOL**	---	---	---	---	---	15,4	14,9	15,0	14,4	15,6
ALTRO	2,7	1,1	1,7	1,3	0,9	4,3	2,5	2,8	2,8	1,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*=Informazioni contenute nei nuovi modelli di rilevazione in vigore dal 1997

**= è rilevato solo l'uso secondario

Tav. 10/6

Distribuzione per regione e per percentuale di positività ai tests diagnostici effettuati sui soggetti in trattamento presso i Ser.T.

REGIONE	TEST SIEROLOGICO ANTI-HIV: percentuale di test positivi sul totale dei test eseguiti						TEST EPATITE VIRALE B: percentuale di test positivi sul totale dei test eseguiti (*)						TEST EPATITE VIRALE C	
	1994 (n° 67901 esami)	1995 (n° 69941 esami)	1996 (n° 73513 esami)	1997 (n° 76096 esami)	1998 (n° 71759 esami)	1994 (n° 62853 esami)	1995 (n° 62955 esami)	1996 (n° 69092 esami)	1997 (n° 68062 esami)	1998 (n° 64629 esami)	1997 (n° 65911 esami)	1998 (n° 72336 esami)		
PIEMONTE	17,2	15,1	14,5	12,9	11,6	54,5	52,5	50,9	52,5	51,6	66,8	68,5		
VALLE D'AOSTA	0,5	3,1	11,2	1,2	0,6	29,9	7,4	29,8	43,6	62,2	69,7	86,9		
LOMBARDIA	37,3	32,2	29,7	28,2	27,7	58,9	56,1	53,6	54,0	54,0	73,5	71,4		
PROV. AUT. BOLZANO	16,9	6,6	7,3	7,3	21,2	56,7	39,6	60,2	43,1	73,5	86,2	93,0		
PROV. AUT. TRENTO	23,7	23,4	21,9	20,7	16,2	8,1	5,8	4,8	38,7	35,2	n.r.	74,8		
VENETO	16,8	14,2	13,1	14,6	12,1	46,4	42,8	49,2	49,9	47,7	73,9	70,5		
FRIULI V.GIULIA	12,5	12,2	11,5	8,6	8,4	57,5	51,4	54,3	56,7	59,6	78,7	79,9		
LIGURIA	29,0	21,0	34,0	23,4	16,5	-	61,8	47,3	37,3	22,8	91,0	77,4		
EMILIA ROMAGNA	28,2	26,6	23,2	22,0	28,2	51,4	52,7	47,5	50,0	62,0	n.r.	79,8		
TOSCANA	14,6	13,7	9,8	11,8	12,2	44,9	37,5	32,3	43,6	45,9	71,9	73,5		
UMBRIA	12,9	12,0	10,4	9,6	6,0	25,7	28,3	25,2	27,7	19,1	77,6	74,5		
MARCHE	17,8	21,3	16,6	13,8	13,6	43,3	33,4	33,7	25,8	24,8	66,8	65,4		
LAZIO	25,1	28,3	24,7	22,5	21,6	62,9	15,1	25,0	40,6	43,3	66,0	65,2		
ABRUZZO	13,4	7,2	7,0	5,8	4,7	36,8	35,8	32,2	27,4	33,6	59,5	53,4		
MOLISE	6,5	3,4	3,0	4,0	4,0	33,8	23,4	32,9	28,6	38,1	58,5	69,2		
CAMPANIA	5,0	4,4	3,3	3,4	3,8	36,1	39,1	44,4	35,7	34,5	45,8	51,5		
PUGLIA	13,0	11,2	9,2	8,0	13,4	41,9	41,0	37,3	36,2	42,0	61,2	60,3		
BASILICATA	16,6	13,1	14,5	10,7	13,7	38,5	32,1	33,8	39,2	39,2	70,0	66,0		
CALABRIA	16,5	10,5	8,4	9,0	6,2	56,6	36,9	48,9	30,6	33,8	50,9	58,6		
SICILIA	9,3	11,3	6,5	7,8	7,1	32,3	38,8	29,0	25,5	33,1	67,9	65,0		
SARDEGNA	26,2	22,2	20,9	20,1	21,7	41,3	46,5	41,2	49,8	49,2	80,5	72,0		
ITALIA	21,3	19,4	16,9	15,7	16,2	48,3	44,1	43,8	43,6	45,3	67,3	67,6		

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

Fonte: Ministero della Sanità

Tav. 10/7

Percentuale di positività al test sierologico anti HIV dei soggetti in trattamento presso i Ser.T.

anno	Nuovi Utenti		Già in carico	
	maschi	femmine	maschi	femmine
1994	9	15,3	24	30,2
1995	9,5	17,3	20,8	29,3
1996	6,4	11,7	18,4	26,8
1997	6,2	9,6	16,6	25,6
1998	6,1	9,8	16,9	26,2

Tav. 10/8

Percentuale di soggetti in trattamento presso i Ser.T. per condizione rispetto all'infezione del virus dell'Epatite B

Anno 1998

	Nuovi Utenti		Già in carico	
	maschi	femmine	maschi	femmine
Soggetti testati risultati positivi *	10,7	11,5	25,4	25,1
Soggetti testati risultati negativi	26,5	31,3	26,8	24,7
Soggetti vaccinati	5,1	6,4	6,8	7,6
Soggetti che non hanno eseguito il test **	31,4	26,9	26,9	26,7
Soggetti per i quali non è disponibile il dato sull'infezione	26,4	24	14,1	16

Tav. 10/9

Percentuale di soggetti in trattamento presso i Ser.T. positivi al test del virus dell'Epatite C

anno	Nuovi Utenti		Già in carico	
	maschi	femmine	maschi	femmine
1997	47	44,8	71,9	73,7
1998	45,9	43,5	71,9	74,7

Tav. 10/10

**Tipologie di trattamento dei soggetti in carico ai Ser.T.
Anno 1998**

Tipologie di trattamento	% soggetti trattati (*)			
	nei Ser.T.	nelle strutture riabilitative	in carcere	Totale
1) Psico-sociale e/o riabilitativo	26,2	5,6	4,4	36,2
2) Farmacologico				
a) Metadone				
breve termine (<=30 gg.)	9,3	0,6	1,4	11,3
medio termine (30gg.-6 mesi)	11	0,4	0,3	11,7
lungo termine (>6 mesi)	24,4	0,3	0,3	25,0
b) naltrexone	5	0,1	0	5,1
c) clonidina	3,2	0	0	3,2
d) altri farmaci non sostitutivi	6,8	0,3	0,4	7,5
Totale	85,9	7,3	6,8	100

* = Percentuali calcolate sul totale dei soggetti trattati

Tav. 10/11

**Tipologie di trattamento psico-sociale e/o riabilitativo dei soggetti in carico ai Ser.T.
Anno 1998**

Tipologie di trattamento	% soggetti trattati (*)		
	nei Ser.T.	nelle strutture riabilitative	in carcere
a) Sostegno psicologico	27,2	3,9	3,3
b) Psicoterapia	10	0,9	0,3
c) Interventi di servizio sociale	40,2	7	7,2
Totale	77,4	11,8	10,8

* = Percentuali calcolate sul totale dei soggetti trattati con programmi di tipo psicosociale e/o riabilitativo

Tav. 10/12

Tipologie di trattamento dei soggetti in carico ai Ser.T. nel periodo 1994~1998

TIPOLOGIE	% SOGGETTI TRATTATI			
	1994	1995	1996	1997
1) PSICO-SOCIALE E/O RIABILITATIVO	40,0	35,8	36,5	37,8
2) FARMACOLOGICO				
a) metadone:	36,7	43,0	43,0	47,2
breve termine (<=60 gg)*	19,4	17,5	15,7	-
protratto (>60 gg)*	17,3	25,5	27,3	-
breve termine (<=30gg)**	-	-	-	12,0
medio termine (tra 30 gg e 6 mesi)**	-	-	-	10,8
lungo termine (>6 mesi)**	-	-	-	24,4
b) naltrexone	7,4	6,7	6,8	5,8
c) clonidina	4,4	4,0	3,8	3,2
d) altri farmaci	11,5	10,5	9,9	6,0

* = Tipologia di trattamento metadonico rilevata fino al 1996 (D.M. 3 ottobre 1991)

* = Tipologia di trattamento metadonico rilevata nel 1997 (D.M. 20 settembre 1997)

Tav. 10/13

Distribuzione regionale delle strutture socio riabilitative e dei soggetti in trattamento alla data del 31 dicembre 1998

Regioni	Residenziali						Semi residenziali						Ambulatoriali						Totali							
	Strutture		Soggetti in trattamento				Strutture		Soggetti in trattamento				Strutture		Soggetti in trattamento				Strutture		Soggetti in trattamento					
	E	C	M	F	Tot.	E	C	M	F	Tot.	E	C	M	F	Tot.	E	C	M	F	Tot.	E	C	M	F	Tot.	
Piemonte	70	70	1202	219	1421	13	13	67	29	96	10	10	312	81	393	93	93	1581	329	1910						
Valle d'Aosta	1	1	11	2	13	1	1	10	1	11	0	0	0	0	0	2	2	21	3	24						
Liguria	19	19	254	73	327	7	6	52	6	58	6	6	64	19	83	32	31	370	98	468						
Lombardia	169	167	2059	330	2389	47	45	145	35	180	65	64	756	242	998	281	276	2960	607	3567						
P.A. Bolzano	3	3	31	4	35	2	2	7	1	8	0	0	0	0	0	5	5	38	5	43						
P.A. Trento	10	10	168	39	207	2	2	46	13	59	0	0	0	0	0	12	12	214	52	266						
Veneto	93	89	833	149	982	26	23	99	28	127	25	24	214	39	253	144	136	1146	216	1362						
Friuli V.G.	10	8	61	8	69	7	6	18	4	22	12	9	73	31	104	29	23	152	43	195						
Emilia Romagna	92	85	1951	456	2407	19	19	108	22	130	16	14	119	27	146	127	118	2178	505	2683						
Marche	42	41	478	92	570	11	11	82	10	92	16	16	129	43	172	69	68	689	145	834						
Toscana	67	67	844	185	1029	23	23	237	43	280	12	12	140	47	187	102	102	1221	275	1496						
Umbria	35	33	423	31	454	3	3	54	13	67	5	2	54	8	62	40	38	531	52	583						
Lazio	39	36	619	103	722	14	10	348	98	446	20	12	1199	395	1594	73	58	2166	596	2762						
Campania	23	21	393	22	415	11	11	217	14	231	13	13	147	9	156	47	45	757	45	802						
Abruzzo	22	21	252	18	270	7	6	69	11	80	9	8	82	19	101	38	35	403	48	451						
Molise	4	4	46	4	50	0	0	0	0	0	2	2	31	2	33	6	6	77	6	83						
Puglia	53	52	884	52	936	20	20	164	17	181	27	19	242	35	277	100	91	1290	104	1394						
Basilicata	7	7	81	2	83	0	0	0	0	0	5	5	44	2	46	12	12	125	4	129						
Calabria	30	26	358	24	382	10	10	45	1	46	7	6	7	1	8	47	42	410	26	436						
Sicilia	36	34	399	37	436	10	5	46	1	47	5	5	32	4	36	51	44	477	42	519						
Sardegna	22	17	357	23	380	5	2	15	0	15	10	8	83	7	90	37	27	455	30	485						
Totale Italia	847	811	11704	1873	13577	238	218	1829	347	2176	262	235	3728	1011	4739	1347	1264	17261	3231	20492						

Legenda: E-Esistenti, C-Censite, M-Maschi, F-Femmine

Fonte: Ministero dell'Interno

Tav. 10/14

Numero di tossicodipendenti in trattamento presso le strutture socio-riabilitative

<i>Data della rilevazione trimestrale</i>	<i>Numero di Soggetti in trattamento</i>
31 marzo 1998	22.308
30 giugno 1998	22.248
30 settembre 1998	21.079
31 dicembre 1998	20.492
Media 1998	21.531

Tav. 10/15

Numero medio annuale di strutture socio-riabilitative per le tossicodipendenze

<i>Anno</i>	<i>Strutture socio-riabilitative</i>		
	<i>Esistenti</i>	<i>Censite</i>	<i>N° Soggetti</i>
1994	1.275	1.203	24.073
1995	1.346	1.278	22.235
1996	1.374	1.309	22.434
1997	1.364	1.283	22.375
1998	1.344	1.282	21.532

Tav. 10/16

Distribuzione per tipo di strutture socio-riabilitative e per sesso dei tossicodipendenti in trattamento alla data del 31 dicembre 1998

	<i>Maschi</i>	<i>Femmine</i>	<i>Totale</i>
Residenziali	11.704	1.873	13.577
Semiresidenziali	1.829	347	2.176
Ambulatoriali	3.728	1.011	4.739
Totale	17.261	3.231	20.492

Tav. 10/17

Distribuzione e ripartizione territoriale del numero dei tossicodipendenti in trattamento alla data del 31-12-1998 presso le strutture socio riabilitative

