ATTI PARLAMENTARI
XIII LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. XXX
n. 4

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 1999)

(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 4 luglio 2000

TIPOGRAFIA DEL SENATO (600)

PAGINA BIANCA

INDICE

Introduzione del Ministro per la solidarietà sociale

La struttura della Relazione ..... *Pag.* 7

PARTE PRIMA: Le politiche di contrasto e la parte emergente del fenomeno ..... » 9

Capitolo 1: Le politiche di contrasto ..... » 11

Capitolo 2: L'impatto del fenomeno con le istituzioni ... » 17

Capitolo 3: L'analisi della prevalenza nelle Regioni..... » 27

PARTE SECONDA: Gli interventi delle Istituzioni ..... » 37

Capitolo 4: Gli interventi delle Amministrazioni centrali dello Stato ..... » 39

Capitolo 5: Gli interventi delle Regioni e delle Province Autonome..... » 54

Capitolo 6: L'utilizzo del Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga..... » 88

Capitolo 7: I rapporti con l'Osservatorio europeo per la droga e le tossicodipendenze ..... » 92

PARTE TERZA: Argomenti di approfondimento ..... » 103

A01: ESPAD 1999: Alcool, tabacco, farmaci e sostanze illecite tra gli adolescenti e i giovani ..... » 105

A02: Cannabis e droghe di sintesi: tendenze di consumo e risposte istituzionali ..... » 111

A03: I decessi droga-correlati e le morti per droga ..... » 119

A04: Il servizio DROGATEL..... » 125

A05: Uso di droghe per endovena: patologie infettive correlate ..... » 129

A06: L'offerta attiva: gli interventi delle unità di strada . » 135

A07: Le tossicodipendenze al femminile ..... » 141

A08: Le comunità terapeutiche tra permanenza e cambiamento . . . . . *Pag.* 144

A09: L'informazione sulle droghe e sulla loro diffusione. » 146

A10: La ricerca sulle tossicodipendenze e la valutazione degli interventi . . . . . » 151

A11: l'EU a confronto: evoluzione del fenomeno droga nei Paesi membri e aspetti legislativi . . . . . » 158

ALLEGATI . . . . . » 165

Tavole statistiche . . . . . » 167

Bibliografia ragionata. . . . . » 171

Links di maggiore interesse . . . . . » 181

Con l'entrata in vigore della legge n° 45 del 1999 e il trasferimento alle Regioni del 75% delle risorse del Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga, possiamo dire che si è avviata una nuova stagione nella lotta contro la diffusione delle droghe e nel lavoro di prevenzione, cura e reinserimento sociale delle persone tossicodipendenti. In questi anni abbiamo accumulato una ricca esperienza sia nei servizi pubblici che in quelli del privato-sociale e siamo diventati sempre più consapevoli del fatto che combattere le droghe vuol dire prendersi cura, farsi carico delle persone, aiutarle a ritrovare la loro piena dignità. Perché nel ricorso alle droghe c'è la ricerca di una felicità illusoria, c'è solitudine e mancanza di fiducia in se stessi, c'è soprattutto la perdita della propria dignità di persona.

La relazione che viene presentata quest'anno ci conferma, da una parte, come l'eroina continui a essere la sostanza che maggiormente determina gravi rischi per la salute e alti costi sociali, anche se il lavoro di informazione e di prevenzione sui danni legati al suo consumo sembra aver dato i suoi frutti presso i più giovani; ma, dall'altra parte, ci segnala come con la diffusione delle cosiddette "nuove droghe", assunte spesso insieme alla cannabis e all'alcool, un numero considerevole di giovani e giovanissimi rischi gravi danni alla salute fisica e psichica, senza per altro essere cosciente della pericolosità di questi abusi. Per questo, nelle politiche del Governo, si è voluto dare particolare sottolineatura all'impegno di informazione e prevenzione, cercando nuovi linguaggi e nuove modalità per comunicare con i ragazzi e le ragazze, nella consapevolezza che una vera prevenzione deve coincidere con un'attenzione vera alla vita dei giovani, che sia capace di dar loro fiducia, di valorizzare i loro talenti e di mettere a disposizione opportunità.

L'Italia è dotata, nell'ambito dei Paesi europei, di una delle più efficaci reti di servizi per la prevenzione e la presa in carico dei tossicodipendenti: una rete formata da servizi pubblici e comunità terapeutiche che hanno, nel corso degli anni, imparato a costruire sinergie virtuose e a offrire percorsi di cura e di reinserimento personalizzati e attenti alla specificità delle persone. La legge n° 45 del 1999 ci ha messo nella condizione di rinnovare i nostri interventi e di renderli più aderenti alle esigenze del territorio. Molto è stato fatto. Molto, lo sappiamo, resta ancora da fare per aiutare le famiglie; per rendere la scuola più attenta e attrezzata; per rendere più adeguate ai nuovi problemi, posti dai nuovi consumi, le strutture di recupero; per reinserire nel lavoro chi vuole uscire dal tunnel delle droghe. C'è un nodo, in particolare, che non può più essere eluso: la presenza nelle nostre carceri di migliaia di tossicodipendenti. Ebbene, bisogna scegliere: tra il carcere come ghetto, come luogo di contenimento del disagio sociale che non turbi la quiete della società, oppure la strada più difficile ma più produttiva, quella di prendere in carico chi è in difficoltà, anche all'interno della necessaria espiazione, potenziando l'affidamento ai servizi sociali e alle comunità, puntando sui circuiti differenziati e sulle pene alternative che abbiano carattere formativo e di reinserimento sociale.

Auspico che la legge n° 45 del 1999 e le numerose opportunità di intervento che promuove e favorisce rappresentino una grande occasione per rinnovare, ai diversi livelli di responsabilità, l'entusiasmo e l'impegno per un lavoro difficile, talvolta ingrato, quasi mai gratificato dalla società, eppure ricco di valori sociali perché proteso a restituire tanti giovani a una vita creativa e responsabile.

Livia Turco

PAGINA BIANCA

La struttura della Relazione 1999

Brevi osservazioni

La Relazione 1999, seguendo l'impostazione dello scorso anno, è articolata in tre parti, con il fine di contenerne la dimensione complessiva.

La prima parte è centrata sulle politiche di contrasto del fenomeno che il Parlamento ed il Governo hanno messo in atto nel corso dell'anno. Per farsi un'idea immediata dell'entità del fenomeno sono stati inseriti i risultati delle indagini condotte dalle Amministrazioni sui soggetti che fanno uso di sostanze illegali. Al fine di rendere più completa la visione della prevalenza del fenomeno si è aggiunta la descrizione della distribuzione nelle diverse Regioni Italiane rapportata alla popolazione a rischio tra 15 e 54 anni di età, in accordo con le indicazioni dell'Osservatorio europeo per le droghe e le tossicodipendenze.

Nella seconda parte sono descritti gli interventi messi in atto in campo nazionale ed internazionale dalle Amministrazioni centrali dello Stato e dalle Regioni e Province Autonome. Sono state, inoltre, riportate le modalità di utilizzo del Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga al fine di avere una panoramica complessiva degli interventi.

La terza parte prende in considerazione ed approfondisce argomenti di particolare interesse, legati alla situazione del nostro Paese nei confronti del problema della diffusione dell'uso e abuso di sostanze illegali, facendo riferimenti e confronti con altri Paesi dell'Unione europea.

Negli allegati, infine, trovano spazio documenti di pratica utilità, come le tavole statistiche, la bibliografia di riferimento aggiornata e ragionata e gli indirizzi dei siti Web, nazionali ed internazionali, di maggiore interesse ed utilità nel settore delle droghe illegali e delle tossicodipendenze.

PAGINA BIANCA

PARTE PRIMA: Le politiche di contrasto delle tossicodipendenze e la parte emergente del fenomeno

Capitolo 1: Le politiche di contrasto

Capitolo 2: L'impatto del fenomeno con le Istituzioni

Capitolo 3: L'analisi della prevalenza nelle Regioni

PAGINA BIANCA

Le politiche di contrasto delle tossicodipendenze

Le strategie e i risultati raggiunti

Grazie all'impegno del Governo e alla sensibilità dimostrata dalle forze politiche nei confronti dei problemi connessi all'uso di droghe e specificamente ai bisogni del territorio, alle emergenze reali, ad una maggiore integrazione delle risorse disponibili, nel 1999 è stata approvata dal Parlamento ed è entrata in vigore la legge n. 45, che modifica parzialmente il Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309.

La legge si caratterizza soprattutto per tre aspetti: il decentramento di gran parte (75%) delle risorse finanziarie del Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga, il rafforzamento della struttura centrale di coordinamento e di monitoraggio del fenomeno, la riqualificazione dei servizi pubblici e del privato sociale e del relativo personale.

La restante quota del Fondo (25%) è assegnata alle Amministrazioni statali per realizzare progetti sperimentali di prevenzione delle tossicodipendenze, di formazione del personale, di educazione alla salute, di sviluppo di iniziative di informazione e di sensibilizzazione.

Il Dipartimento per gli affari sociali della Presidenza del Consiglio dei Ministri ha emanato entro l'anno tutti i provvedimenti di propria competenza, in modo da consentire il sollecito avvio della fase attuativa della legge, con specifico riferimento ai benefici finanziari e alle innovazioni organizzative.

Con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri in data 28 aprile 1999 è stata disciplinata l'organizzazione e il funzionamento del Comitato nazionale di coordinamento per l'azione antidroga (composto da 11 Ministri).

Sarà quindi possibile alla direzione politica del Paese esercitare collegialmente funzioni di indirizzo e di promozione delle politiche generali di prevenzione e di intervento contro la illecita produzione e diffusione di sostanze psicotrope e stupefacenti.

Con decreto del Ministro per la solidarietà sociale del 1° giugno 1999 si è proceduto al trasferimento alle Regioni del 75% delle risorse del Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga relative agli esercizi finanziari 1997,1998 e 1999 (476 miliardi di lire), da utilizzare per il finanziamento di progetti triennali di prevenzione, recupero e reinserimento lavorativo e sociale dei tossicodipendenti.

Con lo stesso decreto, il 25% delle risorse del Fondo (135 miliardi di lire) è stato destinato alle sei Amministrazioni statali individuate dalla legge.

Con Atto di indirizzo e coordinamento del Presidente del Consiglio dei Ministri alle Regioni, emanato con DPCM del 10 settembre 1999, sono stati definiti i criteri generali per la valutazione e il finanziamento, da parte delle Regioni medesime, di progetti triennali finalizzati alla prevenzione e al recupero dalle tossicodipendenze, presentati da enti locali, ASL e organizzazioni del "privato sociale".

Con provvedimento della Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano in data 5 agosto 1999 è stato emanato l'Atto d'intesa Stato-Regioni per la determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso.

Come già accennato, si è tempestivamente provveduto ad emanare gli atti previsti dalla legge n. 45 per la razionalizzazione dell'organizzazione delle strutture centrali di coordinamento delle attività e degli interventi di contrasto alle tossicodipendenze.

Con decreto del Ministro per la solidarietà sociale in data 14 settembre 1999 è stata disciplinata l'organizzazione e il funzionamento presso il Dipartimento per gli affari sociali dell'Osservatorio permanente per la verifica dell'andamento del fenomeno delle tossicodipendenze.

Con decreto del Ministro per la solidarietà sociale in data 12 aprile 1999 è stata istituita presso il Dipartimento per gli affari sociali la Consulta degli operatori e degli esperti in materia di tossicodipendenza.

Annualmente, una campagna realizzata utilizzando i principali media soprattutto mediante azioni mirate nei confronti di specifici *target* di riferimento, informerà e sensibilizzerà sui pericoli derivanti dall' uso di sostanze stupefacenti e psicotrope.

Il nostro Paese dispone finalmente di un compiuto "corpus" normativo al quale il "sistema" pubblico e privato che si occupa di lotta alla droga può fare riferimento, sia sotto il profilo istituzionale che finanziario, per progettare, organizzare e realizzare iniziative di prevenzione e di contrasto, di recupero e reinserimento sociale e lavorativo delle persone tossicodipendenti, adeguate alla evoluzione del fenomeno.

Con l'entrata in vigore della legge n.45 del 1999 si sono determinate le condizioni per la progressiva realizzazione di un "sistema" organico e razionale di interventi di contrasto al fenomeno del consumo e dell'abuso di sostanze.

Sulla base delle nuove disposizioni normative é stata infatti attivata, grazie anche alla collaborazione delle Regioni e delle Province Autonome ed in particolare del Coordinamento interregionale per le tossicodipendenze, una serie di interventi volti ad adeguare concretamente il contesto operativo nazionale.

La riorganizzazione dei servizi pubblici e privati

Nel 1999 ha preso le mosse la fase attuativa del processo di riorganizzazione dei servizi pubblici e privati per le tossicodipendenze, necessaria ed urgente considerato che attualmente operano circa 500 Ser.T. e 1.300 strutture private. La loro tipologia e distribuzione sul territorio non sono corrispondenti ai livelli di presenza e di gravità del fenomeno.

L'obiettivo cui si tende, anche attraverso l'attuazione dell'Atto d'intesa Stato-Regioni varato il 5 agosto 1999, è l'adeguamento dei Ser.T. alla nuova utenza (in particolare al consumo delle droghe sintetiche) ed alle nuove realtà sociali, fra cui la multietnicità, che si vanno configurando, perché insieme al privato sociale escano dalla trincea e lavorino sulla strada.

I Ser.T. dovranno essere messi in condizione 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.

Dovranno essere sviluppati raccordi fra discipline, fra interventi e nell'articolazione delle risposte, relativamente ai diversi contesti chiamati ad operare in quest'area (sanitari, sociale, della ricerca scientifica, culturale, politica ed amministrativa).

Dovrà essere disponibile per l'utenza un'offerta di opzioni (in senso sia preventivo che diagnostico e terapeutico) caratterizzata da un alto grado di specializzazione e professionalità (con competenze di natura sociale, psichiatrica e farmacologica).

Le comunità terapeutiche dovranno sempre più trasformarsi in ambiti di trattamento residenziale specialistico, sviluppando una forte interazione con i servizi pubblici.

I percorsi residenziali dovranno essere diversificati cambiando l'ottica della comunità da contenitore sociale a struttura diagnostico-terapeutica capace di operare su soggetti che non rispondono al trattamento ambulatoriale.

Al contempo, le comunità dovranno sviluppare gli elementi necessari al proprio accreditamento e, al pari dei servizi pubblici, dovranno curare la valutazione di qualità dell'intervento.

Si dovrà puntare alla realizzazione di una rete di servizi pubblici e del privato sociale distribuita sul territorio nazionale in rapporto diretto con i bisogni.

Dovranno essere adeguati gli schemi di organizzazione e di funzionamento del sistema dei servizi, finora basati sulle caratteristiche e sulle necessità degli utenti eroinomani, sia per cogliere tempestivamente le modificazioni che i consumatori, i produttori e le regole dei mercati impongono, sia per programmare gli interventi più opportuni.

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 persone siano gestite in un ambito di reale corresponsabilità.

L'integrazione degli interventi sociali e sanitari.

Tanto più questo argomento è valido ed attuale quanto più si pone attenzione alle tendenze giovanili in materia di droghe, soprattutto per quanto riguarda le manifestazioni e gli stili di vita ad esse connessi.

Esistono anche in questo caso adeguati supporti normativi. La legge n.45 del 1999 dispone infatti che l'Atto d'intesa Stato-Regioni:

- preveda la predisposizione di momenti programmati di integrazione tra il lavoro dei Ser.T. e quello degli enti ausiliari, al fine di raccordare la verifica dei risultati e la valutazione del programma terapeutico e socio riabilitativo;
- riconosca il carattere integrato socio-sanitario delle terapie, dell'intervento socio-riabilitativo e dell'attività di prevenzione svolti dagli enti ausiliari.

Nell'Atto di intesa Stato-Regioni varato il 5 agosto 1999 si afferma conseguentemente che gli Enti e le Associazioni che effettuano attività di prevenzione, cura e riabilitazione finalizzate alla protezione e recupero della salute delle persone con uso o dipendenza da sostanze stupefacenti e/o psicoattive, devono cooperare al raggiungimento degli obiettivi dello Stato, delle Regioni e, in particolare, del Servizio Sanitario Nazionale.

Tali obiettivi si collocano nell'ottica della integrazione socio-sanitaria e interistituzionale dei servizi, della pari dignità e della valorizzazione delle specifiche capacità d'intervento, delle potenzialità aggiuntive e delle specificità del volontariato e dell'auto-aiuto.

Questi soggetti partecipano, nelle forme stabilite dalle leggi ai vari livelli, alla programmazione, alla progettazione, alla verifica e alla valutazione degli interventi attuati.

L'Atto d'intesa accoglie la tesi secondo cui l'ampliamento degli obiettivi da raggiungere in tema di cura e riabilitazione dei fenomeni di dipendenza richiede una strategia della complessità capace di tener conto della dimensione sociale, sanitaria ed educativa del problema, e che di conseguenza deve fondarsi su una gamma di servizi diversificati ma altamente integrati.

Un terzo fattore che si avvia a diventare "strategico" nella lotta alla droga è la disponibilità di risorse economiche per l'attivazione di progetti.

I progetti finanziati dalle Regioni con le risorse del Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga

Alle Regioni, è annualmente trasferito il 75% degli stanziamenti del Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga.

Esiste quindi la possibilità, grazie alle risorse finanziarie del Fondo, di finanziare progetti di prevenzione, recupero e reinserimento sociale e lavorativo di tossicodipendenti presentati da Enti locali, ASL e Organizzazioni del privato sociale, caratterizzati dalla definizione di bisogni prioritari, di obiettivi chiari, di metodologie e azioni congruenti sul territorio.

Nella fase di valutazione dei progetti, le Regioni sono supportate dall'Atto d'indirizzo e coordinamento varato dal Governo il 10 settembre 1999. Il legislatore ha previsto tale

atto nell'intento di realizzare un sistema organico di pianificazione degli interventi in una logica di integrazione settoriale e territoriale. Indirettamente, ne consegue un radicale ripensamento del modo di operare dei servizi pubblici e privati per le tossicodipendenze.

Le finalità progettuali individuate dalla legge n.45 del 1999 sono:

Prevenzione
- progetti integrati di prevenzione primaria delle tossicodipendenze e dell'alcoldipendenza correlata, riferiti alla famiglia, alla scuola, al lavoro e ai luoghi del terzo tempo;
- progetti di prevenzione secondaria e terziaria, compresi quelli volti alla riduzione del danno, purché finalizzati al miglioramento della salute e della qualità della vita, nonché al recupero sociale;
- programmi di educazione alla tutela della salute;
- programmi di contrasto alla diffusione delle "nuove droghe".

Inclusione sociale e lavorativa
- progetti personalizzati volti al reinserimento lavorativo di tossicodipendenti e alcoldipendenti correlati;
- progetti personalizzati volti al reinserimento sociale di tossicodipendenti e alcoldipendenti correlati.

Diffusione sul territorio di servizi sociali e sanitari di primo intervento e servizi di consulenza
- interventi a bassa soglia integrati sul territorio (unità di strada, ecc.), integrativi di quelli svolti istituzionalmente dai servizi pubblici e affidati al privato sociale accreditato per la particolare natura e modalità di gestione, per gli aspetti di carattere sociale;
- programmi di riconversione specialistica delle attività terapeutiche svolte e/o di attivazione sperimentale di attività specialistiche, destinati ai tossicomani con problematiche psichiatriche, a donne tossicodipendenti in gravidanza, a donne o coppie tossicodipendenti con figli minori, alle famiglie di tossicodipendenti, agli stranieri e a detenuti tossicodipendenti;
- programmi di riconversione delle attività terapeutiche a favore dei consumatori che presentano problemi da affrontare con tecniche diverse da quelle in uso per i consumatori di eroina;
- servizi di informazione con sedi proprie e personale già formato che offra anche assistenza telefonica.

Sviluppo di sistemi territoriali di intervento di rete, per il contrasto delle tossicodipendenze e dell'alcoldipendenza correlata.
- Integrazione fra servizi (nuovi o esistenti), tra soggetti istituzionali, tra competenze professionali diverse e complementari, tra soggetti pubblici e del privato sociale.

Programmi di formazione e di aggiornamento degli operatori sociali e sanitari.
- Forme di partecipazione congiunta di operatori pubblici e del privato sociale, finalizzati al miglioramento delle competenze. Sviluppo delle competenze in relazione alle caratteristiche evolutive del fenomeno ed ai nuovi bisogni degli utenti. Sviluppo della formazione degli operatori interessati alla realizzazione di nuovi progetti, in previsione dell'apertura di nuovi servizi, e dell'avvio di nuove forme d'intervento.

I progetti finanziati alle Amministrazioni statali con le risorse del Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga

La rimanente quota del Fondo (25%) assegnata ad alcune Amministrazioni statali indicate dalla legge n. 45 del 1999 è destinata a finanziare progetti che presentino le seguenti finalità:

- promozione di programmi sperimentali di prevenzione sul territorio nazionale;
- realizzazione di iniziative di razionalizzazione dei sistemi di rilevazione e di valutazione dei dati;
- elaborazione di efficaci collegamenti con le iniziative assunte dall'Unione europea;
- sviluppo di iniziative di informazione e di sensibilizzazione;
- formazione del personale nei settori di specifica competenza;

- realizzazione di programmi di educazione alla salute;
- trasferimento di dati tra amministrazioni centrali e locali.