	<i>Numero delle strutture</i>	<i>Numero dei tossicodipendenti</i>	<i>Carico medio per struttura in %</i>
Nord	696	10.518	6,62
Centro	266	5.675	4,69
Sud	231	3.295	7,01
Isole	71	1.004	7,07

Tav. 10/18

Distribuzione per regione delle strutture socio riabilitative e dei tossicodipendenti
in trattamento

Situazione al 31 dicembre 1998

Regione	N° di strutture socio riabilitative	N° di tossicodipendenti in trattamento	% sul totale nazionale
Piemonte	93	1.910	9,32
Valle d'Aosta	2	24	0,12
Liguria	32	468	2,29
Lombardia	281	3.567	17,41
P. A. di Trento	5	43	0,21
P. A. di Bolzano	12	266	1,30
Veneto	144	1.362	6,65
Friuli V. Giulia	29	195	0,95
Emilia Romagna	127	2.683	13,09
Marche	69	834	4,07
Toscana	102	1.496	7,30
Umbria	40	583	2,85
Lazio	73	2.762	13,48
Campania	47	802	3,91
Abruzzo	38	451	2,20
Molise	6	83	0,41
Puglia	100	1.394	6,80
Basilicata	12	129	0,63
Calabria	47	436	2,13
Sicilia	51	519	2,53
Sardegna	37	485	2,37
Totale	1347	20.492	100,00

Tav. 10/19

Distribuzione per classi di età e sesso degli assuntori di sostanze stupefacenti
segnalati ai Prefetti (art. 75, D.P.R. 309/90)

Classi di età	Maschi		Femmine		Totale	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%
Fino a 14 anni	842	0,43	87	0,62	929	0,44
Da 15 a 17 anni	14.145	7,20	897	6,44	15.042	7,15
Da 18 a 20 anni	53.265	27,12	3.146	22,57	56.411	26,82
Da 21 a 22 anni	32.679	16,64	2.063	14,80	34.742	16,52
Da 23 a 25 anni	35.213	17,93	2.644	18,97	37.857	18,00
Da 26 a 28 anni	24.256	12,35	1.929	13,84	26.185	12,45
Da 29 a 30 anni	11.505	5,86	976	7,00	12.481	5,93
Oltre 30 anni	24.501	12,47	2.197	15,76	26.698	12,69
Totale	196.406	100,00	13.939	100,00	210.345	100,00

XIII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

Tav. 10/20

DATI RELATIVI AI SEGNALEATI AI SENSI DELL'ARTICOLO 75 T.U. N° 309 - 9 OTTOBRE 1990

DATA ELABORAZIONE 26 APRILE 1998

DALL'11 LUGLIO 1990 AL 31 DICEMBRE 1998
(PERIODO DI RIFERIMENTO)

REGIONI	1 - PERSONE SEGNALATE										2 - SEGNALEAZIONI										3 - PROVVEDIMENTI										Trasm. Atti (C. 12)					
	MASCHI					FEMMINE					TOTALE										Rich.					CONVOCAZIONI						SANZIONI AMMINIS.				
	Persone Segnal.		Di cui Minori		Con + Segna (2)	Persone Segnal.		Di cui Minori		Sost. Legg. Masc.	Sost. Legg. Femm.		Sost. Pes. Masc.	Sost. Pes. Femm.		Legg. Masc.	Legg. Femm.		Pes. Masc.	Pes. Femm.	Legg. Masc.	Legg. Femm.	Totale qui (3)	Form. Invito (C. 2)	Terap. (C. 9)	Con			Senza			Totale Colloq. (C. 1)				
	(1)	(2)	(1)	(2)		Sost. Legg. Masc.	Sost. Legg. Femm.	Sost. Pes. Masc.	Sost. Pes. Femm.		Legg. Masc.	Legg. Femm.		Colloq. (C. 12)	Colloq. (C. 12)		Colloq. (C. 12)	Con Senza								Colloq. (C. 12)	Colloq. (C. 12)	Totale Colloq. (C. 1)								
																													(1)	(2)			(1)	(2)	(1)	(2)
Piemonte	15228	942	13566	86	13694	1028	13626	2958	80	703	60	152	28	17	0	958	902	439	152	6	32	285	48	333	56	6										
Valle D'Austria	783	37	78	1	871	258	791	80	703	60	152	28	17	0	958	902	439	152	6	32	285	48	333	56	6											
Lombardia	30096	2355	2220	205	32616	2560	28227	4389	21268	1127	13885	1365	688	61	33404	28887	12092	674	203	52	255	291	713	1004	308	63										
Trento A.A.	2690	159	291	18	2981	177	2638	343	2109	164	847	162	97	11	3390	2571	1403	674	203	52	255	291	713	1004	308	63										
Veneto	8685	565	754	56	8439	621	8343	1096	5646	285	4097	589	223	28	10866	10543	3649	3594	983	59	1042	2327	368	2695	1448	249										
Friuli V.G.	3100	144	228	15	3328	159	3006	322	2687	110	783	146	67	12	3785	3193	1702	886	171	12	183	434	238	872	374	74										
Liguria	11078	638	1141	63	12219	701	9754	2465	8271	622	5872	829	235	18	15847	12824	5469	4929	1019	4	1023	1407	2162	3569	1759	367										
Emilia Romagna	14280	964	1328	88	15608	1062	13320	2288	10444	852	8064	942	501	44	18847	15487	7331	4614	1330	305	1635	2212	1721	3833	2311	311										
Toscana	19705	1357	2001	130	21706	1487	18102	3804	15683	1122	8515	1378	693	83	27484	22485	10046	6797	1880	285	2165	3762	582	4444	3288	320										
Umbria	2853	159	245	10	3098	169	2680	418	2084	115	1157	158	118	13	3645	3361	1423	1201	269	10	278	468	109	577	701	33										
Marche	5921	465	510	39	6431	504	5521	910	4908	311	2056	264	209	16	7764	7275	3671	2315	641	47	688	646	1294	1316	125											
Lazio	24044	1573	1498	88	25542	1661	22113	3429	20258	886	7121	715	692	47	29719	20598	9876	3870	875	44	719	6177	528	8705	1759	112										
Abruzzi	3911	265	227	15	4138	280	3538	602	3082	129	1490	130	70	2	4903	4653	2422	1369	320	86	406	542	383	925	523	46										
Molise	662	55	19	2	681	57	588	83	546	11	206	11	18	1	795	784	411	252	55	7	82	86	41	107	123	18										
Campania	17152	1571	489	31	17641	1602	15756	1885	12173	235	7113	307	149	5	19942	12688	7077	4389	667	285	952	555	2813	3368	1733	78										
Puglie	9162	814	406	37	9568	851	8406	1162	5989	149	4323	315	171	8	10835	7973	2935	2890	785	103	888	1383	1318	2681	971	201										
Basilicata	1325	170	41	4	1368	174	1148	218	1147	29	394	17	23	0	1810	1808	791	545	91	0	91	181	53	234	260	35										
Calabria	4642	518	131	9	4773	527	4270	503	4256	92	946	45	50	3	5394	4582	2578	1459	162	7	169	385	232	617	848	18										
Sicilia	19912	1915	748	73	18660	1888	14186	2474	14174	490	4864	382	165	19	20094	13975	7712	3530	896	36	1032	1737	1259	2986	1320	329										
Sardegna	4867	321	228	14	5095	335	4480	615	3438	115	2025	133	147	8	5866	3894	1875	1388	283	39	322	338	595	933	374	49										
TOTALE ITALIA	196406	14887	13839	984	210345	15971	180501	29844	148968	7320	80439	8831	4686	407	250781	194980	89988	56959	13177	1589	14746	34836	16547	51383	26348	3181										

(1) RISULTANTI ALLA DATA DEL FATTO (1 - SEGNALEAZIONE)

(2) PERSONE SEGNALATE ALTRE VOLTE - OLTRE LA 1 - NEL PERIODO DI RIFERIMENTO.

FINO AL 5/6/1993 ERA PREVISTO UN LIMITE MASSIMO DI 3 SEGNALEAZIONI (REFERENDUM D.P.R. N° 171/93)

(3) NEL TOTALE COLLOQUI SONO INDICATI I CASI DI:

FORMALE INVITO (COMMA 2), RICHIESTA PROGRAMMA TERAPEUTICO (COMMA 9),

CONVOCAZIONE (COMMA 12) E SANZIONE AMMINISTRATIVA (COMMA 1)

(4) FINO AL 5 GIUGNO 1993 (REFERENDUM D.P.R. N° 171/93)

Fonte: Ministero dell'Interno

Tav. 10/21

Distribuzione delle sostanze usate dalle persone segnalate ai Prefetti ai sensi dell'art. 75 D.P.R. 309/90

Sostanze	Maschi	Femmine	Totale
Eroina	63.480	7.554	71.034
Metadone	676	122	798
Morfina	289	43	332
Oppiacei	2.329	292	2.621
Cocaina	11.750	849	12.599
Amfetamine	562	35	597
L. S. D.	468	46	514
Ecstasy / M.D.M.A. e analoghi	3.192	250	3.442
Cannabinoidi	156.254	7.920	164.174
Altre Sostanze (*)	1.223	120	1.343

(*)= La maggior parte delle sostanze inserite in questa categoria appartiene al gruppo delle benzodiazepine.

Tav. 10/22

Detenuti tossicodipendenti, alcooldipendenti ed in trattamento metadonico
Anno 1998

Regioni	Detenuti presenti			Detenuti tossicodipendenti			% rispetto ai presenti	Detenuti in trattamento metadonico			Detenuti alcooldipendenti			% rispetto ai presenti
	M	F	Tot	M	F	Tot		M	F	Tot	M	F	Tot	
Piemonte	3628	139	3767	1176	62	1238	32,86	37	6	43	60	0	60	1,59
Valle d'Aosta	126	0	126	64	0	64	50,79	1	0	1	0	0	0	0
Lombardia	6010	420	6430	1549	106	1655	25,74	115	8	123	40	3	43	0,67
Trentino	280	0	280	95	0	95	33,93	5	0	5	18	0	18	6,43
Veneto	1992	124	2116	765	33	798	37,71	36	4	40	34	0	34	1,61
Friuli V.G.	662	31	693	252	11	263	37,95	14	6	20	44	0	44	6,35
Liguria	1454	71	1525	822	34	856	56,13	51	7	58	29	1	30	1,97
Emilia Romagna	2791	79	2870	924	27	951	33,14	31	4	35	73	0	73	2,54
Toscana	3359	112	3471	747	49	796	22,93	92	14	106	61	0	61	1,76
Umbria	764	45	809	202	12	214	26,45	3	1	4	7	0	7	0,87
Marche	713	5	718	208	3	211	29,39	5	2	7	1	0	1	0,14
Lazio	4384	311	4695	1549	80	1629	34,7	30	0	30	18	0	18	0,38
Abruzzo	1295	31	1326	380	12	392	29,56	2	1	3	34	2	36	2,71
Molise	300	5	305	57	0	57	18,69	0	0	0	4	0	4	1,31
Campania	5740	183	5923	1550	52	1602	27,05	8	1	9	9	0	9	0,15
Puglia	2973	101	3074	805	24	829	26,97	25	2	27	20	1	21	0,68
Basilicata	488	6	494	104	1	105	21,26	4	1	5	1	0	1	0,2
Calabria	1761	15	1776	177	1	178	10,02	6	0	6	8	0	8	0,45
Sicilia	5450	114	5564	972	20	992	17,83	24	0	24	19	1	20	0,36
Sardegna	1562	35	1597	622	20	642	40,2	69	5	74	57	0	57	3,57
Totale Nazionale	45732	1827	47559	13020	547	13567	28,53	558	62	620	537	8	545	1,15

Fonte: Ministero di Grazia e Giustizia

Tav. 10/23

Detenuti affetti da HIV secondo gli stadi di infezione
Anno 1998

Regioni	Detenuti affetti da HIV					Dettaglio detenuti affetti da HIV per stadio di infezione - % rispetto ai presenti				
	Totale detenuti HIV	% rispetto ai presenti	Totale HIV tossicodipendenti	% rispetto ai tossicodipendenti	Totale HIV non tossicodipendenti	% rispetto ai non tossicodipendenti	Asintomatico	%	Sintomatico	%
Piemonte	180	4,78	160	12,92	20	0,79	141	3,74	19	0,5
Valle d'Aosta	2	0,09	2	3,13	0	0	2	0,09	0	0
Lombardia	346	5,38	303	18,31	43	0,9	260	4,04	54	0,84
Trentino	6	2,14	6	6,32	0	0	4	1,43	2	0,71
Veneto	76	60,32	62	7,77	14	-2,08	66	52,38	9	7,14
Friuli V.G.	15	2,16	15	5,7	0	0	13	1,88	1	0,14
Liguria	91	5,97	85	9,93	6	0,9	65	4,26	18	1,18
Emilia Romagna	129	4,49	101	10,62	28	1,46	99	3,45	23	0,8
Toscana	88	2,54	66	8,29	22	0,82	50	1,44	28	0,81
Umbria	24	2,97	11	5,14	13	2,18	15	1,85	6	0,74
Marche	18	2,51	18	8,53	0	0	14	1,95	2	0,28
Lazio	189	4,03	175	10,74	14	0,46	124	2,64	61	1,3
Abruzzo	27	2,04	26	6,63	1	0,11	23	1,73	3	0,23
Molise	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Campania	104	1,76	69	4,31	35	0,81	50	0,84	40	0,68
Puglia	88	2,86	87	10,49	1	0,04	60	1,95	23	0,75
Basilicata	2	0,4	2	1,9	0	0	2	0,4	0	0
Calabria	11	0,62	9	5,06	2	0,13	5	0,28	3	0,17
Sicilia	65	1,17	52	5,24	13	0,28	38	0,68	23	0,41
Sardegna	85	5,32	85	13,24	0	0	65	4,07	17	1,06
Totale Nazionale	1546	3,25	1334	9,83	212	0,62	1096	2,3	332	0,7
										0,25

N.B.: I dati sono stati rilevati a seguito di screening volontario.

Fonte: Ministero di Grazia e Giustizia

Tav. 10/24

Detenuti presenti e tossicodipendenti ristretti per reati di cui al D.P.R. n° 309 del 1990 e per altri reati
Anno 1998

Regioni	Detenuti Presenti			Tossicodipendenti			Non tossicodipendenti			Detenuti stranieri		
	Ristretti per art. 73 D.P.R. n° 309 del 1990	Ristretti per altri reati	Totale	Ristretti per art. 73 D.P.R. n° 309 del 1990	Ristretti per altri reati	Totale	Ristretti per art. 73 D.P.R. n° 309 del 1990	Ristretti per altri reati	Totale	Ristretti per art. 73 D.P.R. n° 309 del 1990	Ristretti per altri reati	Totale
Piemonte	1432	2336	3768	598	640	1238	834	1696	2530	639	533	1172
Valle d'Aosta	51	75	126	29	35	64	22	40	62	30	10	40
Lombardia	2642	3788	6430	881	774	1655	1761	3014	4775	1152	903	2055
Trentino	114	166	280	55	40	95	59	126	185	70	55	125
Veneto	983	1133	2116	508	290	798	475	843	1318	583	388	971
Friuli V.G.	333	360	693	135	128	263	198	232	430	201	162	363
Liguria	709	816	1525	456	400	856	253	416	669	326	343	669
Emilia Romagna	806	2064	2870	356	595	951	450	1469	1919	434	611	1045
Toscana	1176	2295	3471	427	369	796	749	1926	2675	625	488	1113
Umbria	206	603	809	95	119	214	111	484	595	96	122	218
Marche	333	385	718	132	79	211	201	306	507	86	138	224
Lazio	1580	3115	4695	786	843	1629	794	2272	3066	823	679	1502
Abruzzo	489	837	1326	142	250	392	347	587	934	217	132	349
Molise	104	201	305	21	36	57	83	165	248	28	24	52
Campania	2406	3517	5923	969	633	1602	1437	2884	4321	292	205	497
Puglia	1418	1656	3074	371	458	829	1047	1198	2245	173	130	303
Basilicata	195	299	494	56	49	105	139	250	389	56	54	110
Calabria	504	1272	1776	50	128	178	454	1144	1598	66	69	135
Sicilia	1240	4324	5564	507	485	992	733	3839	4572	115	260	375
Sardegna	495	1102	1597	226	416	642	269	686	955	243	202	445
Totale Nazionale	17216	30344	47560	6800	6767	13567	10416	23577	33993	6255	5508	11763

Fonte: Ministero di Grazia e Giustizia

Tav. 10/25 - Tav. 10/26

Soggetti assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei Servizi della Giustizia Minorile
Riepilogo per classi di età, sesso e Paese di provenienza
Anno 1998

Paese di provenienza	Da 14 a 17 anni			Da 18 anni e oltre			Non rilevato	Totale
	F	M	Totale	F	M	Totale		
Italia	26	871	897	9	172	181	76	1.154
Albania	-	10	10	-	2	2	1	13
Algeria	-	21	21	-	1	1	3	25
Arabia	-	13	13	-	-	-	-	13
Brasile	-	1	1	-	1	1	-	2
Cile	-	1	1	-	-	-	-	1
Cina	-	1	1	-	-	-	-	1
Croazia	-	4	4	-	-	-	-	4
Equador	-	2	2	-	1	1	-	3
Etiopia	-	2	2	-	-	-	-	2
Ex-Jugoslavia	3	56	59	3	3	6	6	71
Germania	-	1	1	-	-	-	-	1
Marocco	-	77	77	-	12	12	11	100
Montenegro	-	-	-	-	1	1	-	1
Pakistan	-	2	2	-	-	-	-	2
Palestina	-	2	2	-	1	1	1	4
Perù	-	2	2	-	-	-	-	2
Serbia	-	1	1	-	-	-	-	1
Tunisia	-	12	12	-	2	2	-	14
Turkistan	-	-	-	-	-	-	1	1
Non rilevato	-	2	2	-	-	-	1	3
Totale	29	1.081	1.110	12	196	208	100	1.418

Soggetti assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei Servizi della Giustizia Minorile
Riepilogo per nazionalità, sesso e sostanza assunta
Anno 1998

Sostanze assunte	Nazionalità italiana			Nazionalità straniera			Totale
	F	M	Totale	F	M	Totale	
Opiacei	8	164	172	6	65	71	243
Cocaina	3	74	77	-	24	24	101
Cannabis	25	764	789	-	117	117	906
Psicofarmaci	-	20	20	-	12	12	32
Non definita	4	77	81	-	12	12	93
Altre sostanze	-	15	15	2	26	28	43
Totale	40	1.114	1.154	8	256	264	1.418

Tav. 10/27 — Tav. 10/28 — Tav. 10/29

Soggetti assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei Servizi della Giustizia Minorile
Riepilogo per nazionalità, sesso e modalità di rilevazione della condizione di assuntore
Anno 1998

Modalità di rilevazione	Nazionalità italiana			Nazionalità straniera			Totale
	F	M	Totale	F	M	Totale	
Dichiarazione volontaria	35	925	960	7	206	213	1.173
Crisi di astinenza	1	22	23	1	6	7	30
Segnalazione centri esterni	2	14	16	-	2	2	18
Segnalazione famiglia	1	25	26	-	-	-	26
Visita medica	-	62	62	-	30	30	92
Altri motivi	-	35	35	-	3	3	38
Non rilevato	1	31	32	-	9	9	41
Totale	40	1.114	1.154	8	256	264	1.418

Soggetti assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei Servizi della Giustizia Minorile
Riepilogo per nazionalità, sesso e tipo di intervento attuato dal Servizio
Anno 1998

Intervento	Nazionalità italiana			Nazionalità straniera			Totale
	F	M	Totale	F	M	Totale	
Farmacologico	-	16	16	-	12	12	28
Psicologico e/o di sostegno	23	780	803	5	148	153	956
Farmacologico e psicologico	7	73	80	2	40	42	122
Non rilevato	10	245	255	1	56	57	312
Totale	40	1.114	1.154	8	256	264	1.418

Soggetti assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei Servizi della Giustizia Minorile
Riepilogo per nazionalità, sesso e "qualità" dell'assunzione
Anno 1998

Qualità assunzione	Nazionalità italiana			Nazionalità straniera			Totale
	F	M	Totale	F	M	Totale	
Consumatore occasionale	13	370	383	5	81	86	469
Consumatore abituale	21	573	594	2	124	126	720
Tossicodip.te	4	136	140	1	38	39	179
Non rilevato	2	35	37	-	13	13	50
Totale	40	1.114	1.154	8	256	264	1.418

Tav. 10/30 – Tav. 10/31 – Tav. 10/32

Soggetti assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei Servizi della Giustizia Minorile
 Riepilogo per nazionalità, sesso e categoria di reato
 Anno 1998

Categoria di reato	Nazionalità italiana			Nazionalità straniera			Totale
	F	M	Totale	F	M	Totale	
Contro lo Stato	-	9	9	-	1	1	10
Contro il patrimonio	15	530	545	8	112	120	665
Contro la famiglia, etc.	-	2	2	-	-	-	2
Contro la persona	1	42	43	-	4	4	47
DPR 309/90	23	452	475	-	128	128	603
Altri reati	-	6	6	-	-	-	6
Non rilevato	1	73	74	-	11	11	85
Totale	40	1.114	1.154	8	256	264	1.418

Soggetti assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei Servizi della Giustizia Minorile
 Riepilogo per nazionalità, sesso e area geografica
 Anno 1998

Area geografica	Nazionalità italiana			Nazionalità straniera			Totale
	F	M	Totale	F	M	Totale	
Nord	8	214	222	-	95	95	317
Centro	12	234	246	5	101	106	352
Sud	12	436	448	-	14	14	462
Totale	32	884	916	5	210	215	1.131

Ingressi di soggetti assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei Servizi della Giustizia Minorile
 Riepilogo per nazionalità, sesso e area geografica
 Anno 1998

Area geografica	Nazionalità italiana			Nazionalità straniera			Totale
	F	M	Totale	F	M	Totale	
Nord	9	262	271	-	122	122	393
Centro	15	301	316	8	117	125	441
Sud	16	551	567	-	17	17	584
Totale	40	1.114	1.154	8	256	264	1.418

Tav. 10/33

Soggetti assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei Servizi della Giustizia Minorile
Riepilogo periodo 1994~1998

Anni	C.P.A.	I.P.M.	U.S.S.M.	Totale
1994	608	299	255	1162
1995	516	322	402	1240
1996	507	329	337	1173
1997	491	380	420	1291
1998	661	381	376	1418

Distribuzione dei consumatori di sostanze in ambito militare secondo la regione di residenza
Anno 1998

Regione	N° soggetti	Frequenza in %
Piemonte	93	3,3
Valle d'Aosta	19	0,7
Lombardia	247	8,7
Trentino A. A.	66	2,3
Veneto	230	8,1
Friuli V.G.	66	2,3
Liguria	125	4,4
Emilia Romagna	275	9,7
Toscana	134	4,7
Umbria	96	3,4
Marche	115	4,1
Lazio	359	12,6
Abruzzo	59	2,1
Molise	16	0,6
Campania	126	4,4
Puglia	72	2,5
Basilicata	10	0,4
Calabria	265	9,3
Sicilia	222	7,8
Sardegna	234	8,2
Non indicato	9	0,3
Totale	2.838	100,0

Distribuzione dei consumatori in ambito militare
secondo lo stato civile
Anno 1998

Stato Civile	N° soggetti	Freq. %
Celibe	2.786	98,2
Coniugato	26	0,9
Vedovo	1	0,0
Separato	3	0,1
Convivente	12	0,4
Non indicato	10	0,4
Totale	2.838	100,0

Tavv. 10/34 - 10/35

Tavv. 10/36- 10/37 - 10/38 - 10/39

Distribuzione dei consumatori in ambito militare secondo l'attività lavorativa
prima dell'incorporamento

Anno 1998

<i>Attività lavorativa</i>	<i>N° soggetti</i>	<i>%</i>
Studente	425	15,0
Operaio	1.020	35,9
Impiegato	71	2,5
Lavoratore autonomo	193	6,8
Libero professionista	56	2,0
Dirigente	2	0,1
Imprenditore	10	0,4
Disoccupato	852	30,0
Altro	198	7,0
Non indicato	11	0,4
Totale	2.838	100,0

Distribuzione dei consumatori in ambito militare secondo il titolo di studio

Anno 1998

<i>Titolo di studio</i>	<i>N° soggetti</i>	<i>%</i>
Analfabeta	17	0,6
Licenza Elementare	307	10,8
Licenza Media	1.909	67,3
Diploma	582	20,5
Laurea Breve	4	0,1
Laurea	9	0,3
Non indicato	10	0,4
Totale	2.838	100,0

Distribuzione dei consumatori secondo la Forza Armata di appartenenza

Anno 1998

<i>Forza Armata</i>	<i>N° soggetti</i>	<i>%</i>
Esercito (*)	1.691	59,6
Marina	825	29,1
Aeronautica	254	8,9
Non indicato	68	2,4
Totale	2.838	100,0

(*) di cui 87 appartenenti ai Carabinieri

Distribuzione dei consumatori secondo la posizione di leva

Anno 1998

<i>Posizione di leva</i>	<i>N° soggetti</i>	<i>%</i>
Iscritto	541	19,1
Arruolato	613	21,6
Incorporamento	1.654	58,3
Obiettore di coscienza	15	0,5
Non indicato	15	0,5
Totale	2.838	100,0

Tavv. 10/40 - 10/41 - 10/42 - 10/43 - 10/44

Distribuzione dei consumatori secondo la posizione militare

Anno 1998

<i>Posizione militare</i>	<i>N° soggetti</i>	<i>%</i>
Leva	2.426	85,5
Complemento	12	0,4
Volontario	63	2,2
Servizio Permanente	66	2,3
Non indicato	271	9,5
Totale	2.838	100,0