Dalla elencazione delle finalità progettuali emerge chiaramente la competenza delle Regioni a finanziare progetti finalizzati alla realizzazione di una rete di servizi in grado di rispondere in modo sistematico sul territorio alle richieste di prevenzione, terapia e riabilitazione in materia di tossicodipendenze.

E' compito delle Amministrazioni dello Stato predisporre e realizzare progetti sperimentali concernenti:

- la individuazione e la conoscenza di nuovi problemi connessi all'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope;
- la valutazione di nuove pratiche e metodologie d'intervento;
- la definizione di standard per le prestazioni;
- il potenziamento e la valutazione di efficacia degli interventi istituzionali.

Con la realizzazione di questi progetti sarà possibile sviluppare e proporre (anche alle Regioni) modelli di analisi e di intervento, nonché indicazioni in ordine alla definizione di standard per il potenziamento e la valutazione degli interventi.

Le iniziative progettuali dovranno prevedere lo sviluppo di importanti sinergie con:

- l'Osservatorio permanente per la verifica dell'andamento del fenomeno delle tossicodipendenze istituito presso il Dipartimento per gli Affari Sociali;
- il Focal Point nazionale dell'OEDT di Lisbona.

Altre sinergie di carattere strumentale dovranno riguardare le Università e qualificati Istituti di ricerca. E' attraverso la collaborazione con queste Istituzioni che le Amministrazioni dello Stato devono pensare i propri progetti :

- collocandoli in una visione nazionale ed europea;
- evitando di surrogare attraverso di essi eventuali carenze delle programmazioni regionali, ma finalizzandoli a proporre alle Regioni indirizzi e spunti utili per programmare ed organizzare le risorse disponibili sul territorio.

Altre strategie di contrasto del fenomeno

Nel 1999 è stato avviato, nell'ambito della Consulta degli esperti e degli operatori sulle tossicodipendenze, un ampio dibattito sulle strategie da adottare per affrontare con successo specifiche problematiche che riguardano:

- la prevenzione
- le nuove droghe
- l'informazione
- le marginalità più dure
- il reinserimento lavorativo
- l'integrazione della rete dei servizi
- la valutazione degli interventi.

E' in corso di predisposizione un documento che sarà sottoposto all'esame dei Ministri componenti il Comitato nazionale di coordinamento per l'azione antidroga e quindi trasferito alle competenti sedi per le conseguenti iniziative attuative di carattere normativo e organizzativo.

I rapporti internazionali

L'Italia, nel definire le strategie ed i relativi piani di azione in materia di lotta alla droga si colloca all'interno degli accordi internazionali stabiliti sia in sede ONU (UNDCP) che di Unione europea.

La Conferenza di New York sulla droga organizzata dall'ONU nel giugno 1998 ha adottato una Dichiarazione Politica in venti punti, una Dichiarazione sulla Riduzione della Domanda e Piani d'Azione per un "mondo senza droga", che dovrebbero entrare in vigore nel 2003, per rendere possibile la realizzazione degli obiettivi previsti entro l'anno 2008.

La campagna dell'ONU contro gli stupefacenti si fonda su due pilastri:

- la riduzione della domanda di droga attraverso lo sviluppo quantitativo e qualitativo dei servizi per i tossicodipendenti, facendo leva sulla solidarietà;
- lo sviluppo di colture alternative che permetta ai contadini di abbandonare quella della coca e del papavero da oppio entro dieci anni.

Sono stati scartati l'inasprimento delle pene e il rafforzamento dell'intervento repressivo. E' stata sottolineata l'importanza della riabilitazione e attivati nuovi canali nella lotta ai "signori della droga", proponendo l'abolizione del segreto bancario in tutto il mondo per i narcotrafficanti.

Per il periodo 2000/2004, l'Unione europea ha predisposto un piano di azione per combattere la droga, che si basa su una strategia globale, pluridisciplinare ed integrata di lotta, all'interno del quadro giuridico istituito dal Trattato di Amsterdam. I principali obiettivi del piano di azione europeo contro la droga sono così riassumibili:

- costruzione di un sistema informativo capace di leggere gli andamenti del fenomeno in tutti gli Stati membri;
- sviluppo di azioni volte a ridurre la domanda;
- adozione di misure di sanità pubblica per contrastare:
  - aumento della domanda di droga;
  - aumento dell'assunzione orale di droghe illecite;
  - aggravamento dell'uso di sostanze come le anfetamine;
  - frequente sottovalutazione di importanti rischi per la salute;
  - alto tasso di diffusione dell'epatite C e dei virus HIV/Aids come anche di altre gravi malattie tra chi fa uso endovenoso di droghe;
  - alto numero di decessi riconducibili alla droga.

A tal fine, le indicazioni d'indirizzo per la sanità pubblica sono le seguenti:

- investire in prevenzione attraverso approcci globali;
- investire risorse nella lotta all'emarginazione;
- predisporre programmi innovativi coerenti con i livelli di mobilità dei gruppi a rischio;
- migliorare la qualità dei programmi di cura;
- rispondere più efficacemente al bisogno di cure dei tossicodipendenti, sviluppando misure alternative alla detenzione;
- elaborare strategie con elevato grado di cooperazione intersettoriale e di sviluppo a rete; in particolare, "sviluppo di strategie comunali di politica antidroga in collaborazione con altre città degli Stati membri".

L'impatto del fenomeno con le Istituzioni

La parte evidente del fenomeno
Si riportano di seguito i dati relativi ai soggetti che, nel corso del 1999, hanno avuto un contatto con i servizi per le tossicodipendenze.

I dati fanno riferimento ai flussi informativi definiti dalle diverse Amministrazioni centrali dello Stato. Nella parte successiva, che mette a confronto le aree regionali, gli stessi dati sono stati rielaborati per eliminare le distorsioni legate a ritardi o al mancato invio da parte delle strutture.

Soggetti trattati per abuso di droga presso i Ser.T. (Servizi pubblici per le tossicodipendenze) (fonte: Ministero della Sanità)
Nel corso del 1999 sono risultati in carico ai Servizi pubblici per le tossicodipendenze rilevati (495 su 557 attivi) 134.547 soggetti tossicodipendenti, un dato in lieve calo rispetto a quello del 1998, verosimilmente in larga parte legato alla seppur modesta diminuzione del numero di centri censiti, piuttosto che ad una reale diminuzione di utenza.

Mediamente, in ogni Servizio vengono seguiti 271 tossicodipendenti, valore in linea con quello degli anni precedenti (266 nel 1998; 274 nel 1997). A livello regionale, tale indicatore presenta una forte variabilità, non facilmente interpretabile, in quanto in gran parte dovuta alla disomogeneità esistente a livello territoriale nella riorganizzazione dei Servizi a seguito della trasformazione in aziende delle Unità Sanitarie Locali (Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n.502) e, più in generale, alle caratteristiche organizzative e funzionali degli stessi.

La disomogeneità relativa all'utenza media è presente, inoltre, anche nell'unità di rilevazione considerata che, in alcuni casi, corrisponde all'unità organizzativa e, in altri, alle singole sedi operative territoriali.

Circa l'86% degli utenti è di sesso maschile, con un rapporto "utenti maschi/utenti femmine" pari a 6,3, valore sostanzialmente stabile nel tempo e tendenzialmente crescente solo dal 1995, a conferma dell'ipotesi che la dipendenza da droga sia uno stato estremamente selettivo per sesso. Anche tale indice presenta una significativa variabilità geografica: assume valori leggermente inferiori alla media nazionale nelle Regioni del nord-centro, è superiore a 10 in varie Regioni del Sud, dove il comportamento differenziale per sesso è molto più accentuato

Il fenomeno interessa prevalentemente le fasce di età tra i 20 e i 34 anni (68,8% rispetto al 71,6% del 1998); in particolare, il 26,4% degli utenti ha tra 25 e 29 anni di età; peraltro, questa fascia di età nel 1998 comprendeva oltre il 28% dell' utenza.

Nel tempo si assiste ad un progressivo invecchiamento dell'utenza: la quota di soggetti di età più giovane (<25 anni) si è ridotta, in confronto al 1991, di 14 punti percentuali (33,4% al 1991; 19,4% al 1999), mentre cresce ulteriormente la quota di ultratrentenni, passati dal 29,5% nel 1991 al 52,4% nel 1998 e al 54,1% nel 1999. L'età media degli utenti è sostanzialmente sovrapponibile a quella delle rilevazioni precedenti. Inoltre, il valore dell'età media nei "nuovi utenti" (quelli cioè che si sono rivolti per la prima volta al Servizio nell'anno di riferimento) è più basso (circa tre anni e mezzo nei maschi e quattro nelle femmine) rispetto allo stesso indice calcolato in riferimento agli utenti in carico dagli anni precedenti.

Si conferma anche nel 1999 l'assoluta predominanza del consumo di eroina (83,8%); seguono i cannabinoidi (7,9%) e la cocaina (4,2%).

Questi dati confermano la tendenza manifestatasi negli anni passati circa una flessione della percentuale di utenti eroinomani (erano il 91,2% nel 1992 e l' 85,6% nel 1998) e l'aumento, significativo ma contenuto, degli utenti che fanno uso di cannabinoidi (4,6% nel 1992, 7,6 nel 1998) e di cocaina (1,3% nel 1991; 3,2% nel 1998).

Facendo riferimento alla sostanza di uso secondario, cioè alla sostanza che viene usata

come alternativa abituale a quella assunta in via primaria, si nota che il 35,1% dei soggetti ricorre ai cannabinoidi, il 13,7% alle benzodiazepine; in netta crescita la cocaina (20,9 % rispetto al 18,4% del 1998 e al 13,5% del 1995); il 12,9% degli utenti fa uso, secondariamente, di alcool.

L'uso primario e secondario di ecstasy, seppure in lieve crescita, rimane marginale nel panorama degli utenti dei Ser.T (0,9% uso primario, 2,5% uso secondario); lo stesso dato riguarda anche le anfetamine, rispettivamente uso primario e secondario e (0,3% e 1,5%).

Per quanto attiene alla popolazione degli utenti dei Ser.T, si tratta, quindi, in gran parte di soggetti che assumono eroina per via endovenosa. L'uso secondario di altre droghe è comunque frequente. Dal momento che la gravità dei quadri clinici associati al consumo di eroina è solitamente maggiore, il dato di per sé indica semplicemente che è maggiore il bisogno di assistenza e trattamento da parte degli eroino-dipendenti rispetto agli utilizzatori di altre sostanze, ma dice poco relativamente alla diffusione dell'uso di queste.

I trattamenti nei Ser.T.
I dati 1999 confermano la tendenza verso una crescita della percentuale di soggetti sottoposti a trattamento farmacologico con metadone, pari a circa la metà dei casi seguiti dai Ser.T. (49,9%, rispetto al 48% del 1998 e al 43% del 1995); nell'ambito dei trattamenti metadonici viene confermata la tendenza verso una maggiore diffusione di quelli a più lunga durata, che salgono dal 25% del 1998 al 27,6% del 1999, a scapito dei trattamenti a breve termine, che nel 1999 scendono al 10,3% (erano l'11,3% nel 1998).

Solo in lieve calo rispetto al 1998 i trattamenti psico-sociali, che scendono dal 36,2% al 35,1%; si ricorda, in proposito, che la definizione proposta dalla scheda di rilevazione esclude la possibilità di trattamenti integrati che, verosimilmente, sono piuttosto frequenti all' interno dei programmi con farmaci sostitutivi.
I dati confermano anche le informazioni degli anni precedenti circa una netta differenza nelle percentuali di trattamenti metadonici negli utenti dei Ser.T. rispetto agli utenti delle strutture riabilitative e a quelli dei servizi carcerari.

Tossicodipendenza e infezione da HIV
Esaminando l'informazione relativa ai tossicodipendenti in trattamento presso i Ser.T, rilevata dal Ministero della sanità, si conferma l'andamento decrescente della prevalenza della sieropositività per HIV. Si è passati da un dato nazionale di 28,8% nel 1991 al valore attuale del 15,0%, in calo rispetto al 16,2% del 1998.

Tale tendenza è evidente anche stratificando gli utenti in base al sesso e all'anzianità di rapporto con il SERT (nuovi utenti e utenti già in carico). E', inoltre, evidente una forte variabilità territoriale di tale valore: analizzando la situazione al 1999, si notano alcune Regioni con percentuali di positività molto al di sopra del valore nazionale (Emilia-Romagna 27,3%; Lombardia 25,8%; Sardegna 26,2%; Lazio 20,3%), mentre in altre un'esigua minoranza degli utenti testati risulta positivo (Valle d'Aosta 1,7%; Abruzzo 5,3%; Umbria 5,2%; Campania 2,0%).

L'"anzianità" dell'utenza (e quindi indirettamente l'età, essendo *i nuovi utenti mediamente più* giovani) ed il sesso risultano essere importanti fattori discriminanti: la proporzione di soggetti infetti, comunque in diminuzione, è più bassa nei nuovi ingressi di sesso maschile e più elevata nei vecchi utenti di sesso femminile. Le differenze riscontrate trovano una possibile spiegazione nella minore durata dell'esposizione dei tossicodipendenti più giovani, che hanno presumibilmente una storia più breve di droga e quindi di esposizione al rischio di infezione da HIV, e/o nella modifica dei comportamenti verificatasi nel corso del tempo. In particolare, coloro che hanno iniziato a far uso di droga per via endovenosa a partire dalla seconda metà degli anni ottanta hanno avuto a disposizione maggiori informazioni sul rischio di infezione da HIV.

Altre infezioni virali (epatiti virali B e C)
Le epatiti da virus B e C rappresentano un rilevante problema di sanità pubblica,

riconoscendo nei tossicodipendenti il principale serbatoio di infezione.

Mentre per l'epatite virale B è disponibile un vaccino sicuro ed efficace, per l'epatite da virus C non esiste alcuna possibilità di prevenzione al di fuori della modifica dei comportamenti rischiosi (in particolare, pratiche iniettive con utilizzo di materiale infetto).

Analizzando i dati rilevati dal Ministero della sanità, risulta che, nel periodo 1991-1999, la proporzione di tossicodipendenti infettati (presenza di almeno un "marker" di epatite da virus B), è rimasta piuttosto elevata, seppure in diminuzione rispetto ai primi anni '90: dal 50,9% del 1991 al 45,9% del 1999. Questa tendenza è confermata considerando l'utenza distinta per sesso e in base all'"anzianità" (nuovi utenti e utenti già in carico).

A livello territoriale, si rileva un'ampia variabilità nelle percentuali di utenti positivi al test dell'epatite virale B (da un massimo del 63% nell' Emilia-Romagna sino ad un minimo del 24,2% in Umbria). Come per l'HIV, si conferma l'importanza del fattore "anzianità" di tossicodipendenza: l'infezione è meno diffusa (15-20% in meno circa) tra i nuovi utenti rispetto agli utenti già in carico.

Per quanto riguarda l'epatite C , l'importanza di tale infezione nei tossicodipendenti emerge chiaramente dall'analisi dell'informazione sull'infezione tra gli utenti dei SERT, dato rilevato a partire dal 1997 dal Ministero della sanità: il 67,4% (a livello nazionale) 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 di 43% della Valle d'Aosta e di 45,1% della Campania, a valori superiori all'82% in Liguria ed Emilia-Romagna e a valori ancor più elevati nelle Province autonome di Trento e Bolzano (85,2% e 90,9% rispettivamente).

Analizzando la proporzione di infetti per sesso e per "anzianità" si rileva, analogamente all'epatite B, l'importanza di quest'ultimo fattore: nei maschi gli utenti già in carico presentano percentuali di positività più elevate di oltre 25 punti; nelle donne, tale differenza supera il 30%. Non sembra, viceversa, esistere una forte differenziazione per sesso.

Soggetti trattati per abuso di droga presso le strutture socio-riabilitative (fonte: Ministero dell'Interno)

Presso le strutture socio-riabilitative si registra nel corso del 1999 (considerando i rilevamenti trimestrali), una media di 20.259 soggetti trattati per abuso di droga. Rispetto al valore del 1998 (21.531) la variazione negativa è pari al 5,9%. Il numero medio di strutture esistenti (1.361) è lievemente aumentato (+1,3%) rispetto all'anno precedente (1.344). Il numero di strutture censite al 31.12.1999 (1.285) risulta anch'esso incrementato dell'1,6% rispetto al 31.12.1998 (1.265).

Il maggior numero di utenti in trattamento si registra in Lombardia, Emilia-Romagna, Lazio, Piemonte e Toscana. Il rapporto tra utenti maschi e femmine evidenzia una preponderante presenza maschile (84,4%).

Soggetti consumatori di sostanze *stupefacenti segnalati ai Prefetti ai sensi* dell'art. 75 del D.P.R 309/90. (Fonte: Ministero dell'Interno)

Dal 1990 il Ministero dell'Interno svolge un monitoraggio sull'applicazione dell'art. 75 del D.P.R. n. 309 del 1990, riguardante i consumatori e detentori di sostanze stupefacenti per uso personale segnalati ai Prefetti.

Nel periodo dall'11 luglio 1990 (data di entrata in vigore della normativa) al 31 dicembre 1999, il numero di tossicodipendenti segnalati ai Prefetti dalle Forze di Polizia ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 309/90 per detenzione di sostanze stupefacenti per uso personale è pari a 243.169. Nello stesso periodo le segnalazioni effettuate sono state 291.637 (una stessa persona può essere segnalata più volte).

L'età media dei soggetti è di 23 anni, la maggiore incidenza è presente nella classe di età compresa tra 18 e 30 anni (79,3%), a fronte dell'8% di segnalati minorenni e del 12,7% in età superiore ai 30 anni. In lieve aumento

rispetto al 1998 è la percentuale di segnalati minorenni (nel 1998 pari al 7,6%), mentre l'incidenza di segnalati con età superiore ai 30 anni è rimasta praticamente invariata (12,7%, rispetto al 12,7% del 1998).

La distribuzione per sesso evidenzia una netta prevalenza degli uomini sulle donne (93,4% nel 1999, 93,4% nel 1998). 189.022 segnalazioni (pari al 64,84%) riguardano l'assunzione di sostanze cosiddette "leggere", 96.602 (pari al 33,1%) sostanze cosiddette "pesanti" e 6.013 (pari al 2,1%) sostanze "pesanti più leggere".

Le Regioni con il più alto numero di soggetti risultano, nell'ordine, la Lombardia (43.369), il Lazio (35.104), la Toscana (32.133), il Piemonte (24.355) e la Sicilia (23.163). Le Regioni con il minor numero di persone segnalate sono il Molise (932 casi) e la Valle d'Aosta (1.128 casi).

Il numero complessivo di colloqui svolti davanti al Prefetto è pari a 226.648. A seguito dei colloqui, 109.582 soggetti sono stati invitati a non fare più uso di sostanze stupefacenti (ammonizione) e 63.403 segnalati (pari al 28%) hanno richiesto di essere avviati ai servizi per le tossicodipendenze per il trattamento terapeutico. Di questi ultimi, 30.422 (pari al 48%) hanno già terminato il programma terapeutico.

Le sanzioni amministrative adottate dai Prefetti sono state 57.737, di cui 39.310 (pari al 68,1%) a seguito di colloqui presso il Nucleo Operativo Tossicodipendenze della Prefettura e 18.427 (pari al 31,9%) per mancata presentazione al colloquio stesso.
Le sostanze usate dai segnalati sono state ripartite secondo l'indicazione della specifica sostanza utilizzata, laddove inserita nel programma computerizzato.

E' necessario specificare che, in parecchi casi, non è stato possibile risalire all'esatta indicazione delle sostanze e che, quindi, la ripartizione è necessariamente incompleta.

Distribuzione per sesso delle sostanze assunte dalle persone segnalate ai sensi dell' art. 75 del DPR n. 309 del 1990

	Eroina	Metadone	Morfina	Oppiacei	Cocaina	Anfetam.	L. S. D.	Extasy MDMA e analoghi	Cannabin.	Altre sostanze (*)
Maschi	67.657	799	312	2.549	14.349	652	537	3.622	188.561	1.654
Femmine	7.970	134	44	321	1.065	46	50	289	9.678	156
Totale	75.627	923	356	2.870	15.414	698	587	3.911	198.239	1.810

(*) La maggior parte delle sostanze inserite in questa categoria appartiene al gruppo delle Benzodiazepine

Detenuti tossicodipendenti, alcooldipendenti ed affetti da HIV negli Istituti penitenziari (escluse le Case Mandamentali e gli Istituti per minorenni) (Fonte: Ministero della Giustizia)
L'incidenza dei tossicodipendenti rispetto ai presenti mostra una ripresa nel 1999, dopo il progressivo, anche se non lineare, decremento dal 32,8% nel 1991 al 28,5% nel 1998. Il valore riferito al 1999 è infatti pari al 29,3%.

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. Nel 1999 il valore è pari a 15.097.

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 rispetto ai presenti 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, al 3,2% nel 1999. Il valore assoluto dei detenuti affetti da HIV ha raggiunto un picco di 3.884 unità nel giugno 1992 e si è ridotto a 1.638 unità nel 1999 (1.546 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.