Distribuzione dei consumatori secondo la categoria

Anno 1998

<i>Categoria</i>	<i>N° soggetti</i>	<i>%</i>
Truppa	2.487	87,6
Sottufficiali	56	2,0
Ufficiali	3	0,1
Non indicato	292	10,3
Totale	2.838	100,0

Distribuzione dei consumatori secondo la frequenza d'uso

Anno 1998

<i>Frequenza d'uso</i>	<i>N° soggetti</i>	<i>%</i>
Qualche volta l'anno	537	18,9
Qualche volta al mese	735	25,9
Qualche volta la settimana	647	22,8
Giornalmente	298	10,5
Non indicato	621	21,9
Totale	2.838	100,0

Distribuzione dei consumatori secondo il periodo d'assunzione

Anno 1998

<i>Periodo</i>	<i>N° soggetti</i>	<i>%</i>
Prima dell'incorporamento	402	14,2
Dopo l'incorporamento	2.003	70,6
Non indicato	433	15,3
Totale	2.838	100,0

Distribuzione dei consumatori secondo il motivo d'assunzione

Anno 1998

<i>Motivo</i>	<i>N° soggetti</i>	<i>%</i>
Spirito di gruppo	121	30,1
Pressioni psicologiche	14	3,5
Curiosità	164	40,8
Incontri con gli spacciatori	5	1,2
Disagi personali	66	16,4
Altro	32	8,0
Non indicato	0	0,0
Totale	402	100,0

Tav. 10/45

Sostanze stupefacenti maggiormente utilizzate in ambito militare
Anno 1998

<i>Tipo di sostanza</i>	<i>Valori assoluti</i>	<i>%</i>
Eroina	198	6,9
Morfina	4	0,1
Oppio e derivati	69	2,4
Metadone legale	12	0,4
Metadone illegale	1	0,0
Altri oppiacei	4	0,1
Alcool	61	2,1
Barbiturici	1	0,0
Sedativi ipnotici	7	0,2
Amfetamine	53	1,9
Exctasy	36	1,3
Cocaina	205	7,2
Marijuana - Hashish	2.093	73,4
Olio di hashish	4	0,1
Allucinogeni	20	0,7
Crack	1	0,0
Inalanti	1	0,0
Altro	82	2,9
Totale	2.852	100,0

Tav. 10/46 - 10/47

Decessi per abuso di sostanze stupefacenti

Serie storica per sesso e nazionalità

Anno	Italiani		Stranieri		In complesso		Totale
	M	F	M	F	M	F	
1994	785	59	21	2	806	61	867
1995	1.041	110	41	3	1.082	113	1.195
1996	1.386	134	42	4	1.428	138	1.566
1997	1.028	84	44	4	1.072	88	1.160
1998	945	92	35	4	980	96	1.076

Distribuzione regionale dei decessi per abuso di sostanze stupefacenti

Anno 1998

Anno 1998

Regioni	Classi di età (anni)												Totale	
	Da 15 a 19		Da 20 a 24		Da 25 a 29		Da 30 a 34		Da 35 a 39		Da 40 e oltre			
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	It	St
Piemonte	3		9	3	23	4	40	4	13	2	8	3	109	3
Valle d'Aosta							1		1				2	
Lombardia	1	1	9	3	55	4	49	4	37	1	23	1	178	10
Trentino A. A.	1	1	2	1	1	1	8		5		6		26	
Veneto	2		9		28	2	25	1	14	2	7		84	6
Friuli V.G.			2		2		2		5	2	5		18	
Liguria	2		7		11	2	21	3	11	1	6		63	1
Emilia Romagna	1	1	8	4	31	1	32	2	24	1	4		106	3
ITALIA NORD	10	3	46	11	151	14	178	14	110	9	59	4	586	23
Toscana	1		7	2	15	1	20	1	13	2	7		65	4
Umbria		1	3		2	1	5	1	8	2	3		24	2
Marche					4		2	3	3		1	1	14	
Lazio			10	5	32	2	28	5	30	2	15	3	125	7
ITALIA CENTRO	1	1	20	7	53	4	55	10	54	6	26	4	228	13
Abruzzo			2		3		5		4	2		1	17	
Molise			2	1	1		1				5		5	
Campania	1		12	1	29		26	1	7		5		81	1
Puglia			1	2	10	9	7	4	5	1			39	
Basilicata			1		3								4	
Calabria			2		5		1		2		2		10	2
Sicilia			7		4		10		6	1	8		36	
Sardegna			1		3		11		10		2	1	28	
ITALIA SUD-ISOLE	1		28	4	58	9	61	5	34	4	17	2	220	3
TOTALE ITALIA	13	4	97	20	260	19	280	23	197	18	98	8	1.037	39
Estero					2				1					

Fonte: Ministero dell'Interno

PAGINA BIANCA

**Il contrasto del mercato
Tavole statistiche**

Tav. 15/1

Operazioni Antidroga

Anno	N° operazioni
1994	21.713
1995	20.346
1996	19.988
1997	20.252
1998	21.100

Tav. 15/2

Distribuzione regionale delle operazioni antidroga per tipologia di sostanze stupefacenti

Anno 1998

	Eroina	Cocaina	Cannabis	Amfetaminici	L.S.D.	Altre	TOTALE
Piemonte	994	372	1.060	8	1	11	2.446
Valle d'Aosta	16	12	15				43
Lombardia	617	524	1.589	60	7	22	2.819
Trentino A. A.	106	36	172	3		4	321
Veneto	494	228	652	42	1	17	1.394
Friuli V. G.	69	42	346	22	5	10	494
Liguria	377	194	410	10		69	1.060
Emilia Romagna	397	259	1.059	33	4	21	1.773
ITALIA NORD	3.030	1.667	5.303	178	18	154	10.350
Toscana	650	238	850	74	4	27	1.843
Umbria	92	47	102	11		6	258
Marche	175	62	217	15		8	477
Lazio	762	628	796	14	2	16	2.218
ITALIA CENTRO	1.679	975	1.965	114	6	57	4.796
Abruzzo	141	37	215	13		4	410
Molise	14	5	47				66
Campania	523	247	780	8		11	1.569
Puglia	275	86	867	6		10	1.244
Basilicata	48	3	107			5	163
Calabria	110	56	560	12		14	752
Sicilia	261	92	908	10		13	1.284
Sardegna	95	37	305	12	2	14	465
ITALIA SUD/ISOLE	1.467	563	3.789	61	2	71	5.953
Acque internazionali			1				1
TOTALE	6.176	3.205	11.058	353	26	282	21.100

Tav. 15/3

Tipologia delle Operazioni Antidroga per sostanza stupefacente

Anno 1998

Tipologia dell'operazione	Eroina	Cocaina	Cannabis	Amfetaminici	L.S.D.	Altre Droghe
Contro traffico	454	758	821	12		10
Contro attività di vendita	5.544	2.258	8.595	325	21	237
Contro altri reati	3		4			
Rinvenimenti	188	194	1.657	17	5	35
Totale	6.189	3.210	11.077	354	26	282

Tav. 15/4

**Attività antidroga svolta dalla Polizia di Stato, dall'Arma dei Carabinieri e dal Corpo della Guardia di Finanza
Anno 1998**

		Polizia di Stato	Carabinieri	Guardia di Finanza	Polizia Penitenziaria	Totale
STUPEFACENTI SEQUESTRATI	kg.	8.570,916	16.850,182	31.897,276	0,709	57.319,083
EROINA	kg.	204,327	119,058	379,760	0,191	703,336
COCAINA	kg.	195,550	1.159,110	788,848	0,296	2.143,804
CANNABIS	kg.	7.957,545	15.563,874	30.677,112	0,222	54.198,753
- hashish	kg.	1.794,445	6.758,048	6.860,086	0,185	15.412,764
- marijuana	kg.	6.163,100	8.805,826	23.817,026	0,037	38.785,989
- piante	nr.	59.716	117.771	12.753		190.240
	in kg.	0,037	0,153	0,316		0,506
AMFETAMINICI						
	in dosi nr.	29.817	56.966	44.941	4	131.728
di cui ecstasy	nr.	29.758	56.370	43.645	4	129.777
L.S.D.	nr.	567	2.520	6.665		9.752
	in kg.	213,457	7,987	51,240 (*)		272,684
ALTRE SOSTANZE						
	in dosi nr.	1.803	6.826	11.365	8	20.002
OPERAZIONI ANTIDROGA	nr.	4.443	11.899	4.652	106	21.100
PERSONE DEFERITE ALLE AA.GG.	nr.	7.980	20.081	5.019	99	33.179
in stato di:						
- arresto	nr.	6.732	14.518	2.289	38	23.577
- libertà	nr.	1.119	5.427	2.686	61	9.293
- irreperibilità	nr.	129	136	44		309
di cui :						
- stranieri	nr.	3.394	5.439	1.632	60	10.525
- minori	nr.	267	872	157		1.296

(*) Comprendono grammi 3 di L.S.D..

Tav. 15/5

Distribuzione regionale delle quantità delle principali sostanze stupefacenti sequestrate
Anno 1998

	• Eroina		Cocaina		Cannabis		Amfetamini		L.S.D.	Altre Droghe	
	Kg.	Nr.	Kg.	Nr.	Kg.	Nr.	Kg.	Nr.	Nr.	Kg.	Nr.
Piemonte	33,318	161	47,339	52	1,997,901	576		5,279	3,876	0,136	181
Valle d'Aosta	0,049	20	0,150	1	0,994						4
Lombardia	168,158	160	336,457	144	4,651,047	2,099	0,143	30,828	2,555	32,648	1,463
Trentino A.A.	1,392	165	714,489		82,608	25		486	8	162,744	1
Veneto	18,976	263	68,295	11	1,507,254	1,933	0,010	30,998	509	64,201	952
Friuli V.G.	2,489	14	3,861		7,161,209	664	0,016	12,168	272	(*)0,099	185
Liguria	21,238	42	69,965	2	830,496	218	0,001	1,657	545	1,193	631
Emilia Romagna	21,906	40	47,412	4	726,145	667	0,001	16,763	697	0,004	561
ITALIA NORD	267,526	865	1,287,968	214	16,957,654	6,182	0,171	98,179	8,462	261,025	3,978
Toscana	23,676	214	64,428	46	5,003,791	2,360	0,001	4,351	791	4,240	1,423
Umbria	1,199	29	10,276	11	1,569,145	77	0,025	365			420
Marche	2,230	56	6,125		701,563	653	0,030	1,116	43	0,523	1,037
Lazio	105,110	102	670,843	937	1,601,569	2,371	0,162	7,032	236	0,699	1,137
ITALIA CENTRO	132,215	401	751,672	994	8,876,068	5,461	0,218	12,864	1,070	5,462	4,017
Abruzzo	127,848	8	9,425	1	1,085,947	346	0,003	755	79		7,739
Molise	0,164	4	1,006		744,401	78			2		
Campania	50,800	179	56,021	18	1,917,029	8,089	0,008	6,069	24	0,002	706
Puglia	108,089	1,116	7,976	93	18,222,969	718		1,941	4	0,670	1,858
Basilicata	0,939	31	0,154	11	1,011,363	342	0,007			0,101	15
Calabria	2,698	58	11,445	7	1,095,192	153,235		282		0,930	132
Sicilia	4,864	390	6,844	2	2,110,273	16,748		1,748	31	4,408	684
Sardegna	8,193	17	11,293	1	1,375,857	947	0,099	9,888	79	0,086	873
ITALIA SUD	303,595	1,803	104,164	133	27,563,031	180,503	0,117	20,685	220	6,197	12,007
Acque internazionali					802,000						
TOTALE ITALIA	703,336	3,069	2,143,804	1,341	54,198,753	192,146	0,506	131,728	9,752	272,684	20,002

(*) Comprendono grammi 3 di L.S.D.

h. Tav. 15/6

Quantità delle principali sostanze stupefacenti sequestrate

Anni	Eroina		Cocaina		Cannabis		Amfetaminici		L.S.D. Nr.
	Kg.	Nr.	Kg.	Nr.	Kg.	Nr.	Kg.	Nr.	
1994	1.150,157	5.373	6.635,634	741	18.931,261	709.117	3,349	96.155	28.473
1995	954,443	6.156	2.602,983	363	15.391,913	429.802	1,099	169.780	33.619
1996	1.270,151	7.926	2.387,240	838	11.870,022	518.179	2,023	154.394	14.197
1997	474,690	5.375	1.649,595	883	60.613,221	385.987	0,370	173.286	7.973
1998	703,336	3.069	2.143,804	1.341	54.198,753	192.146	0,506	131.728	9.752

Tav. 15/7

Persone deferite alle
Autorità Giudiziarie

Anno	N° persone
1994	36.125
1995	32.652
1996	32.987
1997	33.213
1998	33.179

Tav. 15/8

Distribuzione regionale delle persone deferite alle Autorità Giudiziarie
Anno 1998

	<i>Libertà</i>	<i>Arr. + Irr.</i>	TOTALE
Piemonte	732	2.584	3.316
Valle d'Aosta	20	25	45
Lombardia	979	3.540	4.519
Trentino A.A.	192	271	463
Veneto	671	1.537	2.208
Friuli V.G.	398	283	681
Liguria	415	1.074	1.489
Emilia Romagna	929	1.679	2.608
ITALIA NORD	4.336	10.993	15.329
Toscana	1.073	2.003	3.076
Umbria	139	313	452
Marche	339	412	751
Lazio	659	2.614	3.273
ITALIA CENTRO	2.210	5.342	7.552
Abruzzo	373	383	756
Molise	52	67	119
Campania	426	2.230	2.656
Puglia	375	1.797	2.172
Basilicata	108	280	388
Calabria	510	634	1.144
Sicilia	579	1.796	2.375
Sardegna	324	358	682
ITALIA SUD	2.747	7.545	10.292
Acque internazionali		6	6
TOTALE	9.293	23.886	33.179

Tav. 15/9

Distribuzione regionale delle persone deferite alle Autorità Giudiziarie per
tipologia di sostanze stupefacenti
Anno 1998

	Eroina	Cocaina	Cannabis	Amfetaminici	L.S.D.	Altre Droghe
Piemonte	1.488	598	1.209	10		11
Val d'Aosta	15	17	13			
Lombardia	1.387	948	2.085	69	8	22
Trentino A.A.	160	66	230	3		4
Veneto	812	409	890	71	1	25
Friuli V.G.	114	76	417	59	4	11
Liguria	610	301	490	16		72
Emilia R.	667	441	1.427	48	5	20
ITALIA NORD	5.253	2.856	6.761	276	18	165
Toscana	1.094	554	1.276	115	4	33
Umbria	186	108	136	16		6
Marche	260	137	314	26		14
Lazio	1.163	984	1.081	21	4	20
ITALIA CENTRO	2.703	1.783	2.807	178	8	73
Abruzzo	351	60	319	25		1
Molise	32	8	79			
Campania	1.144	437	1.047	15		13
Puglia	647	145	1.362	12		6
Basilicata	172	3	206			7
Calabria	298	81	733	18		14
Sicilia	691	285	1.362	28		9
Sardegna	191	73	384	13	2	19
ITALIA SUD	3.526	1.092	5.492	111	2	69
Acque int.li			6			
TOTALE ITALIA	11.482	5.731	15.066	565	28	307

Tav. 15/10

Persone deferite alle Autorità Giudiziarie per tipologia di sostanza stupefacente
Anno 1998

Sostanza	In stato di libertà	Con provvedimento restrittivo	Totale
Eroina	1.893	9.589	11.482
Cocaina	1.187	4.544	5.731
Cannabis	5.851	9.215	15.066
Amfetaminici	179	386	565
L.S.D.	12	16	28
Altre droghe	171	136	307

Tav. 15/11

Persone deferite alle Autorità Giudiziarie per titolo di reato
contestato
Anno 1998

<i>Titolo del reato D.P.R. 9/10/1990, N. 309</i>	<i>N° persone</i>
<i>Produzione e traffico (art. 73, 1°, 2°, 3°, 4° e 6° comma)</i>	3.428
<i>Attività di vendita (art. 73, 5° e 6° comma)</i>	26.550
<i>Associazione finalizzata al traffico (art. 74 escluso 6° co.)</i>	2.855
<i>Associazione finalizzata allo smercio (combinato disposto art. 74, c.6° ed art. 416 C.P.)</i>	336
<i>Altri reati previsti Dalla specifica normativa</i>	10
Totale	33.179

Tav. 15/12

Stranieri deferiti alle
Autorità Giudiziarie

<i>Anno</i>	<i>N° stranieri</i>
1994	8.128
1995	7.478
1996	7.382
1997	9.357
1998	10.525

Tav. 15/13

Italiani e stranieri deferiti alle Autorità Giudiziarie
Anno 1998

<i>Nazionalità</i>	<i>In stato di libertà</i>	<i>Con provvedimento restrittivo</i>	<i>Totale</i>
Italiani	7.953	14.701	22.654
Stranieri	1.340	9.185	10.525
Totale	9.293	23.886	33.179

Tav. 15/14

Minorenni deferiti alle
Autorità Giudiziarie

<i>Anno</i>	<i>N° minorenni</i>
1994	987
1995	1.187
1996	1.009
1997	1.238
1998	1.296

Tav. 15/15

Minorenni italiani e stranieri deferiti alle Autorità Giudiziarie
Anno 1998

<i>Italiani</i>		<i>Stranieri</i>	
In stato di libertà	Con provvedimento restrittivo	In stato di libertà	Con provvedimento restrittivo
416	304	112	464

Fonte: Ministero di Grazia e Giustizia

Tav. 15/16

Reati in materia di sostanze stupefacenti e psicotrope ai sensi del D.P.R. n°309 del 1990

Procedimenti penali pendenti alla data del 30 giugno 1998

Articoli del D.P.R. 309/90	Tipologia del reato	N° dei procedimenti
Art. 73	Produzione e traffico in forma individuale	47.697
Art. 74	Produzione e traffico in forma associata	2.154
Art. 75 e 76	Interruzione del programma terapeutico e altre violazioni all'art. 76	123
Art. 79	Agevolazione all'uso di sostanze stupefacenti	61
Art. 82	Istigazione, proselitismo e induzione al reato di persona minore	11
Totale		50.046

Reati per area geografica

Nord	22.604
Centro	10.990
Sud	10.583
Isole	5.869
Totale	50.046

Fonte: Ministero di Grazia e Giustizia

Bibliografia

PAGINA BIANCA

Bibliografia

ECSTASY:

Ajaelo I, Koenig K, Snoey E: Severe hyponatremia and inappropriate antidiuretic hormone secretion following ecstasy use [letter] *Acad Emerg Med*, 5:839-840, 1998.

Allen, R.P., McCann, U.D., Ricaurte, G.A. Persistent effects of (+/-)3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA, "ecstasy") on human sleep. *Sleep* 16(6), pp 560-564 1993.

Battaglia, G., Yeh, S.Y., O'Hearn, E., Molliver, M.E., Kuhar, M.J., DeSouza, E.B. 3,4-Methylenedioxymethamphetamine and 3,4-methylenedioxyamphetamine destroy serotonin terminals in rat brain: quantification of neurodegeneration by measurement of [³H]paroxetine-labelled serotonin uptake sites. *J Pharmacol Exp Ther*; 242, pp 911-916 1987.

Bolla, KI, McCann, UD., Ricaurte, GA: Memory impairment in abstinent MDMA ("Ecstasy") users. *Neurology* 51(6), pp 1532-1537 1998

Brauer RB, Heidecke CD, Nathrath W, Beckurts K.T, Vorwald P, Zilker TR, Schweigart U, Hölscher AH, Siewert JR: Liver transplantation for the treatment of fulminant hepatic failure induced by the ingestion of ecstasy. *Transpl Int*, 10:229-233, 1997.

Brodkin, J., Malyala, A., Nash, J.F. Effect of acute monoamine depletion on 3,4-methylene-dioxymethamphetamine-induced neurotoxicity. *Pharmacol. Biochem. Behav.* 45, pp 647-653 1993.

Brody, S., Krause, C., Veit, R., Rau, H. Cardiovascular autonomic dysregulation in users of MDMA ("Ecstasy"). *Psychopharmacology (Berl)* 136, pp 390-393 1998.

Brown C, Osrelloh JJ: Multiple severe complications from recreational ingestion of MDMA ("Ecstasy") (letter). *JAMA* 258: 780-781, 1987.

Clark, A.D., Butt, N. Ecstasy-induced very severe aplastic anaemia complicated by invasive pulmonary mucormycosis treated with allogeneic peripheral blood progenitor cell transplant. *Clin Lab Haematol* 19, pp 279-281 1997.

Commins DL, Vosmer G, Virus R, Woolverton W, Schuster C, Seiden L: Biochemical and histological evidence that methylenedioxymethamphetamine (MDMA) is toxic to neurons in the rat brain. *J Pharmacol Exp Ther* 241: 338-45, 1987.

Connor, T.J., McNamara, M.G., Finn, D., Currid, A., O'Malley, M., Redmond, A.M., Kelly, J.P., Leonard BE Acute 3,4-methylenedioxymethamphetamine(MDMA) administration produces a rapid and sustained suppression of immune function in the rat. *Immunopharmacology* 38, pp 253-260 1998.

Cooper AJ, Egleston CV: Accidental ingestion of Ecstasy by a toddler: unusual cause for convulsion in a febrile child. *J Accid Emerg Med*, 14:183-184, 1997.

Creighton FJ, Black DL, Hyde CE: "Ecstasy" psychosis and flashbacks. *British Journal of Psychiatry*, 159: 713-715, 1991.

Cunningham M: Ecstasy-induced rhabdomyolysis and its role in the development of acute renal failure. *Intensive Crit Care Nurs*, 13:216-223, 1997.

Curran HV, Travill RA: Mood and cognitive effects of +/-3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA, 'ecstasy'): week-end 'high' followed by mid-week low. *Addiction*, 92:821-831, 1997.

Curran HV, Travill RA: Mood and cognitive effects of +/-3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA, 'ecstasy'): week-end 'high' followed by mid-week low. *Addiction*, 92:821-831, 1997.

De Souza, E.B., Battaglia, G., Insel, T.L. Neurotoxic effect of MDMA on brain serotonin neurons: evidence from neurochemical and radioligand binding studies. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 600, pp 682-697 1990.

Demirkiran M, Jankovic J, Dean JM: Ecstasy intoxication: an overlap between serotonin syndrome and neuroleptic malignant syndrome. *Clin Neuropharmacol*, 19: 157-164, 1996.

Dinse, H. [Ecstasy (MDMA) intoxication. An overview]. *Anaesthesist* 46(8), pp 697-703 1997.

Dykhuisen RS, Brunt PW, Atkinson P, Simpson JG, Smith CC: Ecstasy induced hepatitis mimicking viral hepatitis. *Gut*, 36:939-941, 1995.

Eisner, B. Ecstasy: the MDMA Story. Berkeley: Ronin Publishing, 1989

Ellis AJ, Wendon JA, Portmann B, Williams R: Acute liver damage and ecstasy ingestion. *Gut*, 38:454-458, 1996.

Fidler H, Dhillon A, Gertner D, Burroughs A: Chronic ecstasy (3,4-methylenedioxymetamphetamine) abuse: a recurrent and unpredictable cause of severe acute hepatitis. *J Hepatol*, 25:563-566, 1996.

Fischer, C.A., Hatzidimitriou, G., Katz, J.L., Ricaurte, G.A. Reorganization of ascending serotonin axon projections in animals previously exposed to the recreational drug 3,4-methylenedioxymethamphetamine. *J Neurosci* 15, pp 5476-5485 1995.

Gerra, G. Ecstasy e metamfetamine: aspetti neuroendocrini e comportamentali. *Atti del Seminario: "Studi sui derivati amfetaminici"* Roma pp. 18-25, 1995.

Gerra, G., Zaimovic, A., Chittolini, B., Giucastro, G., Palladino, M., Gaggiotti, M.T., Caccavari, R. Metilen-dioksi-metamfetamina: aspetti neuroendocrini e comportamentali. *Quaderni Italiani di Psichiatria*, Masson Ed., 3, pp 159-167 1996.

Gerra, G., Zaimovic, A., Giucastro, G., Maestri, M., Monica, C., Sartori, R., Caccavari, R., Delsignore, R. Serotonergic function after ($\pm$) 3, 4-methylenedioxy-methamphetamine (MDMA, "Ecstasy") in humans. *Int Clin Psychopharmacol*, 13, pp 1-9, 1998.

Gerra, G., Zaimovic, A., Giucastro, G., Maestri, M., Monica, C., Sartori, R., Caccavari, R., Delsignore, R. Serotonergic function after ($\pm$) 3, 4-methylenedioxy-methamphetamine (MDMA, "Ecstasy") in humans. *Int Clin Psychopharmacol*, 13, pp 1-9, 1998.

Greer, G., Tolbert, R. Subjective reports of the effects of MDMA in a clinical setting. *J. Psychoactive Drugs* 18, pp 319-327 1986.

Hellinger A, Rauen U, de Groot H, Erhard J: [Auxiliary liver transplantation for acute liver failure after intake of 3,4-methylenedioxymethamphetamine ("Ecstasy"). *Dtsch Med Wochenschr* 122:716-720, 1997.

Hibell B, Andersson B, Bjarnason T, Kokkevi A, Morgan M, Narusk A: Alcohol and other drug use among students in 26 European Countries. The European School Survey Project on Alcohol and other Drugs, The 1995 ESPAD report, 1996.

Huarte Muniesa MP, Pueyo Royo AM: [Acute hepatitis due to ingestion of Ecstasy] *Rev Esp Enferm Dig*, 87: 681-683, 1995.