Si evidenzia una forte correlazione tra l'infezione da HIV e lo stato di tossicodipendenza; tuttavia, il rapporto è andato sostanzialmente diminuendo, considerato che la percentuale dei soggetti sieropositivi non tossicodipendenti è in via d'aumento (1995=10%, 1998=14%, 1999=16%).

Il rapporto percentuale fra detenuti provenienti dalla libertà e detenuti che si sono sottoposti all'esame per l'accertamento dei virus HIV mostra valori progressivamente in regresso, anche se con andamento non lineare (49,4% nel 1991, 35,1% nel 1998, 34,7% nel 1999).

A livello regionale, la percentuale degli screening effettuati oscilla in un intervallo molto ampio, tra un minimo nella Valle d'Aosta ad un massimo nel Piemonte.

La percentuale di soggetti risultati positivi rispetto al numero di detenuti testati tende a decrescere progressivamente.

La percentuale di soggetti che hanno fatto ingresso negli Istituti ai sensi dell'art.73 del DRP 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 36% nel 1998. Una lieve inversione di tendenza di evidenzia nel 1999 (37%).

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 normativa 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 lievemente inferiore (contrariamente a quanto verificatosi negli anni precedenti) al numero dei tossicodipendenti entrati per altri reati (7.379 contro 7.718).

La percentuale di tossicodipendenti entrati per l'art. 73 rispetto al totale dei tossicomani entrati assume valori oscillanti intorno al 50%. Nel 1999 la percentuale assume il valore 48,03%.

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. Considerando il periodo 1992-1999, la percentuale è in media pari al 42,1% per gli stranieri e al 36,9% per la popolazione detenuta complessiva.

La percentuale di stranieri tossicodipendenti ristretti per l'art. 73 rispetto al totale degli stranieri tossicodipendenti è in media pari al 61,1%; 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 51,8%.

Il numero di detenuti stranieri tossicodipendenti ristretti per l'articolo 73 è 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 risultata inferiore al 53,7%, raggiungendo la punta massima nel 1992 (69,6%).

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

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 del 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 avrebbero potuto 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 (Fonte: Ministero della Giustizia)
Nel 1999 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 1998, 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 (Fonte: Ministero della Difesa)

I dati sull'andamento della tossicodipendenza in ambito militare si riferiscono alle schede individuali per farmacodipendenza pervenute alla Direzione Generale della Sanità Militare. Le schede sono state compilate presso le strutture sanitarie militari che ricoverano e/o emettono provvedimenti medico-legali comunque connessi all'uso di sostanze stupefacenti.

L'archivio relativo al 1999 è composto da 2.990 schede relative ad altrettanti soggetti. Il numero dei soggetti segnalati non può in ogni caso ritenersi corrispondente al numero dei casi di tossicodipendenza, poiché le schede vengono compilate anche per i casi d'uso semplice di sostanze stupefacenti che non configurano una vera e propria condizione di tossicodipendenza. Pertanto, il fenomeno è monitorato in eccesso, comprendendo tutti i casi in cui c'è stato un uso anche occasionale di sostanze.

Il numero assoluto dei soggetti segnalati in quanto assuntori di droghe (2.990), confrontato con quello dell'anno precedente (2.838), mostra un andamento lievemente crescente.

La distribuzione dei consumatori secondo la posizione militare evidenzia come il consumo sia più frequente (sia nel 1998 che nel 1999) tra i militari di leva. La distribuzione dei consumatori secondo la categoria di appartenenza mostra come il consumo sia più frequente (sia nel 1998 che nel 1999) tra i militari di truppa. Sono questi pertanto i militari destinatari del maggior sforzo preventivo, unitamente a quelli di cui al punto precedente.

La distribuzione dei consumatori secondo la prima assunzione riferita, rispetto alla data dell'incorporamento, evidenzia come tale evento sia meno frequente dopo tale data, comprendendo l'incorporamento anche la fase di istruzione ed addestramento antecedente la destinazione di servizio, fase che è pur sempre un periodo di osservazione clinico-comportamentale. Ciò induce tuttavia a mantenere la necessaria vigilanza.

La distribuzione dei consumatori secondo il motivo di assunzione evidenzia come sia necessaria un'opera di prevenzione focalizzata sull'analisi di quanto, per curiosità o spirito di gruppo, induce al consumo. La distribuzione dei consumatori per Forza Armata di appartenenza evidenzia come il fenomeno sia più presente nell'Esercito, situazione prevedibile stante la maggiore consistenza numerica.

Le sostanze stupefacenti maggiormente utilizzate in ambito militare risultano essere in ordine decrescente di importanza: marijuana-hashish, cocaina, eroina. Soprattutto l'abuso di eroina induce a ritenere tuttora necessaria la massima attenzione per eventuali casi di overdose. Tuttavia i dati vanno interpretati alla luce del fatto che la maggior frequenza di rilevazioni statistiche avviene all'incorporamento e quindi il consumo, verosimilmente, almeno in parte si è verificato al di fuori della condizione militare vera e propria.

La distribuzione dei consumatori secondo l'attività lavorativa prima dell'incorporamento evidenzia come la disoccupazione possa costituire un fattore di rilevanza sociale

correlabile all'uso problematico di sostanze stupefacenti.

La distribuzione dei consumatori secondo il titolo di studio mostra come una bassa scolarizzazione possa costituire un fattore di rilevanza sociale correlabile all'uso problematico di sostanze stupefacenti.

La distribuzione dei consumatori secondo la frequenza d'uso evidenzia come una discreta percentuale (sia nel 1998-22,8%- che nel 1999-21,4%-) abbia fatto uso di sostanze stupefacenti solo qualche volta alla settimana.

La distribuzione dei consumatori secondo la posizione di leva evidenzia una maggior frequenza all'incorporamento, indice della preesistenza di una situazione di disagio o malessere che viene obiettivata in sede di incorporamento. Ciò, congiuntamente all'analisi dei dati relativi al consumo, secondo il periodo d'assunzione (prima e dopo l'incorporamento) induce a ritenere come un periodo delicato e da focalizzare per l'opera di prevenzione siano soprattutto i primi mesi di vita militare. Si ipotizza che più precoce è l'intervento preventivo maggiori sono le possibilità di una efficace opera di prevenzione.

Per quanto riguarda la diffusione delle patologie infettive correlabili alla tossicodipendenza sono stati individuati i seguenti casi:

Epatite B	n. 26 casi
Epatite C	n. 14 casi
Infezioni HIV	n. 2 casi.

I dati si basano sulle 2.990 notifiche pervenute e si riferiscono alle tre Forze Armate, all'Arma dei Carabinieri e alla Guardia di Finanza; si riferiscono, inoltre, a patologie per le quali la correlazione con la tossicodipendenza è da intendersi come "fattore di rischio" in linea teorica e non come fatto accertato nel singolo caso, poiché il sistema di notifica vigente non prevede la rilevazione associata ai fattori di rischio.

Decessi per abuso di sostanze stupefacenti (Fonte: Ministero dell'Interno - Direzione Centrale per i Servizi Antidroga)

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 1999 sono stati registrati 1.002 decessi (897 maschi e 105 femmine), con una riduzione di 78 casi rispetto ai 1.080 casi del 1998 (984 maschi e 96 femmine). Dopo le "sostanze imprecisate", l'eroina, a cui segue la cocaina, si conferma la sostanza maggiormente responsabile dei decessi d'abuso, che hanno frequenza più alta nell'Italia del Nord. Le classi d' età più colpite sono da 30 a 34 anni, seguite da quella da 25 a 29 e da 35 a 39 anni.

L' attività di contrasto del mercato (Fonte: Ministero dell'Interno - Direzione Centrale per i Servizi Antidroga).
Viene presa in considerazione di seguito l'attività antidroga svolta dalla Polizia di Stato, dall'Arma dei Carabinieri e dal Corpo della Guardia di Finanza così come riportata dei dati del Ministero dell'Interno.

L'attività' svolta ha consentito di scompaginare numerose organizzazioni criminali con contestuale intercettazione di ingenti carichi di droga. Si è verificato un incremento delle operazioni contro il traffico e lo spaccio di sostanze stupefacenti. Si è registrata una buona flessione nel numero dei decessi da abuso di sostanze stupefacenti. Si conferma la tendenza alla diversificazione della domanda, orientata verso le sostanze stimolanti, eccitanti ed allucinogene. Si evidenzia un notevole incremento dalla quantità di pasticche di ecstasy sequestrate (oltre il 100% rispetto al 1998), a dimostrazione di come il fenomeno sia in forte espansione e di come tuttavia sia stata pronta la risposta delle forze di polizia.

I sequestri di eroina e cocaina registrano notevoli incrementi. Per quanto riguarda la cannabis, si nota un notevole incremento dei quantitativi di hashish sequestrati e, al contempo, una flessione nei quantitativi di marijuana. L'andamento è da porsi in correlazione al flusso migratorio dall'Est europeo verso la regione Puglia.

Si sottolinea la generale tendenza, già evidenziata lo scorso anno, ad un incremento qualitativo del livello organizzativo e dello spessore criminale di trafficanti extracomunitari, dato che trova conferma dall'analisi delle più recenti operazioni antidroga. Il numero di operazioni antidroga portate a termine (22.136) si è incrementato del 5% rispetto all'anno precedente (21.177). Le operazioni sono concentrate soprattutto nell'Italia del Nord (50%); segue l' Italia del Sud e le Isole (28%) e l' Italia centrale (22%). La Lombardia (17%) e il Lazio (10%) sono le Regioni con il maggior numero di interventi.

L'entità di sequestri di sostanze stupefacenti (complessivamente Kg. 72.270) è così variata rispetto al 1998:

- Eroina: (1.306 Kg.); incremento dell' 86%; la maggior parte dell'eroina sequestrata proviene dalla Turchia;
- Cocaina (2.914 Kg.); incremento del 36%;
- Cannabis (68.034 Kg.); incremento del 26%, la nazione con la più massiccia provenienza di marijuana è l'Albania seguita dal Ghana; la Spagna ed il Marocco sono i Paesi da cui in più larga misura proviene l' hashish;
- Amfetaminici (292.458 dosi, di cui 272.288 di ecstasy); incremento del 122%; l'Olanda è il Paese con più rilevante provenienza;
- LSD: (5.509 dosi); decremento del 44%; l'Olanda è il Paese con più elevata provenienza;
- Altre sostanze (33.712 dosi).

Per la cocaina il record dei quantitativi sequestrati spetta all'Italia del Nord, con il 54% del totale. Le Regioni nelle quali si è registrato il più elevato quantitativo di cocaina sequestrata sono la Lombardia, il Lazio e l'Emilia-Romagna.

Per l'eroina è ancora l'Italia settentrionale ad occupare il primo posto, con il 49% del totale. Le Regioni interessate ai maggiori sequestri di eroina sono il Piemonte, la Lombardia, il Lazio, la Toscana.

Anche per la cannabis ed i derivati, il Nord conferma il primato delle quantità sequestrate. Al primo posto la Lombardia, seguita dalla Sicilia, dal Piemonte e dall' Emilia-Romagna. I sequestri di L.S.D. sono prevalentemente 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 34.297 persone (+3% rispetto al 1998), di cui 24.367 sono state colpite da provvedimento restrittivo (71% del totale delle persone indagate).

L' area geografica più interessata è il Nord, con 11.464 persone colpite da provvedimento

restrittivo su un totale di 15.994 persone indagate a livello nazionale.

La distribuzione per tipologia di reato è la seguente: 81% attività di vendita, 11% di produzione e traffico, 7% di traffico. Il numero di persone deferite all'Autorità Giudiziaria per tipologia di stupefacenti è la seguente:

Cannabis	15.375	45,4%
Eroina	9.927	29,3%
Cocaina	7.828	23,1%
Anfetamine	750	2,2%
Totale	33.880	100%

Dal 1987 al 1999 si è registrato un incremento di poco inferiore al 50% del numero di persone oggetto di informativa giudiziaria per reati di droga. Nello stesso periodo, il numero degli stranieri è aumentato di circa il 600%.

Gli stranieri sono più frequentemente colpiti da provvedimento restrittivo (88%) rispetto agli italiani (65%). Il numero di soggetti minorenni oggetto di informativa giudiziaria (1.756 nel 1999, 1.297 nel 1998) aumenta del 35%; tale valore, riferito agli stranieri, si riduce del 5%.

L'analisi della prevalenza del fenomeno nelle Regioni

Le caratteristiche dei flussi di dati

Uno degli aspetti del fenomeno delle tossicodipendenze più difficili da descrivere riguarda il numero delle persone che fanno uso di sostanze, in quanto nel nostro Paese mancano strumenti di rilevazione della quantità di fenomeno "nascosto", che fa riferimento a soggetti che tendono a celare il loro comportamento di assuntori di sostanze illecite.

Nel corso del 1999, a seguito dell'impatto con le strutture che operano nel settore, sono stati enumerati i soggetti riportati nella tabella seguente.

Dimensione numerica dell'impatto con le principali strutture operative del fenomeno tossicodipendenza nell 1999

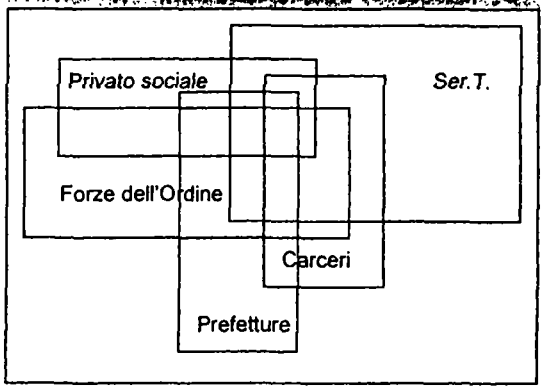
Servizi pubblici per le tossicodipendenze Ser.T. (prevalenza annuale)	152.000
Servizi del privato sociale (prevalenza al 31 dicembre)	23.000
Prefetture (segnalazioni Art.75 D.P.R. 309/90) (prevalenza annuale)	26.000
Forze dell'ordine (soggetti sottoposti a procedimenti giudiziari) (prevalenza annuale)	34.000
Sistema carcerario (detenuti tossicodipendenti (prevalenza al 31 dicembre)	14.000

Fonte: Elaborazione sui dati dei flussi informativi delle Amministrazioni centrali dello Stato (cifre arrotondate alle migliaia).

E' importante sottolineare che i dati riportati non coincidono con quelli delle tabelle predisposte dalle Amministrazioni e riportate in altra parte della Relazione, in quanto i valori originali sono stati corretti, mediante opportune elaborazioni statistiche, sia per l'effetto del mancato rilevamento dovuto ai servizi che non rispondono, sia per il ritardo nella segnalazione dei casi dalle strutture di rilevamento alle Amministrazioni centrali dello Stato.

Uno dei problemi che l'Osservatorio nazionale per le tossicodipendenze dovrà affrontare nei prossimi anni, in accordo con le indicazioni fornite dall'OEDT, riguarda lo sviluppo di un sistema di rilevazione unico a carattere nazionale. Tale sistema dovrà permettere di distinguere quale parte dei soggetti segnalati dai Ser.T. sia anche segnalata dai servizi del privato sociale, dalle prefetture, dalle forze dell'ordine o dal sistema carcerario.

Rappresentazione simbolica della sovrapposizione dei flussi informativi



Attualmente, i dati riportati nella tabella precedente non possono essere sommati, in quanto i 152.000 soggetti segnalati dai Ser.T. comprendono una parte dei 23.000 soggetti segnalati dalle strutture del privato sociale, una parte dei 26.000 soggetti segnalati dalle Prefetture, una parte dei 34.000 soggetti sottoposti a procedimenti giudiziari e una parte dei 14.000 tossicodipendenti in carcere.

Inoltre, nella tabella non sono riportati i dati relativi ad altre agenzie che hanno impatto con il fenomeno quali, ad esempio, le altre strutture del sistema sanitario (servizi ospedalieri, servizi territoriali, medici di base) o le strutture sociali delle amministrazioni provinciali e comunali, in quanto al momento non ne sono stati previsti i flussi informativi specifici.

Questa situazione è aggravata dall'impossibilità di discriminare le eventuali doppie segnalazioni di soggetti anche all'interno di alcuni dei flussi informativi, dalla disomogenità nei metodi di rilevamento e dalla parziale standardizzazione dei criteri di classificazione dei soggetti.

Dal punto di vista della qualità dei flussi informativi, il nostro Paese, rispetto agli altri dell'UE, si trova in una situazione in cui potenzialmente si dispone di più flussi informativi ma solo parzialmente utilizzabili a causa della modesta qualità in termini di copertura, completezza, segnalazioni multiple, standardizzazione dei criteri di inclusione e dei ritardi nell'inserimento nei sistemi di archiviazione.

A tale proposito, sono stati attivati, da parte del Dipartimento degli Affari Sociali della Presidenza del Consiglio, di altre Amministrazioni centrali dello Stato e delle Regioni e Province Autonome, nell'ambito dello sviluppo dei sistemi di rilevamento dei dati, opportuni progetti descritti in altre parti della Relazione, per portare il nostro Paese verso un migliore standard di qualità che permetta, fra l'altro, di rispondere adeguatamente alle richieste di dati che arrivano dall'Osservatorio Europeo sulle droghe e le tossicodipendenze (OEDT).

Al fine di meglio comprendere la diffusione del fenomeno sul territorio, i dati complessivi sopra riportati sono stati disaggregati per le Regioni. Rimane da evidenziare la caratteristica prevalentemente descrittiva di questo capitolo in quanto vengono affrontati, solo marginalmente, i problemi legati all'interpretazione delle situazioni emergenti, rimandando questi aspetti ad altri strumenti di comunicazione e diffusione dell'informazione che l'Osservatorio per le tossicodipendenze dovrà attivare nell'immediato futuro.

Soggetti tossicodipendenti in trattamento presso i servizi pubblici per le tossicodipendenze

Nella tabella seguente sono riportati i soggetti che nel corso del 1999 hanno attivato un intervento presso i servizi pubblici per le tossicodipendenze (Ser.T.). Per quanto riguarda la descrizione delle caratteristiche di questa popolazione (sesso, classi di età, sostanza primaria d'abuso, tipologia dei trattamenti, ecc.) si rimanda ai contributi del Ministero della sanità e delle Regioni e Province Autonome.

Soggetti tossicodipendenti (di sostanze illecite) sottoposti ad interventi terapeutici presso i Servizi pubblici per le tossicodipendenze nel corso del 1999

Regione	Valore assoluto	% sul totale	% cumulata
Lombardia	22.326	14,6%	14,6%
Puglia	15.814	10,4%	25,0%
Lazio	14.181	9,3%	34,3%
Piemonte	13.635	8,9%	43,3%
Campania	12.828	8,4%	51,7%
Toscana	11.337	7,4%	59,1%
Veneto	11.000	7,2%	66,3%
Emilia e Romagna	9.422	6,2%	72,5%
Sicilia	8.982	5,9%	78,4%
Liguria	8.206	5,4%	83,8%
Sardegna	4.425	2,9%	86,7%
Calabria	4.294	2,8%	89,5%
Marche	4.268	2,8%	92,3%
Abruzzo	2.779	1,8%	94,1%
Umbria	2.732	1,8%	95,9%
Friuli V.G.	2.625	1,7%	97,6%
Trentino A.A.	1.720	1,1%	98,8%
Basilicata	951	0,6%	99,4%
Molise	579	0,4%	99,8%
Valle d'Aosta	375	0,2%	100,0%
Italia	152.479		

Fonte: Elaborazione sui dati dei rapporti regionali e sui flussi informativi del Ministero della Sanità - Direzione generale per la prevenzione.

Si può evidenziare come il 50% dei soggetti che ha impatto con i Ser.T. sia concentrato in cinque Regioni (Lombardia, Puglia, Lazio, Piemonte e Campania). Se si aggiungono le altre cinque Regioni che seguono nell'ordine (Toscana, Veneto, Emilia e Romagna, Sicilia e Liguria), si supera 80% della popolazione che ha avuto interventi da parte dei Ser.T. Il restante 20% dei soggetti tossicodipendenti presi in carico dai servizi nel corso del 1999 è distribuito sulla rimanente metà delle Regioni italiane.

E' evidente che la diversità fra Regioni nel livello di prevalenza del fenomeno è correlata alla diversa ampiezza demografica delle Regioni stesse. Per questo motivo, per rendere i valori confrontabili, i dati originali sono stati rapportati alla popolazione residente nelle Regioni fra 15 e 54 anni di età.

La scelta delle classi di età da utilizzare come denominatore è stata fatta su indicazione dell'OEDT. In questo modo, il numero di

soggetti segnalati viene "pesato" per la dimensione della popolazione potenzialmente più esposta al comportamento d'uso delle sostanze illecite, ovvero la "popolazione a rischio".