Insel TR, Battaglia G, Johannessen JN, Marra S, De Souza EB: 3,4-Methylenedioxymethamphetamine ("ecstasy") selectively destroys brain serotonin terminals in rhesus monkeys. *J Pharmacol Exp Ther* 249: 713-20, 1989.

Insel TR, Battaglia G, Johannessen JN, Marra S, De Souza EB: 3,4-Methylenedioxymethamphetamine ("ecstasy") selectively destroys brain serotonin terminals in rhesus monkeys. *J Pharmacol Exp Ther* 249: 713-20, 1989.

Johnson, M., Sonsalla, P.K., Letter, A.A., Hanson, G.R., Gibb, J.W. Role of the 5-HT₂ receptor in the methamphetamine-induced neurochemical alterations. *J. Pharmacol. Exp. Ther.* 270, pp 97-103 1994.

Khakoo SI, Coles CJ, Armstrong JS, Barry RE: Hepatotoxicity and accelerated fibrosis following 3,4-methylenedioxymetamphetamine ("ecstasy") usage. *J Clin Gastroenterol*, 20:244-247, 1995.

McCann UD, Szabo Z, Scheffel U, Dannals RF, Ricaurte GA: Positron emission tomographic evidence of toxic effect of MDMA ("Ecstasy") on brain serotonin neurons in human beings. *Lancet* 352 (9138): 1433-1437, 1998.

McCann, U.D., Ricaurte, G.A. Reinforcing subjective effects of (+/-) 3,4 methylenedioxymethamphetamine ("ecstasy") may be separable from its neurotoxic actions: clinical evidence. *J. Clin. Psychopharmacol.* 13, pp 214-217 1993.

McCann, U.D., Ridenour, A., Shaham, Y., Ricaurte, G.A. Serotonin neurotoxicity after (+/-)3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA; "Ecstasy"): a controlled study in humans. *Neuropsychopharmacology* 10, pp 129-138 1994.

McCann, U.D., Slate, S.O., Ricaurte, G.A. Adverse reactions with 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA; 'ecstasy'). *Drug Saf* 2, pp 107-115 1996.

Molliver ME, Berger UV, Mamounas LA, Molliver DC, O'Hearn EG, Wilson MA: Neurotoxicity of MDMA and related compounds: anatomic studies. *Ann NY Acad Sci* 600: 640-64, 1990.

Morgan, M.J. Recreational use of "ecstasy" (MDMA) is associated with elevated impulsivity. *Neuropsychopharmacology* 19(4), pp 252-264 1998.

Nash JF, Brodtkin J: Microdialysis studies on 3,4-methylenedioxymethamphetamine-induced dopamine release: effect of dopamine uptake inhibitors. *J. Pharmacol. Exp. Ther.* 259(2), pp 820-825 1991.

Nichols DE: Differences between the mechanism of action of MDMA, MBDB, and the classic hallucinogens. Identification of a new therapeutic class: entactogens. *J. Psychoactive Drugs* 18, pp 305-313 1986.

Nielsen JC, Nicholson K, Pitzner-Jørgensen BL, Undén M: [Abuse of Ecstasy (3,4-methylenedioxymethamphetamine). Pharmacological, neuropsychiatric and behavioral aspects] *Ugeskr Laeger* 157(6), pp 724-727 1995.

O'Hearn EG, Battaglia G, DeSouza EB, Kuhar MJ, Molliver ME: Methylenedioxyamphetamine (MDA) and methylenedioxymethamphetamine (MDMA) cause selective ablation of serotonergic axon terminals in forebrain: immunocytochemical evidence for neurotoxicity. *J Neurosci*; 8: 2788-803, 1988.

Onwudike M: Ecstasy induced retropharyngeal emphysema. *J Accid Emerg Med*, 13:359-361, 1996.

Parr MJ, Low HM, Botterill P: Hyponatraemia and death after "ecstasy" ingestion. *Med J Aust*, 166:136-137, 1997.

Parrott AC, Lasky J: Ecstasy (MDMA) effects upon mood and cognition: before, during and after a Saturday night dance. *Psychopharmacology (Berl)* 139(3), pp 261-268 1998.

Parrott AC, Lasky J: Ecstasy (MDMA) effects upon mood and cognition: before, during and after a Saturday night dance. *Psychopharmacology (Berl)* 139(3), pp 261-268 1998.

Parrott AC, Lasky J: Ecstasy (MDMA) effects upon mood and cognition: before, during and after a Saturday night dance. *Psychopharmacology (Berl)* 139(3), pp 261-268 1998.

Ricaurte GA, Forno LS, Wilson MA, et al.: ($\pm$)3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA) selectively damages central serotonergic neurons in non-human primates. *JAMA* 260: 51-55, 1988.

Ricaurte, G.A. Studies of MDMA-induced neurotoxicity in nonhuman primates: a basis for evaluating long-term effects in humans. In: Asghar K, DeSouza E, eds. *Pharmacology and toxicology of amphetamines and related designer drugs*. NIDA Res Monogr 94, pp 306-322 1989.

Ricaurte, G.A., DeLanney, L.E., Irwin, I., Langston, J.W. Toxic effects of MDMA on central serotonergic neurons in the primate: importance of route and frequency of drug administration. *Brain Res*; 446, pp 165-168 1988.

Ricaurte, G.A., Martello, A.L., Katz, J.L., Martello, M.B. Lasting effects of ($\pm$)3,4-methylenedioxymethamphetamine on central serotonergic neurons in non-human primates: neurochemical observations. *J Pharmacol Exp Ther* 261, pp 616-622 1992.

Robinson, T.E., Castaneda, E., Whishaw, I.Q. Effects of cortical serotonin depletion induced by 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA) on behavior, before and after additional cholinergic blockade. *Neuropsychopharmacology* 8(1), pp 77-85 1993.

Rudnick G, Wall SC: Non- neurotoxic amphetamine derivatives release serotonin through serotonin transporters. *Molecular Pharmacology* 43: 271-276, 1993.

Rudnick G, Wall SC: The molecular mechanism of "ecstasy" (3,4-methylenedioxy-methamphetamine (MDMA)) serotonin transporters are targets for MDMA-induced serotonin release. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, 89: 1817-1821, 1992.

Scheffel U, Szabo Z, Mathews WB, et al.: In vivo detection of short- and long-term MDMA neurotoxicity: a positron emission tomography study in the living baboon brain. *Synapse* 29: 183-192, 1998.

Scheffel, U., Lever, J.R., Stathis, M., Ricaurte, G.A., Repeated administration of MDMA causes transient down-regulation of serotonin 5-HT₂ receptors. *Neuropharmacology* 31(9), pp 881-893 1992.

Schifano F, Di Furia L, Forza G, Minicuci N, Bricolo R: MDMA ('ecstasy') consumption in the context of polydrug abuse: a report on 150 patients. *Drug Alcohol Depend* 52(1), pp 85-90 1998.

Schifano F, Magni G: MDMA ("ecstasy") abuse: psychopathological features and craving for chocolate: a case series. *Biol Psychiatry* 36(11), pp 763-767 1994.

Schifano F: Research on human neurotoxicity of MDMA (ecstasy): subjective self-reports; evidence from a drug addiction centre; clinical case studies. In press, *Neuropsychobiology*, 1998.

Schmidt CJ: Neurotoxicity of the psychedelic amphetamine, methylenedioxymethamphetamine. *J Pharmacol Exp Ther* 240: 1-7, 1987.

Schuldiner S, Steiner-Mordoch S, Yelin R, Wall SC, Rudnick G: Amphetamine derivatives interact with both plasma membrane and secretory vesicle biogenic amine transporters. *Molecular Pharmacology* 44: 1227-1231, 1993.

Seymour HR, Gilman D, Quin JD: Severe ketoacidosis complicated by 'ecstasy' ingestion and prolonged exercise. *Diabet Med* 13:908-909, 1996.

Slikker W, Ali SF, Scallet C, Frith CH, Newport GD, Bailey JR: Neurochemical and neurohistological alterations in the rat and monkey produced by orally administered methylenedioxymethamphetamine (MDMA). *Toxicol Appl Pharmacol* 94: 448-457, 1988.

Solowij N, Hall W, Lee N: Recreational MDMA use in Sydney: a profile of "Ecstasy" users and their experiences with the drug. *Br. J. Addict*, 87:1161-1172 1992.

Steele TD, McCann UD, Ricaurte GA: 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA; "Ecstasy") pharmacology and toxicology in animals and humans.[Review] *Addiction* 89, pp 539-551 1994.

Thomasius, R., Schmolke, M., Kraus, D. [MDMA ("Ecstasy") use--an overview of psychiatric and medical sequelae] *Fortschr Neurol Psychiatr* 65(2), pp 49-61 1997.

Villemagne V, Yuan J, Wong DF, Dannals RF, Hatzidimitriou G, Mathews WB, Ravert HT, Musachio J, McCann UD, Ricaurte GA: Brain dopamine neurotoxicity in baboons treated with doses of methamphetamine comparable to those recreationally abused by humans: evidence from [11C]WIN-35,428 positron emission tomography studies and direct in vitro determinations. *J Neurosci* 18(1), pp 419-427 1998.

Williams H, Dratcu L, Taylor R, Roberts M, Oyefeso A: "Saturday night fever": ecstasy related problems in a London accident and emergency department. *J Accid Emerg Med* 15:322-326, 1998.

Wodarz N, Boning J: "Ecstasy"-induced psychotic depersonalization syndrome. *Nervenarzt*, 64: 478-480, 1993.

CANNABIS:

Emrich HM, Leweke FM, Schneider U Towards a cannabinoid hypothesis of schizophrenia: cognitive impairments due to dysregulation of the endogenous cannabinoid system. *Pharmacol Biochem Behav* 1997 Apr 56:4 803-807.

Tanda G, Pontieri FE, Di Chiara G Cannabinoid and heroin activation of mesolimbic dopamine transmission by a common mu1 opioid receptor mechanism. *Science* 1997;276(5321):2048-2050

COCAINA

Foltin RW, Fischman MW Effects of "binge" use of intravenous cocaine in methadone-maintained individuals. *Addiction* 1998 93:6 825-36.

Haney M, Gerra G, Fischman MW, Foltin RW: Neuroendocrine effects of d-fenfluramine after repeated cocaine self-administration in humans. In press 1999.

Negus SS, Gatch MB, Mello NK Discriminative stimulus effects of a cocaine/heroin "speedball" combination in rhesus monkeys. *J Pharmacol Exp Ther* 1998 285:3 1123-36

Nunes EV, Quitkin FM, Brady R, Stewart JW Imipramine treatment of methadone maintenance patients with affective disorder and illicit drug use. *Am J Psychiatry* 1991;148(5):667-9

EROINA:

Andersen HS, Sestoft DM, Lillebaek T, Gabrielsen G Heroin abuse among Danish prisoners on remand. II. Consequences related to form of administration]. *ugeskr læger* 1996 158: 4754-4758

Bowdle TA, Radant AD, Cowley DS, Kharasch ED, Strassman RJ, Roy-Byrne PP Psychedelic effects of ketamine in healthy volunteers: relationship to steady-state plasma concentrations. *Anesthesiology* 1998;88(1):82-8

Fiorella D, Palumbo PA, Rabin RA, Winter JC The time-dependent stimulus effects of R(-)-2,5-dimethoxy-4-methamphetamine (DOM): implications for drug-induced stimulus control as a method for the study of hallucinogenic agents. *Psychopharmacology (Berl)* 1995;119(2):239-45

Jenkins AJ, Keenan RM, Henningfield JE, Cone EJ Pharmacokinetics and pharmacodynamics of smoked heroin. *J Anal Toxicol* 1994;18(6):317-330.

Marona-Lewicka D, Nichols DE Complex stimulus properties of LSD: a drug discrimination study with alpha 2-adrenoceptor agonists and antagonists. *Psychopharmacology (Berl)* 1995;120(4):384-91

LSD

Altura BT, Altura BM Phencyclidine, lysergic acid diethylamide, and mescaline: cerebral artery spasms and hallucinogenic activity. *Science* 1981;212(4498):1051-2

Batzer W, Ditzler T, Brown C LSD use and flashbacks in alcoholic patients. *J Addict Dis* 1999;18(2):57-63

Hurlbut KM Drug-induced psychoses. *Emerg Med Clin North Am* 1991;9(1):31-52

Leikin JB, Krantz AJ, Zell-Kanter M, Barkin RL, Hryhorczuk DO Clinical features and management of intoxication due to hallucinogenic drugs. *Med Toxicol Adverse Drug Exp* 1989;4(5):324-50

Marona-Lewicka D, Nichols DE Complex stimulus properties of LSD: a drug discrimination study with alpha 2-adrenoceptor agonists and antagonists. *Psychopharmacology (Berl)* 1995;120(4):384-91

Rech RH, Commissaris RL Neurotransmitter basis of the behavioral effects of hallucinogens. *Neurosci Biobehav Rev* 1982;6(4):521-7

Retterstol N Phenothiazine-induced toxic psychosis after LSD. *Can Med Assoc J* 1971;7;105(3):241

Schwartz RH, Smith DE Hallucinogenic mushrooms. *Clin Pediatr (Phila)*. 1988;27(2):70-3.

Selakovic-Bursic S, Bujisic G[The effect of hallucinogenic drugs on the development of psychoses]. *Med Pregl* 1994;47(11-12):421-3

CAPITOLO 7

Able E., Lee JA. Paternal alcohol exposure affects offspring behavior but not body or organ weights in mice. *Alcoholism. Clin. Exp. Res.*, 12: 349-355, 1988.

Bailey SL, Flewelling RL, Rachal JV Predicting continued use of marijuana among adolescents: the relative influence of drug-specific and social context factors. *J Health Soc Behav* 1992;33(1):51-65

Baumann D, Hampich B, Seidlein HJ [Degree of gratification of needs in the use of drugs]. *Pharmazie* 1983;38(1):57-61

Blum K., Sheridan PJ., Wood RC., Braverman ER., Chen TJ., Comings DE. Dopamine D2 receptor gene variants, association and linkage studies in impulsive-addictive-compulsive behaviour. *Pharmacogenetics*, 5: 121-141, 1995.

Boja JW., Kuhar MJ. [³H] cocaine binding and inhibition of [³H] dopamine uptake is similar in both rat striatum and nucleus accumbens. *Eur. J. Pharmacol.*, 173: 215-217, 1989.

Brambilla F., Guareschi-Cazzullo A., Tacchini C., Gerra G., Musetti C. Growth hormone response to growth hormone releasing hormone and to clonidine stimulation in peripubertal patients with major depressive disorder. *Biological Psychiatry*, 36: 51-56, 1994.

Carmelli D., Swan GE., Robinette D., et al. Heritability of substance abuse in the NAS-NRC twin registry. *Acta Genet. Med. Gemellol.*, 39: 91-98, 1990.

Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Arch. Gen. Psychiatry*, 44: 573-588, 1987.

Compton P.A., Anglin M.D., Khalsa-Denison M.E., Paredes A. The D2 dopamine receptor gene, addiction, and personality: clinical correlates in cocaine abusers. *Biol. Psychiatr.*, 39: 302-4, 1996.

Devor EJ., Cloninger CR., Hoffman PL., et al., A genetic study of platelet adenylate cyclase activity: Evidence for a single major locus effect in fluoride-stimulated activity. *Am. J. Hum. Gen.*, 49: 372-377, 1991.

Ehlers CL., Schuckit MA. Evaluation of EEG alpha activity in sons of alcoholics. *Neuropsychopharmacology*, 4: 199-205, 1991.

Fadda R., Argiolas A. Melis MR., et al. Differential effect of and chronic ethanol on dopamine metabolism in frontal cortex, caudate nucleus and substantia nigra. *Life Sci.*, 27: 979-986, 1980.

Galanter J., Goldman D., Risch R., et al. The A1 allele at the D2 dopamine receptor gene and alcoholism. *JAMA* 269: 1673-1677, 1993.

Galanter J., Goldman D., Risch R., et al. The A1 allele at the D2 dopamine receptor gene and alcoholism. *JAMA* 269: 1673-1677, 1993.

Galanter M., Egelko S., Edwards H., Vergaray M. A treatment system for combined psychiatric and addictive illness. *Addiction*, 89: 1227-35, 1994.

Galvin M., Shekhar A., Simon J., Stiwell B., Ten Eyck R., Laite G., Karwisch G., Blix S. Low dopamine-β-hydroxylase: a biological sequela of abuse and neglect? *Psychiatry Res.*, 1991: 39: 1-11.

George D.T., Nutt D.J., Dwyer B.A., Linnoila M. Alcoholism and panic disorder: is the comorbidity more than coincidence. *Acta Psych. Scand.*, 81: 97-107, 1990.

Gerra G., Caccavari R., Fontanesi B., Delsignore R., Fertonani-Affini G., Marcato A., Maestri D., Avanzini P., Perna G., Brambilla F., Alpha-2-adrenoceptor sensitivity in heroin addicts with and without previous attention deficit disorder/hyperactivity and conduct disorder. *Neuropsychobiology*, 30: 15-9, 1994.

Gerra G., Ferri M., Zaimovic A., Giucastro G., Palladino M., Sartori R., Chittolini B., Delsignore R., Maestri D., Marzocchi G., Brambilla F. Gabaergic function in detoxified heroin addicts: relationship to anxiety disorders. *Psychiatry Research*, 77:89-96, 1998.

Gerra G., Fertonani G., Tagliavini P., Zaimovic A., Delsignore R., Maestri D., Avanzini P., Caccavari R., Brambilla F., Serotonin function in detoxified heroin abusers: prolactin and cortisol response to the fenfluramine challenge. *Psych. Res.*, 58: 153-160, 1995

Gerra G., Terzi C., Delsignore R., Caccavari R., Gaggiotti MT., Maestri D., Ugolotti G., Chiodera P. and Coiro V. Neuroendocrine responses to physical exercise in adolescents with low self esteem and frustration. *Neuroendocrinol. Lett.*, 13(5): 367-375, 1991.

Gerra G., Volpi R., Delsignore R., Caccavari R., Gaggiotti MT., Montani G., Maninetti L., Chiodera P. and Coiro V. ACTH and beta-endorphin responses to physical exercise in adolescent women tested for anxiety and frustration. *Psychiatry Research*, 41: 179-186, 1992.

Gerra G., Zaimovic A., Chittolini B., Giucastro G., Palladino M., Maestri D., Tesson A., Avanzini P., Caccavari R., Bernasconi S., Brambilla F. Neurotransmitter - hormonal responses to psychological stress in peripubertal subjects: relationship to aggressive behavior. *Life Sciences*, 62:617-625, 1998.

Gerra G., Zaimovic A., Chittolini B., Giucastro G., Palladino M., Gaggiotti MT., Caccavari R. Metilen-dioksi-metamfetamina: aspetti neuroendocrini e comportamentali. *Quaderni di Psichiatria*, 3: 159-167, 1996.

Gerra G., Zaimovic A., Chittolini B., Giucastro G., Palladino M., Gaggiotti MT., Caccavari R. Metilen-dioksi-metamfetamina: aspetti neuroendocrini e comportamentali. *Quaderni di Psichiatria*, 3: 159-167, 1996.

Gordon LB Preferential drug abuse: defenses and behavioral correlates. *J Pers Assess* 1980; 44(4):345-50

Handelsman L., Branchey MH., Buydens-Branchey L., Gribomont B., Holloway K., Silverman J. Morbidity risk for alcoholism and drug abuse in relatives of cocaine addicts. *Am. J. Drug. Alcohol Abuse*, 19: 347-357, 1993.

Hesselbrock V., Meyer R., Hesselbrock M. Psychopathology and addictive disorders, in O'Brien CP (ed): *Addictive States*. New York, Raven Press, pp 179-191, 1992.

Imperato A., DiChiara G. Preferential stimulation of dopamine release in the nucleus accumbens of freely moving rats by ethanol. *J. Pharmacol. Exp. Ther.*, 239: 219-228, 1986.

Khantzian EJ The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harv Rev Psychiatry* 1997;4(5):231-244.

Khatzian EJ. The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *Am. J. Psychiatry*, 142: 1259-64, 1985.

Kleinman P.H., Miller A.B., Millman R.B., Woody G.E., Todd T., Kemp J., Lipton D.S. Psychopathology among cocaine abusers entering treatment. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 178(7): 442-7, 1990.

Leshner A.I. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *New England J. of Medicine*, 335: 128-9, 1996.

Limson R., Goldman D., Roy A., et al. Personality and CSF monoamine metabolites in alcoholics and controls. *Arch. Gen. Psychiatry*, 48: 437-441 1991.

Luthar SS., Rounsaville BJ. Substance misuse and comorbid psychopathology in a high risk group: a study of siblings of cocaine misusers. *Int. J. Addict.*, 28: 415-434, 1993.

Merikangas KR. The genetic epidemiology of alcoholism. *Psychol. Med.* 20: 11-22, 1990

Mirin SM., Weiss RD., Griffin ML., Michael JL. Psychopathology in drug abusers and their families. *Compr. Psychiatry*, 32(1): 36-51, 1991.

Moss H., Yao J., Burns M., et al. Plasma GABA-like activity in response to ethanol challenge in men at high risk for alcoholism. *Biol. Psychiatry*, 27: 617-625, 1990.

Pozzi G., Bacigalupi M., Serretti A., Tempesta E. Prevalenza dei disturbi mentali fra gli utenti dei servizi pubblici per le tossicodipendenze in Italia: uno studio multicentrico. *Boll. Farmacodip. e Alcolis.*, XVI (3-4), 1993.

Rothman R.B., Glowa J.R. A review of the effects of dopaminergic agents on humans, animals, and drug-seeking behavior, and its implications for medication development. Focus on GBR 12909. (Review). *Molecular Neurobiology*, 11:1-19, 1995.

Satterfield J.M., Hoppe C.M., Schnell A.M. A prospective study of delinquency in 110 adolescent boys with attention deficit disorder and 88 normal boys. *Am. J. Psychiatry*, 139: 795-8, 1982.

Schuckit MA., Hauger RL., Monteiro MG., et al. Response of three hormones to diazepam challenge in sons of alcoholics and controls. *Alcoholism. Clin. Exp. Res.*, 12: 537-542, 1991.

Siever, L.J., Kahn, R.S., Lawlor, B.A., Trestman, R.L., Lawrence, T.L. and Coccaro, E.F. Critical issues in defining the role of serotonin in psychiatric disorders. *Pharmacological reviews*, 43: 509-525, 1991.

Tabakoff B., Hoffman PL., Lee JM., et al., Differences in platelet enzyme activities between alcoholics and non-alcoholics. *N. Engl. J. Med.*, 318: 134-139, 1988.

Tanda G, Pontieri FE, Di Chiara G Cannabinoid and heroin activation of mesolimbic dopamine transmission by a common mu1 opioid receptor mechanism. *Science* 1997;276(5321):2048-2050

Von Knorring A., Hallman J., Von Knorring L., et al. Platelet monoamine oxidase activity in type 1 and type 2 alcoholism. *Alcohol Alcoholism.*, 26: 409-416 1991.

Zuckerman M., Kuhlman DM., Camac C. What lies beyond E and N? Factor analyses of scales believed to measure basic dimensions of personality. *J. Pers. Soc. Psychol.*, 54: 96-107, 1988.

CAPITOLO 8

Forsyth AJM, Barnard M, McKeganey NP: Musical preference as an indicator of adolescent drug use. *Addiction*, 1997; 92(10):1317-25

Watson L, Beck J New age seekers: MDMA use as an adjunct to spiritual pursuit. *J Psychoactive Drugs* 1991;23(3):261-70

Andrucci GL, Archer RP, Pancoast DL Gordon RA: The relationship of MMPI and sensation seeking scales to adolescent drug use. *Journal of Personality Assessment*, 1989;53:253-324.

Ariano E, Zucchi A: Epidemiology and territory: what structuring? A local experience in the Lombard region *Epidemiol Prev* 1995;19:250-253.

Ashton CH, Kamali F: Personality, lifestyles, alcohol and drug consumption in a sample of British medical students. *Med Educ* 1995;29:187-192.

Bardo MT, Donohew RL, Harrington NG: Psychobiology of novelty seeking and drug seeking behavior. *Behav Brain Res* 1996;77:23-43.

Chen K, Kandel DB: The natural history of drug use from adolescence to the mid-thirties in a general population sample. *American Journal of Public health* 1995;85:41-47.

Cloninger CR, Sigvardsson S, Bohman M: Childhood personality predicts alcohol abuse in young adults. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 1988;12:494-505.

Conrod PJ, Petersen JB, Pihl RO: Disinhibited personality and sensitivity to alcohol reinforcement: independent correlates of drinking behavior in sons of alcoholics. *Alcohol Clin Exp Res* 1997;21:7 1320-1332.

Cousineau DF: Relation between illicit drug use and personal problems related to consumption in students; analysis of a self-administered questionnaire *Can J Public Health* 1995;86:2 98-102.

Craig RJ: The personality structure of heroin addicts. National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series, Monograph 1986;74:25-36.

Croen LG, Woesner M, Herman M, Reichgott M: A longitudinal study of substance use and abuse in a single class of medical students. Acad Med 1997;72:376-381.

Crum RM, Ensminger ME, Ro MJ, McCord J: The association of educational achievement and school dropout with risk of alcoholism: a twenty-five-year prospective study of inner-city children. J Stud Alcohol 1998;59:3 318-326.

Cuomo MJ, Dymont PG, Gammino VM: Increasing use of "Ecstasy" (MDMA) and other hallucinogens on a college campus. J Am Coll Health 1994;42:271-274.

Gerra G., Zaimovic A., Timpano M., Zambelli U., Delsignore R: Aggressiveness and novelty seeking temperament in subjects with a history of substance abuse. In press, 1999.

Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY: Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. Psychological Bulletin 1992;112:64-105.