Prevalenza annuale per 10.000 residenti tra 15 e 54 anni di età di soggetti tossicodipendenti (di sostanze illecite) sottoposti ad interventi terapeutici presso i Servizi pubblici per le tossicodipendenze nel corso del 1999

Regioni	Soggetti ogni 10.000 residenti (tra 15-54 anni)	Scarti % rispetto al valore nazionale
Liguria	95,7	103%
Puglia	67,4	43%
Umbria	62,8	33%
Piemonte	59,9	27%
Toscana	59,4	26%
Valle d'Aosta	55,3	17%
Marche	54,9	16%
Lazio	45,6	-3%
Sardegna	44,7	-5%
Emilia e Romagna	44,1	-7%
Lombardia	43,3	-8%
Veneto	42,8	-9%
Friuli V.G.	40,1	-15%
Abruzzo	39,4	-17%
Campania	38,6	-18%
Calabria	37,1	-21%
Trentino A.A.	32,8	-30%
Molise	32,8	-31%
Sicilia	31,6	-33%
Basilicata	28,5	-40%
Italia	47,2	

Fonte: Elaborazione sui dati dei rapporti regionali, sui flussi informativi del Ministero della Sanità e sui dati di popolazione dell'ISTAT.

Si evidenzia in questo modo la situazione particolare della Regione Liguria, la sola che si discosti, in modo statisticamente significativo, dal dato nazionale.

La Regione Liguria, con 96 soggetti (ogni 10.000 residenti fra 15 e 54 anni) presi in carico dai Ser.T., ha un dato di prevalenza doppio rispetto a quello nazionale.

Soggetti deferiti all'Autorità Giudiziaria dalle forze dell'ordine

Nella tabella successiva sono riportati i dati regionali relativi ai soggetti deferiti all'Autorità Giudiziaria dalle forze dell'Ordine nel corso del 1999. Anche in questo caso, il 50% del fenomeno è concentrato in cinque Regioni; considerando le prime dieci si supera, come nel precedente caso, l'80% del totale dei soggetti deferiti all'Autorità Giudiziaria.

Soggetti deferiti all'Autorità Giudiziaria per reati relativi alla legge sulle tossicodipendenze (D.P.R.. 309/90) dalle Forze dell'Ordine nel corso del 1999

Regione	Valore assoluto	% sul totale	% cumulata
Lombardia	4.966	14,5%	14,5%
Lazio	3.373	9,8%	24,3%
Piemonte	3.056	8,9%	33,2%
Sicilia	2.807	8,2%	41,4%
Toscana	2.751	8,0%	49,4%
Emilia e Romagna	2.727	8,0%	57,4%
Campania	2.463	7,2%	64,6%
Veneto	2.341	6,8%	71,4%
Puglia	2.205	6,4%	77,8%
Liguria	1.685	4,9%	82,8%
Calabria	1.226	3,6%	86,3%
Sardegna	1.166	3,4%	89,7%
Marche	762	2,2%	92,0%
Friuli V.G.	736	2,1%	94,1%
Abruzzo	724	2,1%	96,2%
Trentino A.A.	442	1,3%	97,5%
Umbria	417	1,2%	98,7%
Basilicata	309	0,9%	99,6%
Molise	87	0,3%	99,9%
Valle d'Aosta	41	0,1%	100,0%
Italia	34.284		

Fonte: Elaborazione sui dati dei flussi informativi del Ministero dell'Interno (Dipartimento della Pubblica Sicurezza, Direzione Centrale per i Servizi Antidroga.

Nelle prime cinque posizioni si collocano quindi la Lombardia, il Lazio, il Piemonte, la Sicilia e la Toscana. Le successive cinque sono l'Emilia Romagna, la Campania, il Veneto, la Puglia e la Liguria.

In ciascuna Regione, l'entità dei dati sull'utenza dei servizi pubblici e sulle denunce delle forze dell'ordine per violazioni della legge sulle tossicodipendenze possono essere correlate fra loro.

In altre parole, si tratta di mettere a confronto-relazione i dati riportati nella tabella seguente con i dati riportati nella tabella precedente sulla prevalenza dei soggetti nei servizi pubblici per le tossicodipendenze.

Prevalenza annuale per 10.000 residenti tra i 15 e i 54 anni di età dei soggetti deferiti alla Autorità Giudiziaria, per reati relativi alla legge sulle tossicodipendenze (D.P.R. 309/90) nel corso del 1999.

Regioni	Soggetti ogni 10.000 residenti (tra 15-54 anni)	Scarti % rispetto al valore nazionale
Liguria	19,7	85%
Toscana	14,4	36%
Piemonte	12,9	22%
Emilia e Romagna	12,8	20%
Sardegna	11,8	11%
Lazio	11,3	6%
Friuli V.G.	11,3	6%
Calabria	10,6	0%
Abruzzo	10,4	-2%
Sicilia	9,9	-7%
Marche	9,8	-8%
Lombardia	9,6	-9%
Umbria	9,4	-11%
Puglia	9,4	-11%
Basilicata	9,3	-13%
Veneto	9,1	-14%
Trentino A.A.	8,4	-20%
Campania	7,4	-30%
Valle d'Aosta	6,0	-43%
Molise	4,9	-54%
Italia	10,4	

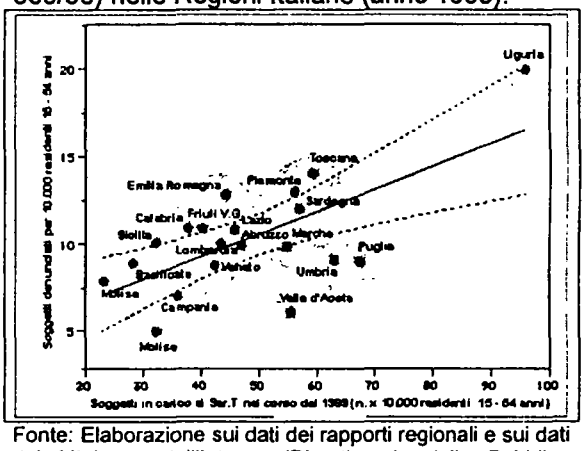
Fonte: Elaborazione sui dati dei flussi informativi del Ministero dell'Interno (Dipartimento della Pubblica Sicurezza, Direzione Centrale per i Servizi Antidroga e sui dati di popolazione dell'ISTAT.

Nel grafico seguente sono riportate le Regioni italiane secondo il numero di soggetti che nel corso del 1999 sono stati presi in carico dai Ser.T. e del numero di soggetti deferiti all'Autorità Giudiziaria dalle Forze dell'Ordine.

Si può evidenziare una correlazione significativa ($F=13,77$; $p \leq 0,0016$) tra le due serie di dati, che indica mediamente la concomitante alta o bassa prevalenza.

Alcune Regioni (Valle d'Aosta, Umbria, Campania, Puglia e Molise) mostrano un numero di soggetti denunciati più basso di quello che si potrebbe attendere considerando l'impatto con i servizi. Altre Regioni (Piemonte, Friuli V.G., Toscana, Emilia Romagna, Calabria e Sicilia) mostrano un più alto numero di soggetti denunciati.

Correlazione tra presi in carico dai Ser.T. e deferiti alle Autorità Giudiziarie, per reati relativi alla legge sulle tossicodipendenze (D.P.R. 309/90) nelle Regioni Italiane (anno 1999).



Fonte: Elaborazione sui dati dei rapporti regionali e sui dati del Ministero dell'Interno (Dipartimento della Pubblica Sicurezza, Direzione Centrale per i Servizi Antidroga.

Si conferma comunque il dato della Regione Liguria, che continua a discostarsi significativamente dalla media nazionale anche per la prevalenza di soggetti denunciati alle AA.GG.

Soggetti segnalati ai Prefetti

Flusso informativo rilevante nella valutazione della dimensione del fenomeno tossicodipendenza è quello dei soggetti segnalati da parte delle forze dell'Ordine alla Prefettura (Art.75 D.P.R. 309/90).

Presso le Prefetture sono attivi appositi Nuclei Operativi per le tossicodipendenze (NOT), formati da personale con specifica esperienza professionale, che effettuano colloqui al fine di valutare la necessità di inviare i soggetti segnalati ai servizi territoriali pubblici per le tossicodipendenze (Ser.T.).

Nella tabella sottostante sono riportati i dati regionali relativi ai soggetti segnalati alle Prefetture nel corso del 1999, elaborati per l'effetto del ritardo dell'immissione delle segnalazioni nel sistema che gestisce il flusso informativo.

Tale elaborazione fa riferimento ai soggetti che nel corso del 1999 hanno avuto una o più segnalazioni e si differenzia, ovviamente, rispetto al dato complessivo dei soggetti segnalati dal momento dell'attivazione del flusso informativo presentati in altre parti della Relazione.

Soggetti segnalati alle Prefetture in esecuzione dell'articolo 75 del D.P.R. 309/90, dalle Forze dell'Ordine nel corso del 1999

Regione	Valore assoluto	% sul totale	% cumulata
Lombardia	3.194	12,3%	12,3%
Toscana	3.176	12,2%	24,4%
Piemonte	2.544	9,8%	34,2%
Sicilia	2.448	9,4%	43,6%
Lazio	2.248	8,6%	52,2%
Emilia e Romagna	2.240	8,6%	60,8%
Liguria	1.697	6,5%	67,3%
Puglia	1.293	5,0%	72,3%
Marche	1.187	4,6%	76,8%
Campania	1.142	4,4%	81,2%
Veneto	1.092	4,2%	85,4%
Sardegna	832	3,2%	88,6%
Calabria	675	2,6%	91,2%
Friuli V.G.	612	2,3%	93,5%
Abruzzo	548	2,1%	95,6%
Trentino A.A.	336	1,3%	96,9%
Basilicata	328	1,3%	98,2%
Umbria	222	0,8%	99,0%
Valle d'Aosta	160	0,6%	99,6%
Molise	95	0,4%	100,0%
Italia	26.069		

Fonte: Elaborazione sui dati dei flussi informativi del Ministero dell'Interno.

Anche in questo caso, il 50% del fenomeno è concentrato in cinque Regioni (Lombardia, Toscana, Piemonte, Sicilia e Lazio). Considerando le successive cinque (Emilia Romagna, Liguria, Puglia, Marche e Campania) si supera l'80% del totale dei soggetti segnalati alle Prefetture.

Rapportando il numero dei soggetti segnalati al numero dei soggetti residenti fra 15 e 54 anni di età in ogni Regione, si possono valutare le differenze esistenti in merito alla prevalenza del fenomeno.

La Regione Valle d'Aosta e la Regione Liguria mostrano entrambe valori di prevalenza significativamente in eccesso rispetto al dato nazionale (rispettivamente 24 e 20 soggetti per 10.000 residenti tra 15 e 54 anni di età, contro gli 8 per 10.000 del dato nazionale).

Correlando questa statistica con quella degli utenti in carico ai Ser.T., si possono evidenziare situazioni riconducibili alla non omogenea applicazione delle procedure di controllo ed individuazione dei soggetti che entrano nel flusso delle segnalazioni nelle diverse aree provinciali.

Prevalenza annuale per 10.000 residenti tra i 15 e i 54 anni di età dei soggetti segnalati alle Prefetture dalle Forze dell'Ordine in esecuzione dell'articolo 75 del D.P.R. 309/90 nel corso del 1999.

Regioni	Soggetti ogni 10.000 residenti (tra 15-54 anni)	Scarti % rispetto al valore nazionale
Valle d'Aosta	23,6	192%
Liguria	19,8	145%
Toscana	16,7	106%
Marche	15,3	89%
Piemonte	10,7	33%
Emilia e Romagna	10,5	30%
Basilicata	9,8	22%
Friuli V.G.	9,4	16%
Sicilia	8,6	7%
Sardegna	8,4	4%
Abruzzo	7,9	-2%
Lazio	7,5	-7%
Trentino A.A.	6,4	-20%
Lombardia	6,2	-23%
Calabria	5,8	-28%
Puglia	5,5	-32%
Molise	5,4	-33%
Umbria	5,0	-38%
Veneto	4,3	-47%
Campania	3,4	-57%
Italia	8,1	

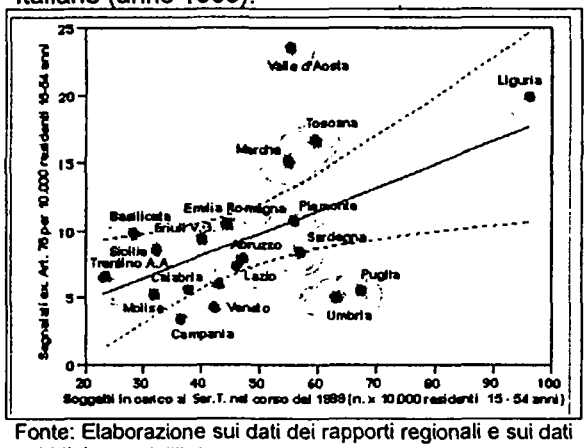
Fonte: Elaborazione sui dati dei flussi informativi del Ministero dell'Interno e sui dati di popolazione dell'ISTAT.

Nella figura seguente si può notare la correlazione significativa ($F=6,69$; $p \leq 0,019$) tra soggetti segnalati dalle Forze dell'Ordine in esecuzione dell'articolo 75 del P.P.R. 309/90 e soggetti in carico ai Ser.T.

Alcune Regioni (Valle d'Aosta, Toscana, Marche e Basilicata) mostrano un eccesso di segnalazioni rispetto al dato atteso considerando come riferimento l'informazione degli utenti dei Ser.T..

Altre Regioni (Veneto, Umbria, Campania e Puglia) mostrano invece, con le stesse ipotesi di riferimento al dato dei Ser.T., carenza di segnalazioni.

Analisi della correlazione tra soggetti presi in carico dai Ser.T. e soggetti segnalati alle Prefetture dalle Forze dell'Ordine in esecuzione dell'articolo 75 del D.P.R. 309/90. Regioni Italiane (anno 1999).



Fonte: Elaborazione sui dati dei rapporti regionali e sui dati del Ministero dell'Interno.

I soggetti in trattamento presso le strutture del "privato sociale"

Altro flusso informativo di interesse è quello relativo ai soggetti presenti al 31 dicembre 1999 presso le strutture del privato sociale.

Rispetto ai dati finora esaminati è necessario chiarire che la dimensione numerica delle informazioni riportate nelle tabelle si riferisce ai soggetti presenti in un determinato giorno, mentre i dati precedentemente presentati fanno riferimento al totale dei soggetti presenti nelle diverse strutture nel corso dell'anno. In termini pratici, questo vuol dire che i soggetti che nel corso del 1999 sono stati ospitati presso le strutture del privato sociale sono di più rispetto a quelli elencati dall'attuale flusso informativo.

Queste diversificazioni nelle caratteristiche del rilevamento dei dati degli attuali flussi informativi dovrebbero essere superate, nel prossimo futuro, attraverso il lavoro dell'Osservatorio nazionale e mediante concertazione dei metodi di rilevamento a livello dei Paesi dell'UE con il coordinamento dell'OMDT di Lisbona.

Dalla tabella seguente si conferma ulteriormente che più dell'80% del fenomeno è concentrato nella metà delle Regioni con ai primi posti quelle demograficamente maggiori.

Le strutture del privato sociale presenti nel Lazio, Lombardia, Emilia Romagna, Piemonte e Veneto raccolgono il 60% dell'intera popolazione prevalente al 31 dicembre 1999.

Soggetti presenti presso le strutture del privato sociale al 31 dicembre 1999.

Regione	Valore assoluto	% sul totale	% cumulata
Lazio	4.233	18,4%	18,4%
Lombardia	3.257	14,2%	32,6%
Emilia Romagna	2.943	12,8%	45,4%
Piemonte	1.899	8,3%	53,7%
Veneto	1.390	6,1%	59,7%
Toscana	1.375	6,0%	65,7%
Puglia	1.331	5,8%	71,5%
Sicilia	1.225	5,3%	76,9%
Marche	903	3,9%	80,8%
Campania	829	3,6%	84,4%
Umbria	632	2,8%	87,2%
Calabria	536	2,3%	89,5%
Sardegna	511	2,2%	91,7%
Liguria	494	2,2%	93,9%
Abruzzo	443	1,9%	95,8%
Trentino A.A.	343	1,5%	97,3%
Basilicata	289	1,3%	98,6%
Friuli V.G.	233	1,0%	99,6%
Molise	83	0,4%	99,9%
Valle d'Aosta	17	0,1%	100,0%
Italia	22.966		

Fonte: Elaborazione sui dati dei flussi informativi del Ministero dell'Interno.

Le altre strutture presenti in Toscana, Puglia, Sicilia, Marche e Campania raccolgono un ulteriore 24% arrivando così all'84% del totale.

La capacità descrittiva dei dati di prevalenza, anche se riferiti al 31 dicembre, si manifesta attraverso l'utilizzo del rapporto con la "popolazione a rischio".

La tabella successiva, relativa ai tassi di prevalenza, mette in evidenza che tre Regioni (Umbria, Lazio ed Emilia Romagna) si discostano significativamente dalla media nazionale per numero di soggetti presenti.

Tale differenza è attribuibile alla stessa componente dei soggetti presenti nelle strutture residenziali per l'Umbria e l'Emilia Romagna, mentre per il Lazio lo scostamento dalla media è sostanzialmente attribuibile alla componente dei soggetti presenti presso le strutture ambulatoriali.

Prevalenza per 10.000 residenti tra i 15 e i 54 anni di età dei soggetti presenti presso le strutture del privato sociale al 31 dicembre 1999.

Regioni	Soggetti ogni 10.000 residenti (tra 15-54 anni)	Scarti % rispetto al valore nazionale
Umbria	14,3	102%
Lazio	14,2	101%
Emilia Romagna	13,8	95%
Marche	11,6	65%
Basilicata	8,7	23%
Piemonte	8,0	14%
Toscana	7,2	2%
Trentino A.A.	6,5	-7%
Abruzzo	6,4	-9%
Lombardia	6,3	-11%
Liguria	5,8	-18%
Puglia	5,7	-20%
Veneto	5,4	-23%
Sardegna	5,2	-27%
Molise	4,7	-33%
Calabria	4,6	-34%
Sicilia	4,3	-39%
Friuli V.G.	3,6	-50%
Valle d'Aosta	2,5	-65%
Campania	2,5	-65%
Italia	7,1	

Fonte: Elaborazione sui dati dei flussi informativi del Ministero dell'Interno e sui dati di popolazione dell'ISTAT.

Atre Regioni da segnalare per lo scostamento del numero di soggetti presenti rispetto al valore medio nazionale sono, per le strutture semiresidenziali, la Sicilia (+187%) e per le strutture ambulatoriali la Basilicata (+203%).

Appare evidente come l'entità numerica delle presenze di soggetti sia influenzata dallo sviluppo non programmato dei servizi nelle diverse aree territoriali e alla loro conseguente non omogenea distribuzione.

In alcune Regioni, grazie alla presenza "storica" di strutture del privato sociale, l'offerta è ampia e strutturata nelle diverse tipologie, in altre è centrata sulle singole capacità di risposta ai bisogni emergenti.

Prevalenza (tasso x 10.000 residenti tra i 15 e i 54 anni di età) dei soggetti presenti presso le diverse tipologie di strutture del privato sociale al 31 dicembre 1999.

Regioni	N. di soggetti ogni 10.000 residenti (tra 15-54 anni)		
	Residenziali	Semiresidenziali	Ambulatoriali
Piemonte	6,6	0,4	1,0
Valle d'Aosta	2,2	0,3	0,0
Lombardia	4,3	0,3	1,7
Trentino A.A.	4,5	2,0	0,0
Veneto	3,9	0,8	0,7
Friuli V.G.	1,2	0,4	1,9
Liguria	4,3	0,5	1,0
Emilia e Romagna	11,4	1,2	1,2
Toscana	5,3	1,0	0,9
Umbria	11,5	1,5	1,3
Marche	7,6	1,3	2,7
Lazio	2,5	1,7	10,0
Abruzzo	3,8	1,1	1,5
Molise	2,7	0,0	2,0
Campania	1,4	0,6	0,5
Puglia	3,8	0,6	1,3
Basilicata	2,8	0,0	5,8
Calabria	3,8	0,6	0,2
Sicilia	1,4	2,7	0,2
Sardegna	3,5	0,3	1,4
Italia	4,2	0,9	1,9

Fonte: Elaborazione sui dati dei flussi informativi del Ministero dell'Interno e sui dati di popolazione dell'ISTAT.

I soggetti tossicodipendenti in carcere

Il Ministero della Giustizia ha attivato un flusso informativo relativo alla prevalenza di soggetti tossicodipendenti presenti nelle Case Circondariali e negli altri Istituti del sistema carcerario.

Anche in questo caso il sistema si basa su rilevazioni di prevalenza puntuale, cioè sul numero di soggetti presenti in un certo giorno presso le strutture e quindi risente delle osservazioni fatte in precedenza in merito alla capacità descrittiva del fenomeno.

Nella tabella seguente sono riportati i valori assoluti della popolazione carceraria al 31 dicembre 1999 e la relativa quota di soggetti tossicodipendenti.
Si può evidenziare che due Regioni (Liguria e Valle d'Aosta) presentano percentuali elevate (maggiori del 50%) di soggetti tossicodipendenti

sul totale dei soggetti reclusi; seguono sette Regioni (Sardegna, Friuli, Veneto, Lazio, Emilia Romagna, Piemonte e Trentino Alto Adige), che presentano valori compresi tra il 30 ed il 40% e poi con valori più bassi (< 30%) le altre.

Soggetti reclusi presso le Case Circondariali o altri Istituti del sistema carcerario italiano al 31 dicembre 1999.

Regioni	Totale detenuti	Detenuti tossico dipendenti	% tossico dipendenti
Liguria	1.671	905	54%
Valle d'Aosta	231	105	45%
Veneto	2.266	885	39%
Sardegna	1.501	584	39%
Lazio	5.136	1926	38%
Friuli V.G.	721	252	35%
Trentino A.A.	369	126	34%
Emilia e Romagna	3.162	1060	34%
Abruzzo	1.551	515	33%
Piemonte	4.187	1199	29%
Lombardia	7.015	1978	28%
Campania	6.243	1724	28%
Puglia	3.384	908	27%
Umbria	884	222	25%
Marche	847	211	25%
Basilicata	582	133	23%
Sicilia	5.950	1345	23%
Toscana	3.691	759	21%
Molise	351	64	18%
Calabria	1.862	196	11%
Italia	51.604	15.097	29%

Fonte: Elaborazione sui dati dei flussi informativi del Ministero della Giustizia.

Indicatori di prevalenza e gravità

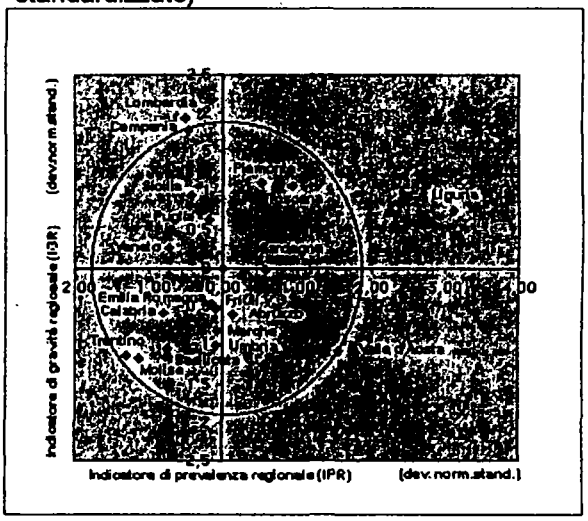
Al fine di rendere più agevole la descrizione della situazione regionale nei confronti dell'impatto del fenomeno tossicodipendenza con le strutture, è stato elaborato un indicatore di sintesi relativo ai flussi sino ad ora esaminati.

L'indicatore di prevalenza regionale (IPR), proposto all'OEDT di Lisbona e validato nell'ambito degli studi metodologici promossi dall'Osservatorio, permette la collocazione di ciascuna Regione all'interno di una distribuzione di gravità del fenomeno che prende contemporaneamente in considerazione le diverse componenti e le rapporta alla popolazione a rischio residente.

Contemporaneamente, è conveniente utilizzare un indicatore di gravità regionale (IGR) che come il precedente si basa sulla combinazione delle diverse componenti, senza, in questo caso, rapportarle alla "popolazione a rischio" residente nella Regione e quindi nel loro valore assoluto.

L'uso combinato dei due indicatori permette facilmente di individuare nel seguente grafico quattro quadranti, nei quali si collocano le diverse Regioni.

Distribuzione delle Regioni italiane secondo gli indicatori di prevalenza e gravità regionale (anno 1999, valori degli assi in deviate normali standardizzate)



Nel primo quadrante, in cui si hanno valori superiori rispetto alla media sia della prevalenza sia dell'entità numerica del fenomeno, si collocano Liguria, Piemonte e Toscana.

Nel secondo quadrante, in cui si hanno valori inferiori rispetto alla media del solo indicatore numerico del fenomeno (mentre l'indicatore di prevalenza permane sopra la media), si collocano Valle d'Aosta, Sardegna e Abruzzo.

Nel terzo quadrante, dove entrambi gli indicatori mostrano valori inferiori alla media, si trovano Trentino Alto-Adige, Emilia Romagna, Umbria, Marche, Molise, Basilicata e Calabria.

Nel quarto quadrante, che esprime valori di prevalenza inferiori alla media e valori dell'entità

numerica superiori alla media, si collocano Lombardia, Veneto, Campania, Puglia e Sicilia.

Rimane da evidenziare che le uniche Regioni con scostamenti statisticamente significativi dai valori medi degli indicatori sono la Liguria, che mostra un eccesso dell'IPR e la Lombardia, che mostra un eccesso dell'IGR.

Come detto precedentemente, la descrizione della situazione regionale, relativamente ai parametri dei flussi considerati, non permette di fare inferenze sulle cause che hanno generato le eventuali differenze, ma certamente consente di individuare le aree geografiche dove l'impatto del fenomeno tossicodipendenza è più basso di altre.

In questo caso, le Regioni che si collocano nel terzo quadrante del grafico precedente (dove l'IPR e IGR sono entrambi inferiori alla media) sono, per motivi diversi, in una situazione migliore rispetto a quelle che si trovano nel primo quadrante (IPR e IGR entrambi superiori alla media). Le Regioni che si collocano nel secondo e nel quarto quadrante si differenziano fra loro in quanto nel secondo finiscono le Regioni che hanno una prevalenza alta ma una dimensione numerica modesta del fenomeno perché Regioni demograficamente piccole, nel quarto quelle con una prevalenza più bassa ma una dimensione numerica alta perché Regioni demograficamente maggiori.

L'utilizzo e lo sviluppo (in termini qualitativi e quantitativi) di questa tipologia di indicatori sia riferiti alla prevalenza del fenomeno (soggetti mai conosciuti precedentemente dalle strutture che operano sul territorio e soggetti già conosciuti), che alla componente incidente (soggetti mai conosciuti) rappresentano una delle aree di attività future dell'Osservatorio permanente.

PAGINA BIANCA

PARTE SECONDA: Gli interventi delle Istituzioni

Capitolo 4: Gli interventi delle Amministrazioni centrali

Capitolo 5: Gli interventi delle Regioni e delle Province Autonome

Capitolo 6: L'utilizzo del Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga

Capitolo 7: I rapporti con l'Osservatorio Europeo per la droga e le tossicodipendenze

PAGINA BIANCA

Gli interventi delle Amministrazioni centrali dello Stato

Ministero della Sanità
Definizione delle caratteristiche organizzative e funzionali dei servizi per le tossicodipendenze.
In adempimento a quanto disposto dall'art. 4, comma 3, della legge 18 febbraio 1999 n. 45, un gruppo di lavoro composto da funzionari del Ministero della Sanità, del Dipartimento per gli Affari Sociali e da esperti designati dalle Regioni ha elaborato uno schema di decreto ministeriale per la revisione del D.M. 444/90, riguardante la determinazione dell'organico e delle caratteristiche organizzative e funzionali dei servizi per le tossicodipendenze.

Lo schema di decreto, riprendendo le indicazioni contenute nell'Accordo Stato-Regioni del 21 gennaio 1999 sulla "Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti", delinea le funzioni delle unità operative Ser.T. e le dotazioni minime necessarie (in termini di strutture, strumentazione, organizzazione e personale) ma assegna, doverosamente, alle Regioni il compito di definire in dettaglio, sulla base delle specifiche e differenziate esigenze locali, in particolare per quanto riguarda il numero complessivo e la dislocazione territoriale dei servizi, la articolazione interna delle figure professionali componenti l'équipe multidisciplinare in forza ai servizi stessi.

Lo scopo del provvedimento è quello di favorire la flessibilità massima della risposta assistenziale, compatibilmente con l'esigenza di assicurare in tutto il territorio nazionale livelli più uniformi di assistenza. In particolare, per quanto riguarda i criteri di determinazione dell'organico dei servizi, fonte in passato delle maggiori difficoltà di applicazione della normativa, viene proposta, nello schema di decreto, una nuova impostazione che supera la rigidità legata al rapporto con la sola utenza afferente al servizio.

Tale parametro, infatti, non risultava sufficiente a dimensionare il servizio rispetto alla popolazione potenzialmente afferente, né teneva conto del carico di prestazioni erogate, legato, a sua volta, alla gravità dei pazienti assistiti ed alla complessità dell'offerta di programmi di trattamento.

Vengono, pertanto, prospettati nuovi sistemi di misurazione, che si auspica possano offrire finalmente una prospettiva di stabilizzazione dei servizi per le tossicodipendenze, soprattutto in termini di adeguata ed efficiente allocazione delle risorse necessarie.

Al fine della determinazione del numero dei Ser.T. da attivare in ciascuna Azienda, sono individuati, quali criteri di misurazione, il bisogno stimato e la domanda assistenziale espressa.

Per quanto attiene la definizione della dotazione organica, da rivalutare con cadenza almeno triennale, viene fatto riferimento al volume totale delle prestazioni, ai tempi di erogazione delle stesse e all'attuazione di specifiche attività nell'ambito del servizio stesso.

Il testo definisce, altresì, i trattamenti per la cura e la riabilitazione dall'uso di sostanze e gli interventi per la prevenzione, diagnosi e cura delle patologie correlate che il Ser.T. deve garantire, nonchè le attività necessarie al miglioramento dell'offerta assistenziale, quali la rilevazione dei dati relativi al territorio e alle attività svolte.

Il decreto prevede il coordinamento del Ser.T. con gli altri servizi aziendali, con quelli del privato accreditato e con i servizi sociali che svolgono attività nel settore delle dipendenze. Sono definiti, inoltre, i requisiti strutturali e tecnologici necessari allo svolgimento, oltre che delle specifiche attività diagnostiche e terapeutiche di carattere medico, psicologico e sociale, anche delle attività di tipo amministrativo, di studio e di ricerca degli operatori.

Sono stati rivisti, infine, i requisiti di tipo organizzativo (orario di apertura dei Ser.T., accesso precoce ai servizi, tempi di attesa per l'avvio dei programmi di trattamento etc.), adeguandoli ai bisogni dell'utenza, garantendo la riservatezza degli interventi e, ove richiesto,

l'anonimato. Il testo, approvato dal Consiglio Superiore di Sanità nella seduta del 15-16 dicembre 1999, sarà sottoposto alla valutazione della Conferenza Stato-Regioni e delle Commissioni parlamentari competenti.

Linee-guida per la definizione dei progetti di riduzione del danno.
In ottemperanza a quanto disposto dall'art. 5, comma 9, della legge n.45/99, è iniziata l'elaborazione di linee-guida per la verifica dei progetti di riduzione del danno di cui all'art. 5 comma 7, lettera a), della suddetta legge.

Il testo contiene nella prima parte una descrizione delle informazioni di cui un progetto dovrebbe disporre per essere considerato di adeguata qualità (valutazione "ex ante"); presenta, inoltre, accenni sintetici ai possibili elementi "specifici" dei programmi di riduzione del danno.

Nella seconda parte vengono fornite indicazioni di carattere metodologico per la realizzazione di singole tipologie di programma. Il testo, infine, fornisce indicazioni per la valutazione dei risultati e degli esiti degli interventi (valutazione "ex post").

E' iniziata la predisposizione, inoltre, di un documento tecnico-programmatico sulla riduzione del danno, indirizzato al Servizio Sanitario Nazionale ed agli Enti collegati. Il testo, frutto del lavoro di un gruppo di funzionari delle Amministrazioni interessate e di operatori pubblici e del privato sociale, nasce dalla convinzione che sia maturo il tempo per proporre interventi e programmi sinora classificati come "progetti di riduzione del danno" all'interno dell'offerta "routinaria" di assistenza ai consumatori di droghe, erogata da Enti e Associazioni pubbliche e private sulla base dei modelli organizzativi generali del sistema dei servizi e delle specifiche esigenze del territorio.

Ministero dell' Interno
Direzione Centrale dei Servizi Antidroga.
Nello svolgimento delle funzioni previste dal D.P.R. n. 309/90 (Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza), l'azione della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga si è sviluppata lungo le seguenti direttrici:

- coordinamento, a livello nazionale ed internazionale, dell'azione investigativa svolta dalle Forze di Polizia nel settore della repressione del traffico di stupefacenti;
- collaborazione con le omologhe Agenzie straniere per lo sviluppo di indagini a livello internazionale;
- partecipazione alle iniziative nazionali e internazionali di cooperazione antidroga;
- gestione di un sistema statistico di dati inerenti gli aspetti di competenza; studio e analisi ragionata degli stessi ai fini dell'esame delle tendenze dei fenomeni criminosi in atto;
- formazione professionale specializzata;
- proposizione nei Fori competenti per l'adozione di nuovi strumenti giuridici e tecnologici, ai fini di una più efficace prevenzione e repressione del fenomeno;
- predisposizione di elementi di valutazione per la risposta agli atti del sindacato ispettivo parlamentare, nonché di pareri tecnico-giuridici su proposte di legge nello specifico settore.
- analisi e commento dei risultati salienti conseguiti in Italia nell'attività di contrasto al traffico di stupefacenti svolta durante l'anno; il documento è stato inoltrato all'UNDCP;
- relazione sull'attività svolta degli studi nel settore, che concorre a formare il documento che il Ministro dell'Interno presenta al Parlamento sull'attività del Dipartimento della P.S. e sullo stato della P.A., in base ad obblighi di legge;
- valutazioni, proposte e pareri su progetti di legge di modifica della normativa sugli stupefacenti e sulla tossicodipendenza;
- direttive agli Uffici e Comandi nel territorio delle Forze di Polizia, relative alle modalità ed ai controlli sulle coltivazioni sperimentali di canapa da fibra;
- problematiche generali in materia di traffico illecito di droga e di abuso di sostanze stupefacenti;
- direttive per adeguare l'azione delle Forze di Polizia all'aggiornamento delle tabelle delle

sostanze sottoposte a controllo, a seguito dell'inserimento di nuove droghe sintetiche;
- studio di diritto comparato delle legislazioni straniere inerenti alla figura dell'"agente sotto copertura".
- organizzazione di corsi interforze d'aggiornamento, formazione, qualificazione, perfezionamento e specializzazione.

In tale contesto, gli interventi sono stati sempre focalizzati verso una migliore risposta all'esigenza di formazione del personale impegnato nel delicato settore del contrasto al traffico illecito di sostanze stupefacenti.
Per alcuni corsi, concernenti argomenti particolarmente delicati, è stato messo a punto un meccanismo di selezione del personale da ammettere all'attività didattica, articolando la formazione in modo da renderla più rispondente alle esigenze di ciascuna figura professionale.

- organizzazione dei seguenti corsi e seminari:

- nell'ambito del programma OISIN, seminario su "Tecniche di intelligence per l'analisi criminale nelle indagini sul traffico di droga" organizzato, in collaborazione con la Francia, in favore di ufficiali/funzionari di polizia e dogana dei Paesi dell'Unione europea e di Algeria, Tunisia, Marocco, Siria, Egitto e Giordania;
- "Corso interforze per responsabili operativi dell'agente sottocopertura" al quale hanno partecipato funzionari ed ufficiali della Polizia di Stato, dell'Arma dei Carabinieri e della Guardia di Finanza responsabili delle unità specializzate antidroga dislocate sul territorio. Al corso ha partecipato anche un funzionario della Squadra Antidroga del Quartier Generale di Polizia di Floriana/Malta;
- nell'ambito del programma OISIN, seminario su "Analisi dei rischi in tema di flussi transfrontalieri" organizzato, in collaborazione con la Francia ed il Regno Unito , in favore di ufficiali/funzionari di polizia e dogana dei Paesi dell'U.E. e di Algeria, Tunisia, Marocco, Siria, Egitto e Giordania, Libano. Hanno partecipato, in qualità di osservatori, anche quattro rappresentanti dell'Arabia Saudita e due ufficiali albanesi;
- "12° Corso interforze per unità antidroga. Attività "sottocopertura/sorveglianza" la cui frequenza è riservata ad ufficiali di polizia giudiziaria appartenenti ai ruoli dei Sovrintendenti ed Ispettori della Polizia di Stato, dell'Arma dei Carabinieri e della Guardia di Finanza. In qualità di osservatori hanno partecipato, anche due Ispettori della Repubblica Elvetica;
- "6° corso interforze di aggiornamento nel settore degli stupefacenti per "unità cinofile antidroga", organizzato in favore dei conduttori/istruttori di cani antidroga della Polizia di Stato, dell'Arma dei Carabinieri e della Guardia di Finanza;
- nell'ambito del programma OISIN, seminario su "Droghe di sintesi: aspetti della cooperazione di polizia e dogana" organizzato, in collaborazione con la Francia e la Germania, in favore di ufficiali/funzionari di polizia e dogana dei Paesi dell'U.E. e di Bulgaria, Estonia, Lettonia, Lituania, Polonia, Repubblica Ceca, Romania, Slovacchia, Slovenia, Ungheria. Hanno partecipato, come osservatori, anche due funzionari messicani.
- stage a favore di un funzionario della Polizia maltese.

- partecipazione del personale a vari seminari internazionali quali:

- seminario su " Diversione dei precursori " organizzato, nell'ambito del programma OISIN, dalla Svezia a Parigi;
- "1ª Conferenza internazionale sulle indagini contro la diffusione dei precursori a favore dei Paesi dell'Unione europea e dell'America Latina" organizzata dal Ministero dell'Interno spagnolo e tenutasi a Lima;
- "1° Corso di formazione dell'Unione europea per formatori nel settore della lotta ai laboratori clandestini di droghe sintetiche" organizzato dall'EDU - EUROPOL e tenutosi a l'Aja;
- "2° Seminario di analisi strategica" organizzato dall'Europol a l'Aja;
- corso di formazione per Funzionari del Ministero dell'Interno egiziano sul tema

"Diritti umani e lotta alla criminalità organizzata" tenuto a Torino;
- "Conferenza Internazionale sul traffico illecito di cocaina" organizzata dal Ministero dell'Interno spagnolo;
- "Seminario internazionale sull'utilizzo dell'agente sottocopertura nella lotta al crimine organizzato". Il simposio, organizzato nell'ambito del programma Falcone dell'Unione europea, dalla Direzione della Polizia Criminale spagnola, si è tenuto a Madrid;
- "III Conferenza sull'interscambio pratico di esperienze ed intelligence per ufficiali di collegamento antidroga dell'Unione europea in America Latina" organizzato, nell'ambito del programma di cooperazione di polizia OISIN dell'Unione Europea, dal Ministero dell'Interno spagnolo a Santafè de Bogotà (Colombia).

Attività internazionale

L'attività svolta in campo nazionale dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga si è integrata con l'intensificazione di concordate iniziative a livello internazionale, alle quali è stato assicurato un significativo apporto anche con la costante attiva presenza di funzionari ed ufficiali in numerosi gruppi di lavoro dell'O.N.U., dell'Unione europea e di altri Fori internazionali di particolare valenza impegnati nella lotta al traffico di stupefacenti.

La D.C.S.A. ha partecipato alle più importanti riunioni del settore, tra cui:

- in ambito ONU, ai lavori della 42ª Sessione della Commissione Stupefacenti e alla 23ª riunione Honlea (Heads of National Drug Law Enforcement Agencies) settore Asia e Pacifico;
- in ambito U.E., alle riunioni mensili del Gruppo "Orizzontale Droga" e del Gruppo "Traffico Illecito di Stupefacenti, (che ha assorbito le competenze del Gruppo "Stupefacenti" di Schengen, in attuazione del Trattato di Amsterdam), al Seminario sul traffico di droga posto in essere da trafficanti dell'Africa Occidentale, alla riunione plenaria del Gruppo di Dublino (giugno), alla 1ª riunione del Meccanismo di Coordinamento nella lotta contro la droga fra U.E., America Latina e Caraibi, alla 3ª Conferenza sull'interscambio pratico di esperienze ed intelligence per ufficiali di collegamento antidroga dell'U.E. in America Latina;
- in ambito Interpol, alla 5ª Conferenza Internazionale sul traffico di cocaina, alla 9ª Conferenza Internazionale sulle sostanze psicotrope, precursori e sostanze chimiche di base, alla 25ª riunione europea dei Direttori dei Servizi nazionali incaricati della lotta contro il traffico di sostanze stupefacenti;
- in ambito INCE: (Iniziativa Centro Europea) alle riunioni del Gruppo Permanente per la lotta alla Criminalità Organizzata, alla 48ª Conferenza Quadrangolare (USA-Francia-Canada-Italia), alla Conferenza Internazionale di Balkom sul traffico di droga, sviluppato da albanesi, al 1° Simposio Internazionale d'Investigazione Criminale, al Seminario su "Gestione dei mezzi in uso per la creazione di storie di copertura".

La D.C.S.A. ha collaborato con organismi internazionali, quali l'INCB, fornendo dati ed informazioni sul traffico illecito degli stupefacenti sul nostro territorio (coltivazione, produzione e repressione). Inoltre, ha inviato contributi in occasione di importanti vertici internazionali, tra cui quello dei Capi di Polizia svoltosi a Bari nel dicembre 1999 con alcuni Paesi del Bacino del Mediterraneo e quello dei Ministri dell'Interno di Italia, Grecia e Albania (Roma, 29 dicembre 1999). Ha preso parte alla elaborazione di accordi bilaterali con altri Paesi, miranti a rendere a vario titolo più proficua la collaborazione nell'azione di contrasto alla droga, al terrorismo e alla criminalità organizzata (Bosnia-Erzegovina, Macedonia, Messico, Serbia-Montenegro).

La D.C.S.A ha partecipato a numerosi incontri con delegazioni straniere, in Italia ed all'estero, in attuazione di accordi bilaterali. Si citano quelli con l'Argentina, la Bosnia Erzegovina, l'Iran, il Messico (riunione del Gruppo Tecnico Misto tenutosi a Città del Messico dal 13 al 16 aprile 1999, per la redazione di un nuovo accordo in tema di cooperazione di polizia).

A tali impegni si aggiungono quelli sviluppati a livello bilaterale, anche attraverso la rete degli ufficiali di collegamento stranieri, nell'ambito della competenza tecnica attribuita. Rientra in tale ottica anche l'attività svolta dagli Ufficiali di collegamento e dagli Esperti Antidroga distaccati nelle sedi ritenute più a rischio.

Ministero dell'Interno (Direzione Centrale della documentazione).
Attività comunitaria e internazionale
La Direzione centrale per la documentazione, in qualità di Punto Focale Nazionale del Progetto europeo Reitox (relativo alla creazione di una rete informativa sulle tossicodipendenze tra i 15 Paesi membri), ha proseguito fino all'entrata in vigore della legge n. 45/99 la realizzazione di compiti inerenti al programma di lavoro triennale 1998-2000 per l'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze di Lisbona (EMCDDA). Vengono riportate di seguito le attività più significative:

- aggiornamento del Rapporto nazionale sulle tossicodipendenze, in base allo schema standardizzato indicato dall'EMCDDA per i Paesi dell'U.E.;
- sviluppo della seconda fase del progetto E.D.D.R.A., che ha riguardato la creazione di una banca-dati informatica per la raccolta sistematica delle informazioni sugli interventi e le iniziative di riduzione della domanda realizzate nei 15 Stati membri, al fine di soddisfare e favorire lo scambio di esperienze e di conoscenze fra i professionisti e gli operatori del settore. Nel 1999 è stato realizzato il rapporto finale sull'attività relativa al 1998 e preparato il Piano di lavoro per il 1999. E' stato, inoltre, costituito un sottocomitato composto dai rappresentanti delle Amministrazioni dell'Interno, Sanità, Pubblica Istruzione, Dipartimento per gli Affari Sociali e coordinamento delle Regioni in materia di tossicodipendenza con il compito di valutare e selezionare i futuri progetti nazionali da inserire nel data-base dell'EMCDDA;
- adesione alla delibera del Consiglio dell'Unione Europea, in attuazione della Joint Action tra gli Stati membri, relativa al Sistema di Allarme rapido per lo scambio di informazioni sulle nuove droghe sintetiche (Early Warning System). Nel corso del 1999 è stata curata la redazione di un rapporto sullo stato di avanzamento dell'applicazione dell'Azione Congiunta (con i dati relativi al 1998) ed il Punto Focale ha partecipato al monitoraggio sulla presenza di nuove sostanze di sintesi presenti sul mercato europeo della droga;
- partecipazione ai due progetti europei sull'armonizzazione degli indicatori-chiave epidemiologici della domanda di trattamento e dei decessi droga-correlati.

Per quanto riguarda il primo indicatore, sono stati utilizzati i dati relativi a 2 Regioni (Friuli Venezia Giulia e Lazio), il Punto Focale italiano ha partecipato allo studio-pilota mediante la compilazione di apposite schede predisposte dall'I.F.T. (Punto Focale tedesco), per conto dell'EMCDDA ed inoltre è stato predisposto un bilancio provvisorio per la realizzazione del piano di lavoro.

Per quanto riguarda l'indicatore dei decessi droga-correlati, si segnala la partecipazione del Punto Focale italiano al meeting dell'EMCDDA tenutosi nel novembre a Lisbona e la compilazione di un apposito questionario per l'implementazione del progetto da parte della Direzione centrale per i Servizi Antidroga;

- partecipazione del Punto Focale nazionale al meeting organizzato a Parigi dal Centro Documentale francese TOXIBASE il 22 gennaio 1999, in qualità di "osservatore", sul progetto "Biblioteca Virtuale", finalizzato a realizzare nell'ambito del Progetto Reitox una banca-dati telematica comune per la diffusione a livello europeo di informazioni bibliografiche nel campo delle tossicodipendenze. In tale sede è stato sottolineato l'interesse del Punto Focale italiano a partecipare attivamente al progetto ed è stata illustrata, evidenziandone le potenzialità operative, la banca-dati bibliografica in possesso della Direzione centrale per la documentazione;
- partecipazione nell'ambito della delegazione italiana, alla 42ª Sessione della Commissione sugli Stupefacenti delle Nazioni Unite (UNDCP), svoltasi dal 16 al 25 marzo 1999. In tale sede è stata presentata una risoluzione dell'Italia sul tema della riduzione della domanda,

ponendo in risalto la necessità di migliorare la qualità delle informazioni sulle droghe fornite dai mass media e tramite Internet. Si è inoltre stabilito di costituire un Gruppo di lavoro intersessionale per armonizzare ed uniformare i diversi sistemi informativi, al fine di definire modalità comuni di acquisizione dei dati. A tal fine, si sono svolte a Vienna due riunioni straordinarie del Gruppo di Coordinamento Intersessionale dell'UNDCP (nei mesi di giugno e di settembre) cui ha partecipato la delegazione italiana, con l'obiettivo di mettere a punto un nuovo schema di Rapporto biennale dell'UNDCP, in applicazione del Programma Globale di Azione definito nella Conferenza di New York del giugno 1998;

- realizzazione di un "progetto sperimentale di organizzazione di diffusione territoriale delle informazioni sulle droghe e tossicodipendenze" finanziato dal Fondo nazionale di intervento per la lotta alla Droga ai sensi dell'art. 127 del D.P.R. n.309/90, come sostituito dall'art. 1, comma 2, della legge n. 45 del 18.2.1999.

Il progetto tende a realizzare in via sperimentale un sistema informativo di base per la rapida circolazione delle informazioni in materia di droghe, attraverso il coordinamento dei flussi informativi esistenti e previa loro selezione e standardizzazione.

L'obiettivo è quello di conseguire nei settori preventivo-educativo, sanitario, socio-economico e repressivo, uno scambio integrato di informazioni che offra un quadro conoscitivo più ampio possibile dei vari aspetti del fenomeno tossicodipendenza e che sia *agevolmente accessibile dalle* Amministrazioni pubbliche, dagli operatori e da utenti privati.

Ministero dell'Interno (Direzione centrale dei Servizi Civili).
La Direzione ha svolto una intensa attività di coordinamento delle Prefetture e di altri Uffici centrali interessati alla realizzazione dei progetti ammessi al finanziamento sul Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga.

Nel 1999 sono stati approvati e finanziati per £.6.012.600.000 i progetti predisposti da otto Prefetture (Pavia, Verona, Palermo, Torino, Mantova, Milano, Potenza e Macerata) e dalla Direzione centrale della documentazione nonché quattro iniziative promosse dalla Direzione per i servizi civili sui seguenti temi:

- formazione degli operatori psicosociali dei NOT e dei SerT;
- valutazione dell'efficacia delle attività realizzate presso i NOT delle Prefetture;
- indagine svolta da un campione di NOT, di SerT e di A.S.L. sui consumatori saltuari di sostanze stupefacenti;
- seminari sperimentali per i coordinatori di dieci NOT sui fondamenti del colloquio motivazionale.

Sono stati portati a compimento due progetti avviati nel 1998 relativi il primo alla valutazione degli interventi dei NOT di otto Prefetture, il secondo all'approfondimento della formazione permanente del personale interessato alla creazione di una "rete" organizzativa fra gli operatori pubblici e privati, impegnati in ambito provinciale nella formazione in materia di tossicodipendenze.

Ministero della Difesa (Direzione generale della Sanità militare).
Le Forze Armate, impegnate anche sul versante delle problematiche sociali generali del Paese, sviluppano 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 poste in essere varie strategie operative, finalizzate al contenimento prima ed alla riduzione poi dei problemi in questione, che si estrinsecano attraverso le seguenti attività:

- ricerca ed evidenziazione precoce di soggetti che utilizzano sostanze 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 delle tossicodipendenze 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 delle tossicodipendenze e delle principali patologie mediche ad essa correlate.

Le iniziative realizzate e attualmente in fase di realizzazione nelle Forze Armate per la prevenzione delle tossicodipendenze necessitano di un costante coordinamento che viene assicurato dalla Sezione di psicologia medica militare della Direzione generale della Sanità Militare. Si sottolinea il ruolo positivo dello screening all'incorporamento con benefico ritorno preventivo non solo per l'ambito militare ma anche per la società civile.

Anche in base ai mutati scenari internazionali, particolare opera di prevenzione viene effettuata anche per le Operazioni fuori area.
La Sezione di psicologia medica militare continuerà a monitorare il fenomeno anche nel periodo di transizione da Forze Armate incentrate sulla leva a Forze Armate incentrate sulla componente volontaria.

Le iniziative svolte nel 1999
Tutte le iniziative avviate o proseguite nell'anno riguardano attività di prevenzione primaria o secondaria; la prevenzione terziaria, infatti, in considerazione delle norme di legge in vigore, non rientra tra i compiti dell'Amministrazione della Difesa.

Iniziative di prevenzione in ambito HIV
E' proseguito, per il personale della Difesa, il piano di formazione HIV (PFH) a suo tempo definito d'intesa con la Commissione nazionale per la lotta all'AIDS e con l'Istituto Superiore di Sanità. Il Piano, autorizzato dagli Stati Maggiori di Forza Armata e dai Comandi Generali dell'Arma dei Carabinieri e della Guardia di Finanza, è stato inserito come attività permanente nei programmi addestrativi presso gli enti di incorporamento per raggiungere tutto il personale che accede alla carriera militare.

Ulteriore sviluppo del piano è rappresentato dalla estensione dell'attività formativa in alcuni Istituti di alto livello come l'Accademia Militare dell'Esercito, l'Accademia Navale, l'Accademia Aeronautica, l'Accademia della Guardia di Finanza e l'Istituto Superiore di Stato Maggiore Interforze.

La Direzione generale della Sanità Militare (D.G.S.M.) ha continuato a fornire il proprio contributo propositivo alla definizione delle strategie di intervento a livello nazionale, partecipando ai lavori della Commissione nazionale per la lotta all'AIDS.

In materia di prevenzione dell'infezione da HIV, un'ulteriore potenzialità è rappresentata dalla possibilità di studiare le modifiche del comportamento indotte dal messaggio educativo ricevuto dall'utente a seguito della attuazione del piano di formazione HIV. E' evidente, infatti, che il vero obiettivo di tutti i

programmi di prevenzione (ed il parametro conclusivo di giudizio sulla loro efficacia) è costituito dalla effettiva adozione dei comportamenti corretti, che non segue automaticamente l'apprendimento di essi.

La D.G.S.M. ha pertanto in programma di utilizzare un questionario comportamentale (elaborato con l'aiuto di psicologi e dotato di un sistema intrinseco di auto controllo), da somministrare prima e dopo la conferenza educativa e a diversi intervalli di tempo da essa per valutare l'efficacia dell'intervento e la persistenza della stessa nel tempo.

Esercito
Attività di supporto psicologico attraverso l'operato dei Consultori psicologici, dei Centri di coordinamento di supporto psicologico e degli ufficiali consiglieri.
Attualmente sono operanti 18 Consultori Psicologici così ripartiti presso i Centri militari di medicina legale o gli Ospedali militari:

- Regione Militare Nord: Torino, Milano, Genova, Verona, Udine e Padova;
- Regione Militare Centro: Firenze, Bologna e Chieti;
- Regione Militare Sud: Catanzaro, Caserta e Bari;
- Comando Capitale: Policlinico Roma, C.M.M.L. Roma e Anzio;
- Comando Autonomo Sicilia: Palermo e Messina;
- Comando Autonomo Sardegna: Cagliari.

I Centri di coordinamento di supporto psicologico, istituiti a livello Regione militare e Corpo d'Armata con il compito di coordinare e controllare l'attività degli analoghi Centri funzionanti a livello Brigata/Scuola e di supportare l'operato degli ufficiali consiglieri, hanno continuato a svolgere regolarmente il proprio servizio.

Gli ufficiali consiglieri svolgono tale attività "ad incarico esclusivo" nei Battaglioni Addestramento Reclute e presso le Scuole e ad "incarico abbinato" negli altri Enti.

Sono continuate le conferenze per i militari di leva tenute da ufficiali medici con l'ausilio della proiezione di film e di diapositive, aventi per argomento il problema della droga inserito nel più ampio contesto dell'educazione alla salute.

E' proseguito costantemente un accurato e capillare controllo, durante la visita di leva, la visita d'incorporamento e le visite periodiche quindicinali dei militari, allo scopo di individuare precocemente soggetti tossicofili o tossicodipendenti e di procedere al loro avvio presso gli stabilimenti sanitari militari per accertamenti ed eventuali provvedimenti medico-legali.

Gli stabilimenti sanitari dipendenti hanno continuato a svolgere attività di ricerca dei cataboliti dei cannabici, oppiacei e cocaina nell'urina dei militari preposti all'incarico di autista militare.
Il servizio di psicologia ed igiene mentale operante presso la Scuola di Sanità e Veterinaria Militare ha sensibilizzato gli ufficiali medici, in servizio permanente effettivo e di complemento, riguardo all'importanza del corretto utilizzo delle conoscenze psicologiche e psichiatriche nell'espletamento delle funzioni di medico militare. Gli argomenti trattati sono stati:

- igiene mentale in ambito militare;
- consultori psicologici;
- teoria e tecnica dei reattivi mentali;
- Ufficiali consiglieri;
- attività di prevenzione presso i Reggimenti Addestramento Reclute, Enti Scolastici e Addestrativi;
- tecniche del colloquio;
- urgenze in psichiatria;
- psicologia dell'età evolutiva ed adolescenziale;
- interventi di prevenzione primaria e secondaria nelle operazioni Fuori Area.

Presso la Scuola di Sanità e Veterinaria Militare di Roma è proseguita l'attività didattica rivolta ai sottotenenti medici di complemento neo-assegnati ai Reggimenti di addestramento reclute ed alle Scuole.

E' stato realizzato presso la Scuola di Sanità e Veterinaria Militare il Corso di aggiornamento per ufficiali medici dirigenti/capi servizio dei

consultori psicologici. Durante tali incontri sono state prese in considerazione le seguenti tematiche:

- l'importanza della selezione e della formazione per il benessere del personale;
- la gestione ed il trattamento del disagio e del disadattamento nel personale militare;
- le possibili strategie d'intervento e/o di gestione del "craving" e della fase di dipendenza da sostanze;
- la prevenzione, la diagnosi e l'eventuale trattamento dei problemi alcool-correlati;
- il ruolo dei consultori psicologici nell'ottica del nuovo riordinamento della F.A.;
- possibili interventi sul territorio inerenti alla promozione e alla tutela della salute mentale nella comunità militare.

E' stato avviato un servizio di consulenza psicodiagnostica presso la Scuola di Sanità Militare -U.O.S.- di psichiatria, a favore degli ufficiali medici dei consultori psicologici e dei Reparti neuropsichiatrici.

Sono state organizzate sessioni informative e corsi propedeutici per la prevenzione e la gestione del disturbo e/o disagio psichico in Operazioni Fuori Area, nei confronti degli Ufficiali medici specialisti in psichiatria e/o psicologia medica impegnati nelle recenti missioni italiane all'estero.

E' stata attivata una collaborazione didattico-scientifica con l'Istituto Italiano di Studi di ipnosi clinica e psicoterapia "H. Bernheim", che si è concretizzata facendo frequentare, a titolo gratuito, gli ufficiali medici specialisti in psichiatria e/o psicologia medica ai corsi in ipnosi clinica, al fine di ampliare il bagaglio di strategie operative per la terapia delle forme d'abuso.

Presso i Reggimenti Addestramento Reclute è stata regolarmente effettuata la reiterazione del test di personalità M.M.P.I. nella forma abbreviata per individuare i soggetti non idonei al servizio militare, ma soprattutto quelli con difficoltà di inserimento nel contesto militare.

Sono state organizzate da parte di molti enti e reparti, con l'ausilio degli ufficiali consiglieri e dei cappellani militari, attività d'incontro e culturali finalizzate ad una migliore integrazione con la popolazione giovanile autoctona e con il contesto sociale in genere nel quale i giovani alle armi prestano servizio.

Aeronautica militare
Nei casi di sospetta tossicodipendenza, uso di droghe o disturbo personologico si è proceduto all'invio del personale presso gli organi medico-legali A.M. o di altra Forza Armata cui compete l'attivazione dei flussi informativi.

Ricerca di cataboliti urinari di sostanze stupefacenti.
Sono stati eseguiti periodici controlli dei cataboliti urinari di sostanze stupefacenti sul personale di leva con incarico di conduttore di automezzi. Analoghi controlli sono stati effettuati durante le selezioni mediche per gli arruolamenti. Esami occasionali sono stati, inoltre, eseguiti sul personale dichiaratosi spontaneamente assuntore di droghe o che sia stato oggetto di segnalazione ai servizi sanitari di reparto per comportamenti presumibilmente attribuibili all'abuso di sostanze stupefacenti.

Il riscontro di positività urinaria nel corso degli accertamenti effettuati presso i servizi sanitari periferici assume soltanto connotazione di orientamento diagnostico e comporta, a garanzia dell'interessato, l'invio dello stesso presso gli Organi medico-legali della F.A. o presso gli O.M. di altra F.A. per una valutazione definitiva del caso, con l'ausilio di qualificati interventi diagnostici di più specialisti. L'acquisizione di tali dati consente di seguire l'andamento del fenomeno sia sul piano qualitativo che su quello quantitativo.

Attività di prevenzione
Allo scopo di evitare condizioni ambientali e psicologiche che favoriscono l'abuso di sostanze, i Comandi hanno continuato ad incentivare lo svolgimento di attività sportive e ricreative, facilitando la creazione di gruppi di aggregazione e socializzazione dei militari di leva nel tempo libero. Le attività intraprese si possono riassumere come segue:

- promozione di attività sportive con libertà di accesso agli impianti sportivi militari

(palestre, campi sportivi, piscine, campi di minigolf etc.) per uso individuale e collettivo di tutto il personale;
- acquisto di abbonamenti teatrali, biglietti per manifestazioni cinematografiche, culturali e sportive di vario genere per successiva distribuzione, a titolo gratuito, a favore del personale; facilitazioni dell'accesso a biblioteche, abbonamenti a "pay tv".

Attività di educazione preventiva:
Molta cura ed attenzione è stata rivolta all'attività informativa sulle tematiche delle tossicodipendenze da parte degli ufficiali medici, cappellani militari e ufficiali addetti all'inquadramento della truppa. In particolare, si è cercato di favorire il colloquio personale al fine di instaurare un rapporto diretto tra soggetto ed operatore sanitario. Sono state organizzate conferenze/dibattiti con ausilio di audiovisivi, pubblicazioni, opuscoli, ecc. su temi riguardanti la prevenzione delle tossicodipendenze e delle malattie a trasmissione sessuale.

Consultori psicologici A.M.
L'attività viene svolta da psicologi convenzionati che operano presso i consultori aperti presso vari Enti di Forza Armata.

Marina militare
Drug testing program
E' continuata l'attuazione del programma presso tutti gli Enti M.M. di bordo e di terra, con particolare attenzione per gli Istituti di formazione quali l'Accademia Navale di Livorno, le Scuole Sottufficiali, i Maricentro, il Collegio Navale Morosini.

Il programma si configura come uno specifico strumento di prevenzione articolato in varie fasi, da quella informativa e di sensibilizzazione a quella identificativa e di diagnosi precoce: il controllo casuale del personale tramite la contestuale raccolta e analisi di un campione di urina, l'imprevedibilità di tale verifica, le implicite ricadute disciplinari e medico-legali connesse alla "positività", richiamano continuamente l'attenzione degli allievi e dei giovani militari sulla necessità di non ignorare o banalizzare il rischio di comportamenti d'uso di droghe, esercitando così un incisivo effetto dissuasivo verso il contatto con le sostanze stupefacenti.

Alcuni indicatori statistici (come ad esempio i dati relativi al personale impiegato sulle Unità Navali) offrono un riscontro confortante sulla efficacia del Drug Testing Program nel prevenire l'avvicinamento alle sostanze stupefacenti.

Conferenze
E' continuata la riproposizione periodica di conferenze informative tenute da ufficiali medici con l'ausilio di sistemi audiovisivi orientate a sensibilizzare il personale di leva alle tematiche dell'educazione alla salute, con particolare riguardo ai rischi connessi all'abuso di alcool, tabacco ed ai comportamenti che espongono al rischio di contagio da virus HIV.

Corsi di psicologia ed igiene mentale
Sono proseguiti i corsi di insegnamento di psicologia e di igiene mentale, con riferimenti agli specifici aspetti legislativi e medico legali più aggiornati relativi alle tossicodipendenze, per gli ufficiali medici in servizio permanente effettivo e di complemento che frequentano il corso applicativo presso la Scuola di sanità della M.M. di Livorno; il ciclo di lezioni è finalizzato a sviluppare negli ufficiali medici una maggiore sensibilità per le problematiche legate all'igiene mentale e alle tossicodipendenze, affinando la capacità di gestione dei casi pervenuti alla diretta osservazione.

Sistema a reti neurali
Presso l'ospedale principale M.M. di La Spezia è continuato il progetto per la prevenzione della vulnerabilità da eroina con sistema a reti neurali. Attualmente il sistema è in fase di "allenamento" per l'individuazione di soggetti che hanno propensione all'uso di cannabinoidi, mediante l'applicazione della stessa metodologia risultata valida per i soggetti che fanno uso di oppiacei.
L'obiettivo del progetto è di attivare un piano di lavoro finalizzato a prevedere il tasso di vulnerabilità da eroina e cannabis dei soggetti testati, aprendo così innovativi scenari di attività di studio e controllo tesi ad accrescere l'esperienza in tale settore.

Attivita' di ricerca

Presso il consultorio psicologico di Roma è stata avviata un'indagine volta ad individuare cause e fattori generali del disadattamento del personale di leva. Tale ricerca pilota ha comportato la somministrazione di un questionario biografico unitamente ad una batteria di test a 177 militari con attività di servizio non superiore a tre mesi. L'abbondante materiale acquisito è ancora in fase di elaborazione. Sulla nave Euro è stato condotto uno studio psicodiagnostico esplorativo sulla condizione psicologica del personale imbarcato durante attività operative mediante procedure standardizzate di valutazione, effettuata con una batteria di test ad ampio spettro di indagine e di tipo multidimensionale. I risultati ottenuti dall'indagine e le considerazioni preliminari di questo studio pilota saranno oggetto di prossima pubblicazione su riviste scientifiche del settore.

Diagnosi precoce e supporto psicologico
Attraverso la rete di strutture psicologiche istituite dallo Stato Maggiore della Marina dal 1987 (consultori psicologici e servizi di psicologia), sono proseguite le attività di diagnosi precoce e di supporto psicologico nei riguardi di militari che hanno evidenziato situazioni personali, socio-culturali e ambientali a "rischio" per lo sviluppo di disturbi psichici o per la tossicofilia/tossicodipendenza; l' attività è coordinata, a livello centrale, dalla sezione di psicologia militare dell'Ispettorato di Sanità M.M..

Esami specialistici e di laboratorio
E' stata ulteriormente valorizzata l'esecuzione di esami specialistici e di laboratorio nei confronti del personale di leva e in ferma di leva prolungata presso i Maricentro di Taranto e La Spezia, al fine di evidenziare soggetti che fanno uso di droghe.

Banca dati
Presso la Sezione di psicologia militare dell'Ispettorato di Sanità della Marina Militare è proseguita l'implementazione della banca dati sui casi di consumo di sostanze stupefacenti accertati in ambito M.M., al fine di monitorare alcuni aspetti del fenomeno e indirizzare adeguatamente le strategie preventive.

Finanziamento di progetti a valere sul Fondo Nazionale d'intervento per la lotta alla droga
Si tratta di progetti finalizzati alla lotta alla droga, per i quali è stato concesso il finanziamento per gli esercizi finanziari 1997, 1998, 1999. I progetti sono suddivisi a seconda della Forza Armata che li ha presentati.
Ispettorato Logistico dell'Esercito, Dipartimento di Sanità e Veterinaria:

- Potenziamento del livello di funzionamento dei consultori psicologici deputati al supporto dei militari tossicofili o consumatori occasionali. £ 4.000.000.000;
- Intervento territoriale preventivo e terapeutico della tossicofilia in ambito militare avvalendosi di consultori psicologici. £ 662.210.000.

Ispettorato Logistico dell'Aeronautica Militare, 4° Reparto Sanità:

- Attività di prevenzione e recupero del personale di leva dalle tossicofilie. Attivazione di consultori psicologici. £ 636.000.000;
- Realizzazione di una campagna informativa di prevenzione sull'AIDS rivolta ai giovani di leva. £ 45.000.000.

Ministero della Pubblica Istruzione
Promozione della salute e prevenzione delle dipendenze nella scuola
L'art. 104 del D.P.R. 309/90 affida al Ministero della Pubblica Istruzione e alla Scuola due funzioni principali in ordine alla prevenzione delle dipendenze patologiche e all'educazione alla salute quella informativa e quella educativa, da esplicare in modo continuativo e strutturale, attraverso programmi che si avvalgano degli strumenti ordinari dell'attività scolastica e mediante una azione concertata e condivisa con le agenzie socio-sanitarie del territorio. Tale mandato si è confrontato con:

- l'introduzione dell'autonomia scolastica ed il conferimento di funzioni e compiti dello Stato alle Regioni e agli Enti locali, delineati dal Decreto Legislativo 112/97 che modifica l'architettura del sistema e ne sottrae potenzialmente i fattori di

rigidità entro cui la dimensione della salute aveva finito con l'avere la peggio. Le più recenti direttive sull'educazione alla salute (dir 600/96, dir 463/98 e 292/99) hanno dato segnali significativi in questa direzione, affiancandosi ad un quadro normativo caratterizzato, oltre che dalla legge 59/97, dal D.P.R. n° 567/96 sulle attività integrative e complementari delle scuole di ogni ordine e grado, richiamate anche nella Legge 285/97, dallo statuto delle studentesse e degli studenti e dal D.P.R. 156/99;

- la necessità di rendere l'azione preventiva nella scuola pienamente coerente con le linee del Piano Sanitario Nazionale che attribuisce alla promozione della salute un ruolo strategico nella politica sanitaria e indica implicitamente in questo quadro un nuovo ruolo propulsivo delle discipline bio-psico-sociali;
- la necessità di rendere visibile e verificabile la promozione della salute nella scuola, sotto forma di programmi di intervento che, benché sviluppati autonomamente nelle sedi locali, siano in grado di rispondere ad una azione concertata e coerente sul piano nazionale, con una declinazione di obiettivi capaci di esplicitare e concretizzare il mandato sociale e di cui sia possibile misurare il conseguimento.

La promozione della salute negli ambiti curricolari, complementari e integrativi come risorsa per il successo formativo.

L'incontro tra il mandato legislativo e la cultura strutturale dell'autonomia ha comportato una decostruzione dell'educazione alla salute come contenitore indifferenziato e l'ha vincolata alla declinazione puntuale dei contenuti e delle relative modalità di elaborazione, riconducendone gli interventi entro un quadro unitario progettuale tanto lontano dalle "campagne" quanto vicino ai compiti evolutivi specifici dei soggetti che impegnano tanto la dimensione cognitiva quanto quella affettivo-relazionale all'interno della relazione educativa.

E' stata del tutto condivisa, a questo riguardo, l'elaborazione proposta in sede internazionale che individua la salute come progressiva integrazione nella crescita personale dei livelli di organizzazione bio-psico-sociali. L'immagine integrata, talvolta chiamata stile di vita, non sorge dal nulla, ma costituisce l'iceberg di modelli comportamentali, emozionali e simbolici strutturatisi nel tempo e che accompagnano l'arco dell'esistenza. Essi comportano la capacità di costruire equilibri tra salute e malattia e tra mondo interiore e mondo esterno e informare il proprio agire a obiettivi suggeriti dall'evidenza etico-razionale.

L'attuale concetto di salute comporta il superamento della sola prospettiva preventiva, in favore di un'ottica che enfatizza la promozione della salute e la valorizzazione della persona. In questa cornice concettuale, ha acquistato un'indubbia rilevanza la funzione mediatrice dell'educazione, interposta strategicamente tra crescita e consapevolezza, e ciò ha legittimato l'affidamento della dimensione della salute anche alla scuola.

Nelle attività curricolari della Scuola, si è proceduto ad un progressivo accrescimento della capacità degli insegnanti e degli studenti di esplorare ed utilizzare le valenze formative ed "health promoting" delle discipline.

Le attività complementari ed integrative hanno costituito un'area di iniziativa degli studenti per una autonoma esplorazione (mediante iniziative integrative) e di negoziazione (entro gli ambiti complementari) di fonti del curricolo aggiuntive e di pari dignità (es. relazioni interpersonali - educazione alla vita e alla sessualità -ambiente -comunicazione e multimedialità), capaci di promuovere e valorizzare la varietà degli stili cognitivi e la loro interrelazione.

Entro queste linee è divenuto più agevole individuare gli specifici contributi della scuola nei processi qualitativi dello sviluppo (orientamento, comunicazione) e nella promozione del successo formativo.

Nella Scuola, infatti, la promozione della salute:

- ha esplicitato la valenza preventiva sottesa ai processi formativi;
- ha contribuito alla traduzione della conoscenza in stile di vita e in scelte provvedute, valorizzando le valenze disciplinari in termini di progettualità,

autostima, scambio, dialogo, regolazione dei conflitti, condivisione costruttiva delle norme, consapevolezza, senso di appartenenza, spirito di accoglienza;
- ha offerto strumenti di rilevazione e lettura delle forme di sofferenza personale suscettibili di strutturarsi (in assenza di risposte adeguate) in abbandoni e insuccessi formativi;
- ha fornito ai processi della comunicazione complessa gli elementi di valorizzazione della persona, includendola in una relazione di scambio efficace e partecipato.

Si citano, quali riscontri operativi delle menzionate linee strategiche, i risultati e le valutazioni che emergono da un'indagine (condotta su Roma e provincia) sull'educazione alla salute nella scuola dell'autonomia, che include "presenza e funzionamento dei Centri di Informazione e Consulenza" ed il progetto di mobilitazione dei giovani delle scuole superiori di Parma per un XXI secolo libero dalle droghe, realizzato d'intesa con il Ser.T. della AUSL di Parma e l'United Nations Drug Control Program (Undcp).

Presenza e funzionamento dei Centri di Informazione e Consulenza (CIC)

L'inchiesta ha raggiunto complessivamente 1.042 studenti del II e IV anno di ogni indirizzo scolastico, appartenenti a 27 Distretti (su un totale di 35), di cui 19 a Roma e 8 in provincia. Nelle superiori la ricerca è stata portata avanti potendo utilizzare un campione di 364 soggetti, 122 maschi (33,5 %) e 242 femmine (66,5%), di cui 56 dirigenti scolastici (15,4%) e 308 insegnanti (84,6%). Per gli studenti si è cercato di distinguere tra presenza dei CIC e buon funzionamento: nel primo caso le segnalazioni arrivano al 62,7%; se si guarda alla loro efficienza la quota dei CIC segnalati per il loro buon funzionamento scende al 48,4% mentre sono oltre un terzo gli studenti che negano l'esistenza dei CIC nella propria scuola; è possibile inoltre evidenziare come l'efficacia dei CIC si correli con la presenza nella scuola del docente referente per l'educazione alla salute, con l'importanza attribuita all' educazione alla salute all'interno della propria scuola ed alla conseguente realizzazione di progetti. Un tale andamento convalida ancora una volta l'ipotesi secondo cui il terreno fertile per l'implementazione dell'educazione alla salute è dato da una circolarità d'interventi, ciascuno dei quali è in rapporto di "mutuo-aiuto" nei confronti dell'altro e tutti insieme fanno capo alla sensibilità che hanno, nei confronti dell'educazione alla salute, i dirigenti scolastici, il collegio dei docenti, gli studenti e i genitori. Sono queste infatti le ragioni addotte da docenti e studenti al momento in cui è stato chiesto loro di motivare la mancata presenza dei CIC nella propria scuola. Nel valutare le funzioni svolte dai CIC, si è cercato di distinguere tra l'offerta di informazioni, le consulenze e la promozione di attività:

- docenti e studenti concordano entrambi nell'attribuire maggiore valenza alle funzioni di consulenza, con particolare riferimento ai problemi "personali", "relazionali" (a scuola e in famiglia), alle "difficoltà scolastiche" e all'area dei fattori " a rischio" (droga, AIDS, aborto, contraccettivi...);
- sono state maggiormente apprezzate da entrambi le informazioni di carattere sanitario e le iniziative a scopo culturale e sportivo-ricreative; al tempo stesso, si nota una divergenza di valutazione in merito all'offerta di informazioni riguardanti la carriera scolastica, il mondo del lavoro, la vita sociale e l'uso del tempo libero: è interessante notare come in questi casi gli studenti abbiano saputo apprezzare più dei loro insegnanti quanto è stato fatto;
- un atteggiamento altrettanto positivo da parte degli studenti riguarda anche le varie attività promosse allo scopo di incontrare e/o mettere in comunicazione le diverse componenti della scuola (docenti, studenti, genitori...); ciò potrebbe significare un invito ad intensificare quanto è stato realizzato finora da parte dei CIC, dal momento che incontra il favore degli studenti prima ancora che dei loro docenti;
- i docenti interpretano i CIC prioritariamente come un aiuto prestato ai giovani ai fini di una maggiore partecipazione alla vita scolastica, del miglioramento delle relazioni tra loro e gli studenti e del potenziamento delle attività di orientamento che svolga un ruolo preventivo nei confronti degli insuccessi e degli abbandoni;
- gli studenti, seppure valutando "poco" il conseguimento di tali obiettivi, tuttavia in genere conservano la stessa graduatoria, ma al tempo stesso considerano come obiettivo primario dei CIC quello di facilitare la comunicazione tra loro ed i genitori (scopo che invece i docenti hanno messo agli ultimi posti). In pratica, quindi, lo "scontro" avviene sulle funzioni: mentre per i docenti i CIC servono a risolvere essenzialmente problemi relativi all'ambito scolastico, gli studenti li interpretano in senso più allargato portando a scuola anche i problemi della famiglia e affidando alla stessa scuola e agli strumenti/funzioni che le spettano il compito di risolverli.

Quest'ultima osservazione, unita ad una maggiore valutazione da parte degli studenti sull'intera gamma delle funzioni attribuite ai CIC, permette di ritenere che essi stiano incontrando nella scuola favore sufficiente da parte di coloro che ne sono i diretti destinatari. Al tempo stesso gli studenti ripropongono il problema dell'apertura della scuola a tutto il mondo extrascolastico e con esso anche delle sue attività, tra cui appunto i CIC. Il gruppo operativo dei CIC, infatti, si qualifica tra l'altro per il fatto di essere composto anche da personale non direttamente coinvolto nell'insegnamento. "In questa prospettiva il CIC si costituisce come luogo di aggregazione istituzionale di diversi soggetti che si propongono di realizzare le diverse attività di promozione della qualità della vita scolastica in una scuola aperta alla comunità e al mondo". Si può asserire quindi che gli studenti hanno della scuola una

"visione allargata" capace di mettere insieme risorse diverse, ma funzionali ad aiutarli a costruire la loro identità, a esprimere le proprie potenzialità e a sapersi orientare nella società complessa? E' possibile che i dati dell'inchiesta siano frutto di una intuizione che sta lentamente emergendo dallo stato latente in cui si trova. E l'attuale momento storico gioca sicuramente a favore di questa maturazione. I CIC a loro volta dovrebbero servire a far decollare l'autonomia educativa e didattica dei singoli istituti attraverso la definizione e messa a punto di Piani dell'Offerta Formativa realmente visibili e verificabili.

Progetto di mobilitazione dei giovani per un 21° secolo libero dalle droghe.

I gruppi di studio e di sensibilizzazione (presenti in 8 istituti di Parma) sulla tematica della prevenzione della tossicodipendenza e dell'alcoolismo, presenti dal 1997, sono attivati e gestiti dai giovani che si propongono di:

- procurarsi conoscenze scientifiche sulle droghe, sui meccanismi di dipendenza, sulle conseguenze per la salute, sui fattori bio-psico-sociali predittivi dello sviluppo delle dipendenze, sui costi per la società, uscendo dagli stereotipi dettati dai media e dal senso comune;
- sensibilizzarsi alla sfida per il futuro che comporta un approccio personale e sociale all'esistenza senza il supporto di sostanze psicoattive da abuso;
- tentare di cambiare la mentalità dei coetanei, delle famiglie e della propria realtà locale dentro e fuori la scuola, riguardo alla tematica delle dipendenze, contrastando il clima di collusione, negazione e superficialità in cui l'impiego di sostanze si sviluppa.

Il progetto è sostenuto dall'impegno degli insegnanti referenti per l'educazione alla salute, che non si sostituiscono ai giovani nella ideazione e gestione delle iniziative ma garantiscono soltanto supporto organizzativo, momenti di supervisione e consulenza, raccordo con il dirigente scolastico. Il progetto è gestito in collaborazione con il Centro Studi Farmacotossicodipendenze del SerT di Parma, i cui professionisti hanno instaurato un rapporto empatico e stabile con i giovani, consentendo agli studenti di attingere a fonti di informazioni scientifiche, offrendo momenti di coordinamento, di stimolo e di orientamento delle attività di prevenzione, con uno stile informale e ludico. Il progetto dei gruppi di Parma è inserito nel Network dei Giovani animato da United Nations Drug Control Program (UNDCP di Vienna) con cui viene mantenuto un costante contatto. Tre studenti di Parma hanno partecipato al meeting internazionale in Canada, organizzato da UNDCP, che ha dato il via al network e che ha indirizzato un appello dei giovani sulla prevenzione al Segretario Generale. Attualmente vengono programmati da UNDCP nuovi meeting internazionali regionali, corsi di formazione per i giovani, nuove iniziative e un sito web, cui i giovani di Parma parteciperanno. Le oltre 20 città nel mondo coinvolte dal network di UNDCP vedono sempre i giovani protagonisti di attività di prevenzione non calate dall'alto e, anche quando supervisionate dagli adulti, non ideate e gestite dagli adulti: le tecniche utilizzate sono le più svariate, dai gruppi di auto-aiuto al teatro libero, dal sostegno economico alle realtà di marginalizzazione estrema, alle attività di volontariato per le famiglie in difficoltà. A Parma i gruppi di studenti hanno scelto dapprima di studiare a fondo le tematiche inerenti la tossicodipendenza, in seguito di uscire allo scoperto per sensibilizzare e mobilitare altri giovani. Attraverso gli incontri nazionali delle consulte ed il servizio Studenti On Line del Ministero della Pubblica Istruzione gli studenti di Parma hanno raggiunto anche gli studenti su tutto il territorio nazionale, producendo, con il supporto del SerT di Parma, strumenti per la prevenzione ("Butta la Pasta" contro le nuove droghe e una monografia sulla tematica dell'impiego di sostanze tra i giovani, diretta ai coetanei): anche questi momenti di confronto e di sensibilizzazione nazionale continueranno ad essere sostenuti dal lavoro dei gruppi di studenti di Parma. Durante l'anno scolastico 1998-99 una mostra itinerante sulle sostanze da abuso e sugli stili di vita correlati, allestita dai gruppi di studenti, è stata presente in diversi istituti della città, creando ulteriori momenti di confronto, approfondimento e dibattito tra i giovani. Le realizzazioni per l'anno scolastico comprendono:

- ulteriori attività di studio e coscientizzazione sulla vulnerabilità per le dipendenze e sui costi sociali della droga, dell'alcoolismo e del tabagismo;
- animazioni di assemblee di classe e di istituto da parte degli studenti attivati, con strumenti audiovisivi e dibattiti;
- prosecuzione dell'itinerario della mostra sulle sostanze d'abuso prodotta dagli studenti.

Direttiva 292/99

Di seguito si riportano i progetti inclusi nella direttiva ministeriale 292/99 finanziati con il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga, a valere sugli esercizi finanziari 1997/98/99. Il piano di intervento si articola in progetti e attività dedicati a specifiche e rilevanti questioni per rispondere in modo metodologicamente adeguato ai bisogni della persona in formazione:

- progetto studentesse e studenti;
- centri di informazione e consulenza;
- progetto famiglia;
- progetto formazione;
- programma di ricerca e intervento per prevenire e ridurre fenomeni di dipendenza, devianza e psicopatologia nella scuola (Life Skills e Peer Education);
- Espad: Progetto di ricerca per gli anni 2000, 2001, 2002 sul fenomeno della tossicodipendenza;

- progetto finalizzato a stimolare gli adolescenti a rimuovere comportamenti a rischio mediante l'uso di nuove tecnologie della comunicazione (Provveditorato di Roma);
- prevenzione primaria delle tossicodipendenze nelle aree svantaggiate di tre città italiane.

Gli interventi delle Regioni e delle Province Autonome

Le Regioni e le Province Autonome
La presente sezione della Relazione riguardante le Regioni e Province autonome, è stata curata dal coordinamento interregionale degli Uffici Tossicodipendenze che fa attualmente capo alla Regione Veneto.

Per garantire l'omogeneità dei contributi informativi è stata prestabilita la seguente struttura del rapporto:

- descrizione dell'andamento del fenomeno delle tossicodipendenze nel contesto territoriale di riferimento riportando, se disponibili, i dati della mortalità da eroina, la stima del fenomeno, l'utenza dei Ser.T. e delle Comunità terapeutiche (valori assoluti e relativi), specificando età, sesso, sostanze d'abuso primario, tipologie di intervento;
- caratteristiche della rete dei servizi riportando il numero dei dipartimenti, dei Ser.T., delle Comunità terapeutiche, delle Associazioni di volontariato, specificando numero e tipologia del personale e dotazione strutturale;
- elencazione dei provvedimenti regionali più significativi, specificando tipo di provvedimento, data, titolo, obiettivi;
- modalità di gestione del Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga (esercizi finanziari 1997-99) e stato di svolgimento degli adempimenti per il finanziamento dei progetti;
- applicazione dell'Accordo Stato-Regioni del 21 gennaio 1999 ("Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti"): stato di svolgimento degli adempimenti;
- applicazione dell'Accordo Stato-Regioni del 5 agosto 1999 ("Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso"): stato di svolgimento degli adempimenti;
- descrizione dei progetti regionali in corso, specificando titolo, data di avvio, durata, obiettivi, destinatari, ente gestore;
- costi della rete dei servizi, valori assoluti e relativi, distinti tra servizi pubblici e privati;
- obiettivi per il 2000, indicando gli obiettivi prioritari che l'Amministrazione si propone di realizzare.

Di seguito vengono riportate le informazioni raccolte secondo l'articolazione per punti definita dallo schema. La maggioranza delle Regioni e le due Province Autonome sono state in grado di fornire tutti gli elementi informativi richiesti. Rispetto al precedente anno, si evidenzia un notevole salto qualitativo e quantitativo nella disponibilità e nella capacità di gestire l'informazione ma, soprattutto, si rileva un rilevante sviluppo degli interventi messi in atto per contrastare il fenomeno, grazie anche all'impegno delle risorse economiche del Fondo nazionale di lotta alla droga. Le differenze fra le statistiche riportate da alcune Regioni è quelle fornite dal Ministero della Sanità, riportate in altre parti della Relazione, sono dovute sia all'effetto dei Ser.T. che non hanno risposto, sia ai ritardi nella trasmissione dei dati, sia ad una differente elaborazione. Questo problema dovrà essere affrontato e risolto, con assoluta priorità, nell'ambito delle attività di sviluppo della qualità dei flussi informativi di competenza dell'Osservatorio permanente.

Regione Valle d'Aosta
Andamento del fenomeno.
I tossicodipendenti presi in carico dal Ser.T. con un programma terapeutico nel 1999 sono stati 375; i soggetti presi in carico per la prima volta sono stati 66; sono in aumento i casi di soggetti ripresi in carico dagli anni precedenti: 309 dei 375 casi del 1999 erano già noti al Ser.T.; l'intervento sui casi cronici dimostra che il Servizio ha capacità di ritenzione nei programmi ed attenzione agli aspetti di riduzione del danno. Tra i programmi utilizzati vanno segnalati quelli a "metadone-mantenimento" (43,1%), quelli psico-sociali (24,4%) e gli inserimenti in Comunità (13,6%). Il 55,7% dei soggetti con cui il Ser.T.. ha avuto un contatto non sono residenti, sono stati contattati in carcere oppure sono seguiti dai Ser.T. di altre Regioni o sono giunti al Ser.T. perché obbligati. Il numero di casi riguardanti i maschi é preminente: sono l'81% e la classe d'età che

presenta un maggior numero di tossicodipendenti é quella tra i 20 ed i 24 anni.
Il numero degli inserimenti in Comunità é aumentato rispetto all'anno precedente, passando da 100 a 121 unità; nel 1999 si ripropone l'aumento riscontrato nel '98 per quanto attiene l'utilizzo di strutture fuori Regione. Rilevante é stata l'attività di assistenza ai detenuti tossicodipendenti, secondo una tendenza ad aprire sempre più programmi di recupero in carcere: sono stati aperti in carcere 102 programmi di cui 69 prevalentemente psicosociali e 33 farmacologici. Gli interventi su tossicodipendenti ricoverati nell'Ospedale regionale sono stati 36. E' aumentato il numero dei ricoveri per overdose e per le patologie correlate. Per quanto riguarda le segnalazioni di tossicodipendenti, permane la tendenza al forte invio da parte della Presidenza della Giunta regionale nell'ambito dello svolgimento delle funzioni prefettizie: 73 segnalazioni dalla Presidenza della Giunta/Prefettura nel 1999 contro le 62 del 1998. Le segnalazioni sono per il 37% relative ad eroina; il 60% delle segnalazioni riguardano, invece, i cannabinoidi ed il 3% cocaina e psicostimolanti Sono 6 i decessi nel 1999, 4 per le diverse patologie correlate alle tossicodipendenze, 2 per overdose; non si è registrato acun decesso legato all'AIDS. L'attività di contrasto dell'alcoldipendenza é decisamente aumentata: 107 nuovi alcoldipendenti sono stati contattati; 130 gli alcoldipendenti presi in carico.

La rete dei servizi.

In Valle d'Aosta esiste un solo Ser.T. ed operano in convenzione con l'U.S.L. 1 Comunità terapeutica-riabilitativa, 1 Centro di prima accoglienza, 1 Centro di reinserimento, 1 Casa alloggio per malati di AIDS. Il personale in servizio presso queste strutture è costituito prevalentemente da psicologi ed educatori professionali, ma alcune hanno in organico anche altre figure, come i medici e gli infermieri professionali. La Comunità terapeutica opera in uno stabile di proprietà della Amministrazione regionale, concesso in comodato; le altre strutture sono ospitate in stabili o di loro proprietà o in locazione.

I provvedimenti regionali più significativi.

Non si segnala alcun provvedimento particolarmente significativo.

La gestione del Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga (esercizi finanziari 1997-1999).

La Giunta regionale ha approvato i criteri e le modalità per il riparto delle quote del fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga trasferite alla Regione Autonoma Valle d'Aosta per gli esercizi finanziari 1997/1998/1999. La deliberazione individua, anzitutto, i soggetti che possono presentare progetti e che sono, rispettivamente, gli Enti locali (Comunità Montane, Comuni e loro Consorzi), l'azienda U.S.L. della Valle d'Aosta, gli Enti ausiliari della Valle d'Aosta, le organizzazioni di volontariato iscritte all'albo o registro della Regione Autonoma Valle d'Aosta, le Cooperative sociali. Questi soggetti possono presentare richiesta di finanziamento per progetti di durata triennale finalizzati alle seguenti aree d'intervento: prevenzione primaria, prevenzione secondaria e terziaria, reinserimento sociale e lavorativo, riduzione del danno. E' prevista anche un'area specifica riservata a progetti di "competenza regionale" finalizzati alla realizzazione di iniziative di rete, all'attivazione di progetti di valutazione della qualità, alla formazione degli operatori pubblici, privati e volontari, ai programmi di promozione della salute e di contrasto delle dipendenze rivolti agli studenti. Il termine per la presentazione delle domande di finanziamento scade il 4 maggio 2000; entro 60 giorni un'apposita Commissione provvede alla assegnazione dei finanziamenti.

Applicazione degli accordi Stato-Regioni del 21 gennaio 1999 e del 5 agosto 1999.

Per l'applicazione dei due accordi sono in corso di approntamento atti necessari ad armonizzare la normativa in ordine alla problematica complessiva dell'accreditamento, comprendendo oltre a quello delle tossicodipendenze anche l'ambito socio-sanitario in generale; la realtà della Valle d'Aosta presenta specificità che rendono opportuni tali adattamenti in considerazione e/o in raccordo con il nuovo PSSR che è in fase di elaborazione.

I progetti regionali in corso.

Nell'anno 1995 ha preso avvio il "Progetto Ponte" finanziato inizialmente dalla Amministrazione regionale in attesa del finanziamento statale e gestito dall'Assessorato regionale Istruzione e Cultura; il progetto è

ancora in corso di realizzazione e si caratterizza come ultima fase di "transizione" verso un "nuovo modo di fare prevenzione nelle scuole" sulla base della esperienza di un precedente progetto, attuato e completato all'inizio degli anni 90 e sulla verifica delle risultanze del "Progetto Ponte" stesso.
Il "Progetto Ponte" risponde all'esigenza di sviluppare in ogni Istituzione scolastica le capacità di elaborazione e di realizzazione di un progetto di educazione alla salute, per la riduzione del disagio e la prevenzione dei comportamenti a rischio, in collaborazione con le strutture socio-sanitarie territoriali esistenti.
I costi della rete dei servizi.
Il Ser.T. della Valle d'Aosta si avvale dell'apporto di strutture del privato sociale convenzionate con l'U.S.L.; per l'anno 1999 l'U.S.L. della Valle d'Aosta per l'inserimento di utenti presso dette strutture ha sostenuto la spesa complessiva di £ 606.314.880. Le spese relative ad utenti inseriti in strutture esterne alla Valle d'Aosta (n.18) ammontano complessivamente a £ 526.975.365. Il costo del servizio pubblico (Ser.T.) ammonta a 1 miliardo 932 milioni 292 mila 66 lire, a cui occorre aggiungere circa 400 milioni per il personale convenzionato che ha operato all'interno del Servizio stesso, portando la spesa ad un ammontare complessivo di 2 miliardi 330 milioni di lire.
Gli obiettivi per il 2000.
La Regione si pone l'obiettivo prioritario di dare applicazione ai due accordi Stato-Regioni rispettivamente del 21 gennaio 1999 e del 5 agosto 1999 per quanto attiene la riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti e la determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso; tale applicazione pone, come evidenziato nella trattazione dei punti 5 e 6, attenzione alla specificità della realtà locale.

Regione Piemonte
Andamento del fenomeno delle tossicodipendenze.
Tra il 1991 ed il 1999, il totale di utenti osservati nei 63 Ser.T. piemontesi è cresciuto del 35,7%, passando da 10.450 a 14.181. Questi rappresentano un tasso grezzo di 330,7 utenti ogni 100.000 residenti. La sostanza d'abuso primaria l'eroina nel 90,7% degli utenti. Il numero di utenti già in carico dagli anni precedenti è aumentato da 7.138 nel 1991 a 11.579 nel 1999. Il numero di utenti che si presentano al servizio per la prima volta oscilla dal 1994 intorno a 2.500 ogni anno e nel 1999 è pari a 2.605. I maschi rappresentano stabilmente circa l'80% dell'utenza totale. La maggior parte dei nuovi utenti, sia maschi che femmine, si presenta al Ser.T. per la prima volta in un'età compresa tra 20-24 anni e questo dato si conferma anche nel 1999. Gli utenti già in carico sono un po' più "vecchi", la fascia d'età maggiormente rappresentata è quella compresa tra i 30-34 anni. A conferma di ciò, nel periodo dal 1991 al 1999 si è osservato un progressivo invecchiamento degli utenti già in carico. Dal 1991 al 1999, in Piemonte gli utenti in carico ai Ser.T. rappresentano circa il 2% della popolazione maschile di età compresa tra 25 e 29 anni. Le utenti femmine di questa stessa classe d'età, dove si osservano i tassi più elevati, rappresentano circa lo 0,4% delle loro coetanee. Tassi leggermente inferiori a quelli descritti si osservano per la classe d'età 30-34 anni. Nel 1999, sul totale di 14.181 utenti in carico ai Ser.T., il 13.6% era inserito in comunità (nel 1998 erano il 17,1%); il 24,7% era in terapia di mantenimento con metadone (nel 1998 erano il 23,2%); il 27,2% effettuava solo trattamenti psico-sociali (nel 1998 erano il 39,7%). Le uniche stime di cattura-ricattura disponibili sono quelle effettuate a Torino nel 1991, 1992, 1993, 1995, che indicavano un numero di tossicodipendenti a Torino pari a 7.500, 8.300, 7.500 e 7.500 rispettivamente, circa il doppio degli utenti in carico presso i Ser.T. in quegli anni. E' attualmente in corso uno studio che effettuerà stime più aggiornate della popolazione tossicodipendente torinese. I dati dell'overdose sono stati ricavati dagli archivi nazionali di mortalità dell'ISTAT, aggiornati al 1994. Dopo il picco di 150 decessi per overdose nel 1990 (128 maschi, 22 femmine), il numero di decessi per questa causa è sceso a 73 e 65, rispettivamente nel 1993 e 1994.
La rete dei servizi
Sono in corso di costituzione 22 Dipartimenti di Patologia delle Dipendenze (DPD). I Ser.T. sono 63, con circa 600 operatori. Le Comunità private sono 58 residenziali e 9

semiresidenziali. Le Comunità pubbliche residenziali sono 2, i Centri semiresidenziali pubblici 3. Unità Mobili: 2 camper (ASL 5 e ASL 12), 1 pulman per il territorio della città di Torino. Drop-in: 1 Gruppo Abele, 1 ASL 3. Struttura carceraria a custodia attenuata: 1 Comunità all'interno della casa circondariale di Torino

I provvedimenti regionali più significativi

E' stato adottato un provvedimento particolarmente rilevante. DGR 19.7.1999 "Attuazione della DGR 40-25951 del 16.11.1998. Gruppo di studio regionale sull'assistenza sanitaria in carcere: progetto sperimentale Casa Circondariale "Le Vallette" di Torino/ASL 3 per l'assistenza sanitaria ai detenuti tossicodipendenti". Obiettivi: costituzione di un' équipe di I° livello e rafforzamento della struttura a custodia attenuata di II° livello all'interno del carcere torinese.

La gestione del Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga (esercizi finanziari 1997-99)

Sono stati esaminati 327 progetti, di cui 282 sulle azioni di prevenzione, innovazione e riconversione, inclusione lavorativa, riduzione degli effetti sociali e sanitari 45 proposte di progetto sull'azione di competenza regionale (formazione, trasferimento e trasmissione dati, sistemi di valutazione).

L'applicazione dell'Accordo Stato-Regioni del 21 gennaio 1999

La costituzione dei Dipartimenti di patologia delle Dipendenze sarà ricompresa in un provvedimento di revisione generale delle struttura delle ASL. Il disegno e l'organizzazione del DPD sono stati elaborati e discussi con il concorso dei servizi ed il supporto dell'Agenzia Regionale dei Servizi Sanitari.

L'applicazione dell'Accordo Stato-Regioni del 5 agosto 1999

I provvedimenti saranno adottati nel 2000.

I progetti regionali in corso

Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze (OED-Piemonte). L'OED-Piemonte è una struttura che ha per obiettivi fornire immagini della realtà del fenomeno della dipendenza da sostanze e degli interventi effettuati per controllarlo che siano utili sia ai servizi, nella loro funzione di pianificazione locale dell'attività, sia al livello della programmazione regionale, al fine favorire la messa a punto di politiche sociali e sanitarie basate su dati reali. Si è costituita nel 1998 ed è incardinata presso il Servizio di Epidemiologia dell'ASL 5 di Grugliasco, Comune nella prima cintura Torinese. In essa operano, oltre a personale proprio, epidemiologi professionisti in convenzione con il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università di Torino e responsabili di due Ser.T. piemontesi. Direttamente collegato all'attività dell'OED è il progetto di potenziamento del sistema informativo dei servizi che mira alla produzione omogenea di dati confrontabili ed adeguatamente rilevati.

Studio VEdeTTE. La Regione Piemonte è coinvolta direttamente nella conduzione dello studio di Valutazione di Efficacia dei Trattamenti per le Tossicodipendenze da Eroina (VEdeTTE), sia con una propria coorte di utenti che per le attività di coordinamento multicentrico. L'ASL 1 di Torino è l'ente gestore del coordinamento di 18 Ser.T. piemontesi che hanno arruolato circa 3.000 utenti. Questo studio proseguirà nei prossimi mesi con l'obiettivo, auspicato dal Ministero della Sanità, di trasformare la coorte VEdeTTE in una coorte permanente, con l'arruolamento di tutti i nuovi utenti e con la prosecuzione del follow-up di tutta la coorte.

Studio Valutazione della Qualità dei Ser.T.. La Regione Piemonte partecipa allo studio "La Valutazione della Qualità dei Ser.T.", coordinato dalla regione Emilia Romagna. Si tratta di un percorso di orientamento alla Qualità dei Ser.T. per una cultura condivisa dalla quale far poi discendere linee-guida per la regolazione del sistema dei servizi. I passi in cui si articola il progetto nazionale sono quattro:

- ricostruzione del sistema di regolazione;
- definizione del profilo di Qualità dei Ser.T.;
- individuazione dei sotto-criteri di qualità;
- congruenza fra sistema informativo e concetto di qualità.

Sono state realizzate le prime tre fasi mentre il proseguimento del progetto prevede il suo compimento nell'arco di un anno.

I costi della Rete dei servizi

I dati non sono disponibili.

Gli obiettivi per il 2000

Elaborazione di linee-guida di trattamento della dipendenza da eroina. Si tratta di un percorso che verrà affrontato da un gruppo di operatori

piemontesi, con il coordinamento tecnico dell'Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze, per la revisione sistematica della letteratura scientifica sui trattamenti, e la stesura di linee-guida basate su prove di efficacia. Questo lavoro, che interesserà dapprima alcune aree prioritarie (diagnosi, mantenimento metadonico, trattamento di gruppo, trattamento residenziale *in comunità*), vuole contribuire ad un accrescimento della cultura degli operatori dei Ser.T. per aumentare la loro capacità di fruire dei risultati della ricerca scientifica in fatto di interventi per la dipendenza da sostanze. Progetto 'Nuove Droghe'. Si tratta di un progetto complesso, che coinvolge le realtà del privato sociale, i servizi pubblici, l'Università di Torino e quella del Piemonte Orientale, oltre all'Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze. Il progetto nasce dall'elaborazione del gruppo regionale interservizi e propone da una parte lo studio del fenomeno per la messa a punto di un modello di ricerca per la valutazione degli effetti sulla salute delle sostanze, (in continuità e contiguità con lo studio sulla prevalenza del consumo di N.D. tra i diciottenni di leva), dalla altra la sperimentazione di interventi volti alla riduzione della domanda e alla riduzione dei rischi tramite la creazioni di poli di osservazione presso i servizi pubblici e lavoro di strada da parte dei soggetti del privato sociale.
Centro di Valutazione. Il Centro, dopo la costruzione di un profilo di Qualità, si pone come supporto ai servizi pubblici e privati della Regione per tutto ciò che riguarda l'evoluzione *in tal senso. Tale struttura assumerà quindi* caratteristiche di maggiore stabilità sia per quel che riguarda il personale sia come sistemazione logistica.

Regione Lombardia
L'andamento del fenomeno delle tossicodipendenze
Utenti Ser.T.: 22.326, dei quali 5.116 nuovi utenti; 18.842 maschi. Sostanze d'abuso primario: 18.373 eroina, 1.691 cannabinoidi, 1.676 cocaina. Fasce d'età: <15 anni: 73, 15-19 anni: 911; 20-24 anni: 3.183; 25-29 anni: 5.518; 30-34 anni: 6.126; 35-39 anni: 4.192; > 39 anni: 2.323. Utenza NOA: 5.412. Utenza Comunità terapeutiche: 4.421, dei quali 4.109 residenziali

La rete dei servizi
Servizi pubblici: 77 Ser.T., 63 NOA. Enti ausiliari: 179 servizi residenziali, 44 semiresidenziali, 140 non residenziali. Personale Ser.T.: 244 medici, 184 psicologi, 232 infermieri professionali, 200 assistenti sociali, 104 educatori professionali, 65 amministrativi, 30 altre professioni. Totale 1.059. Personale NOA: 73 medici, 72 psicologi, 63 infermieri professionali, 63 assistenti sociali, 26 educatori professionali, 13 amministrativi, 8 altre professioni. Totale 318. Personale C.T.: 88 medici, 269 psicologi, 30 sociologi, 63 pedagogisti, 232 infermieri professionali, 42 assistenti sociali, 370 educatori professionali, 149 amministrativi, 973 altre professioni. Totale 1.984
I provvedimenti regionali più significativi
Dgr 41878 del 12.3.99 Concernente la definizione dei requisiti e delle modalità per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento delle strutture di riabilitazione e reinserimento di soggetti tossicodipendenti. Il provvedimento, completato dalla circolare 31 Marzo 1999, n° 24, definisce i requisiti, strutturali e funzionali, nonché le modalità operative per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento delle strutture degli Enti Ausiliari. Il termine ultimo per questo percorso è stato definito al 31.12.2000. Dgr 44119 del 9.7.1999 Adempimenti regionali e linee di indirizzo alle Aziende ASL, agli enti locali, agli enti ausiliari, alle cooperative sociali e alle organizzazioni di volontariato per l'attuazione della legge 45 del 18 febbraio 1999 " *Disposizioni per il Fondo nazionale di intervento* per la lotta alla droga": Il provvedimento, completato dai successivi Dgr di impegno e liquidazione della prima quota (40%) attribuita ad ognuna delle 15 ASL lombarde, prevede tutte le indicazioni operative per la predisposizione dei Piani territoriali, espressione locale della programmazione in area progettuale. Dgr n° 46083 dell'8.11.99: Incarico all'IREF per la progettazione e realizzazione di un intervento formativo rivolto agli operatori delle tossicodipendenze in ambito penale e penitenziario. Il provvedimento prevede un iter formativo congiunto (pubblico, privato e agenti penitenziari) in materia penale e penitenziaria. E' parte dell'investimento effettuato dalla Regione in questa area, che ha

già previsto un potenziamento del personale ai Ser.T.. per l'intervento nelle carceri, nonché la costituzione di un Gruppo tecnico regionale per il coordinamento delle attività di prevenzione, cura e riabilitazione a favore di detenuti con patologie da dipendenza (Ddg 37037 del 29.7.99)

La gestione del Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga (esercizi finanziari 1997-99)

Emanazione di una circolare attuativa con relativa ripartizione del budget assegnato per singolo ambito ASL (n