Hibell B, Andersson B, Bjarnason T, Kokkevi A, Morgan M, Narusk A: Alcohol and other drug use among students in 26 European Countries. The European School Survey Project on Alcohol and other Drugs, The 1995 ESPAD report, 1996.

Johnson V, Pandina RJ: A longitudinal examination of the relationships among stress, coping strategies, and problems associated with alcohol use. Alcohol Clin Exp Res 1993;17:696-702.

Labouvie E, Pandina RJ, Johnson V: Developmental trajectories of substance use in adolescence: Differences and predictors. International Journal of Behavioral Development 1991;14:3-5-28.

Lynskey MT, Fergusson DM: Childhood conduct problems, attention deficit behaviors, and adolescent alcohol, tobacco, and illicit drug use. J Abnorm Child Psychol 1995;23:281-302.

Milgram GG: Adolescents, alcohol and aggression. J Stud Alcohol Suppl 1993;11 53-61.

Moorman PP, deCocq van Delwijnen H, van Wessel K, Bauer H: Personality characteristics of drug addicts in the Netherlands (Leiden Psychological Reports LPR-PP02-89). Dept of Psychology, Leiden University, the Netherlands, 1989.

National Household Survey on Drug Abuse 1991-1993

Newcomb MD, Felix-Ortiz M: Multiple protective and risk factors for drug use abuse: Cross-sectional and prospective findings. Journal of Personality and Social Psychology 1992; 63:280-296.

O'Donnell JA, Hawkins JD, Catalano RF, Abbott RD, Day LE: Preventing school failure, drug use, and delinquency among low-income children: Long-term prevention in elementary schools. American Journal of Orthopsychiatry 1995;65:87-100.

Peroutka SJ: Incidence of recreational use of 3,4-methylenedimethoxymethamphetamine (MDMA, "ecstasy") on an undergraduate campus *N Engl J Med* 1987;317:24 1542-1543.

Petraitis J, Flay BR: Reviewing theories of adolescent substance use: Organizing pieces in the puzzle. *Psychological Bulletin* 1995;117:67-86.

Poulin C, Elliott D: Alcohol, tobacco and cannabis use among Nova Scotia adolescents: implications for prevention and harm reduction *CMAJ* 1997;156:1387-1393.

Poulton RG, Brooke M, Moffitt TE, Stanton WR, Silva PA: Prevalence and correlates of cannabis use and dependence in young New Zealanders. *N Z Med J* 1997;110: 68-70.

Rhode P, Lewinsohn PM, Seeley JR: Psychiatric comorbidity with problematic alcohol use in high school students. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1996;35:101-109.

Schifano F: Research on human neurotoxicity of MDMA (ecstasy): subjective self-reports; evidence from a drug addiction centre; clinical case studies. In press, *Neuropsychobiology*, 1998.

Schuckit MA: The clinical implication of primary diagnostic groups among alcoholics. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:1043-1049.

Sloboda Z, David SL: Preventing drug use among children and adolescents: A research-based guide *National Institutes of Health pub. No. 97-4212*, 1997.

Tarter RE: Genetics and primary prevention of drug and alcohol abuse. *International Journal of the Addictions* 1995;1479-1484.

Teichman M, Barnea Z, Rahav G: Sensation seeking, state and trait anxiety, and depressive mood in adolescent substance users. *International Journal of the Addictions* 1989;24:87-89.

Webb E, Ashton H, Kelly P, Kamali F: Patterns of alcohol consumption, smoking and illicit drug use in British university students: interfaculty comparisons. *Drug Alcohol Depend* 1997;47:145-153.

Wong CS, Tang CS, Schwarzer R: Psychosocial correlates of substance use: comparing high school students with incarcerated offenders in Hong Kong. *J Drug Educ* 1997;27:147-172.

Bailey SL, Flewelling RL, Rachal JV Predicting continued use of marijuana among adolescents: the relative influence of drug-specific and social context factors. *J Health Soc Behav* 1992;33(1):51-65

Dobkin PL, Charlebois P, Tremblay RE Mother-son interactions in disruptive and nondisruptive adolescent sons of male alcoholics and controls. *J Stud Alcohol* 1997;58(5):546-53

Downs WR, Miller BA Relationships between experiences of parental violence during childhood and women's self-esteem. *Violence Vict* 1998;13(1):63-77

Galvin M., Shekhar A, Simon J, Stiwell B, Ten Eyck R., Laite G., Karwisch G, Blix S. Low dopamine- β -hydroxylase: a biological sequela of abuse and neglect? *Psychiatry Res.*, 39: 1-11, 1991.

Gerra G., Caccavari R., Fontanesi B., Delsignore R., Fertonani AG., Marcato A., Maestri D, Avanzini P., Perna G., Brambilla F. Alpha-2-adrenoreceptors sensitivity in heroin addicts with and without previous attention deficit disorder/ hyperactivity and conduct disorder. *Neuropsychobiology* , 30: 15-19, 1994.

Gerra G., Caccavari R., Marcato A., Zaimovic A., Avanzini P., Monica C., Mutti A., Fontanesi B, Delsignore R., Brambilla F. Alpha-1 and -2 adrenoceptor subsensitivity in siblings of opioid addicts with personality disorders and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90: 269-273, 1994.

Gerra G., Caccavari R., Zaimovic A., Avanzini P., Chittolini B., Maestri D., Monica C., Fertonani-Affini G., Delsignore R., Brambilla F. Serotonergic Function in mothers of opioid addicts: correlation with comorbid depression. *Acta Scand Psychiatr*, 96: 36-42, 1997.

Gerra G., Calbiani B., Zaimovic A., Sartori R., Ugolotti G., Ippolito L., Delsignore R. Rustichelli P., Fontanesi B. Regional cerebral blood flow in abstinent opioid addicts: correlation with personality traits. *Psychiatry Research* 83:117-126, 1998.

Gerra G., Ferri M., Zaimovic A., Giucastro G., Palladino M., Sartori R., Delsignore R., Maestri D., Marzocchi G., Brambilla F. Gabaergic function in detoxified heroin addicts: relationship to anxiety disorders. *Psychiatry Research*, 77:89-96, 1998.

Gerra G., Fertonani G., Tagliavini P., Zaimovic A., Delsignore R., Maestri D., Avanzini P., Caccavari R. and Brambilla F. Serotonin function in detoxified heroin abusers: prolactin and cortisol responses to fenfluramine challenge. *Psychiatry Research*, 58: 153-160, 1995.

Levin FR, Kleber HD Attention-deficit hyperactivity disorder and substance abuse: relationships and implications for treatment. *Harv Rev Psychiatry* 1995;2(5):246-58

Madden GJ, Petry NM, Badger GJ, Bickel WK Impulsive and self-control choices in opioid-dependent patients and non-drug-using control participants: drug and monetary rewards. *Exp Clin Psychopharmacol* 1997;5(3):256-62

Mannuzza S, Klein RG, Bonagura N, Konig PH, Shenker R Hyperactive boys almost grown up. II. Status of subjects without a mental disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45(1):13-8

Indice dei links di maggiore interesse

Indice aggiornato dei links di maggiore interesse presenti su Internet

E' importante sottolineare che la stessa natura della rete Internet non permette un accurato aggiornamento dei siti presenti in quanto questi vengono creati e scompaiono di continuo. E' possibile, tuttavia, affermare che siamo di fronte ad una relativa scarsità di siti dedicati alle tossicodipendenze (almeno paragonando questo campo con altri simili). Sono soprattutto i siti istituzionali che mancano, mentre il numero relativamente basso di siti delle Organizzazioni non professionali potrebbe essere in riferimento con il fatto che chi opera nel settore non ha ancora dimestichezza con questi strumenti.

I siti istituzionali italiani

<http://www.fattifurbo.com>. *Fatti furbo non farti male*. Home page a cura dell'Ufficio del Ministro per la solidarietà sociale dedicato alla recente campagna di prevenzione sulle nuove droghe.

<http://www.affarisociali.it>. Sito del Dipartimento Affari Sociali della Presidenza del Consiglio dei Ministri; contiene una sezione dedicata all'attività dell'ufficio tossicodipendenze.

<http://www.unicri.it/min.san.bollettino>

Sito del Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcoolismo, a cura dell'Ufficio per la Prevenzione del Ministero della Sanità. Contiene dati ed indicazioni della pubblicazione periodica ed i suoi testi relativi agli ultimi anni.

Siti non italiani

Il panorama è molto vasto e composito. Si preferisce fare riferimento ai due siti statunitensi di maggiore prestigio e a due siti europei. Da questi si possono raggiungere molti altri siti correlati:

<http://www.nida.nih.gov> Il sito del National Institute of Drug Abuse. Si tratta dell'Agenzia governativa che si occupa da molto tempo delle ricerche e dell'informazione nel settore delle tossicodipendenze, dell'intervento e della prevenzione.

<http://www.health.org/ncda/> Il sito della National Clearing house sull'abuso di alcool e di droghe: ricco di informazioni e di links.

<http://www.frw.uva.nl/acd/isg/drugs/> Il sito del Centro Ricerche dell'Università di Amsterdam dedicato alle droghe ed alle ricerche settoriali.

<http://www.itaca-europe.org> Il sito di Itaca Europa, l'Associazione Europea degli Operatori Professionali delle Tossicodipendenze che si occupa dell'aspetto relativo all'intervento.

Siti di Servizi Pubblici

<http://www.ausl5.la-spezia.it/droga/index.htm> Il sito del SerT AUSL 5 di La Spezia dal titolo: "Le dipendenze. Conoscere e capire la droga". Un panorama di facile lettura sul mondo della tossicodipendenza.

<http://www.tin.it/anriucsc/anri> Il Centro antiveleni del Policlinico Gemelli (Roma) fornisce un servizio di domande anonime e risposte pubbliche su questioni tossicologiche generali:

<http://www.apf.cbft.unipd.it/> Sito del Centro di Tossicologia Forense dell'Università di Padova.

<http://194.179.159.10/web/intsert.nsf/pages/HomePage> Il sito del Servizio Dipendenze (SerT) di Bergamo. Contiene informazioni sull' European Collaborating Centres in Addiction Studies .

Siti del Privato Sociale

<http://www.sapienza.it/html-doc/fermo/assoc/cnca.htm> Il Sito del Coordinamento Nazionale delle Comunità di Accoglienza:

<http://www.ceis.it> Il sito del Centro Italiano di Solidarietà

<http://www.exodus.it> Il sito di Exodus. Contiene anche un servizio di documentazione:

<http://www.fict.it> Il sito della Federazione Italiana delle Comunità Terapeutiche

<http://www.fcn.net/maraini> il sito della Fondazione Villa Maraini:

<http://services.csi.it/~abele/gruppo.htm> Il sito del Gruppo Abele:

Siti Internet di Associazioni

<http://www.uni.net/federsert> Il sito della Federazione degli operatori dei SerT-FederSerT:

<http://www.freeweb.org/associazioni/fedsertsicilia>

<http://www.mclink.it/assoc/itaca-italia> Il sito della delegazione italiana di Itaca:

<http://www.erit.org/indexit.html> Il sito della Federazione Europea delle Associazioni degli Operatori delle Tossicodipendenze-Erit:

<http://versilia.toscana.it/pietrasanta/sims.html> Il sito del "Gruppo di Pietrasanta"

<http://vol.it/it/scienza/medicina/poliscienze/cov-meds.htm> Il sito della rivista "Medicina delle Tossicodipendenze"

<http://www.citinv.it/associazioni/SIMS/sims.htm> il sito del "Gruppo Sims-Studio e Intervento sulle Malattie Sociali ":

<http://www.publinet.it/pol/ital/tossicod.htm> Il sito di POLIT, la sezione sulle tossicodipendenze di Psychiatry on Line Italiana:

Altri siti di particolare interesse

<http://ourworld.compuserve.com/homepages/Gatti/> Il sito Internet di Riccardo C. Gatti. Molto aggiornato ed interessante, è stata la base per identificare i siti citati in questo aggiornamento.

<http://www.crest.it> il sito del Crest, il Centro per lo studio e la cura dei disturbi di personalità e di tossicodipendenza:

<http://www.aspide.it/freeweb/DSA> il sito di: DisSerTAzioni-esperienze di intervento sociale, psicologico e psicoterapeutico nei SerT:

<http://psychomedia.it/pm/answer/addindx1.htm> Il sito di Psychomedia - risposta al disagio- Dipendenze e Nuove Dipendenze:

<http://www.vita.it> Il sito di: Vita -Settimanale del volontariato e del non profit.. Dedica molto spazio al problema delle tossicodipendenze:

<http://www.iefcos.it/valuta> Il sito del progetto Cost A6 Italia, dedicato al problema della valutazione nel campo dell'intervento preventivo e del trattamento delle tossicodipendenze:

<http://www.agora.stm.it/coronet> Il sito del Coordinamento Radicale Antiproibizionista

<http://www.aenne.it/droga/inddrog.htm> Il sito di Alleanza Nazionale dedicato al problema della lotta alla droga: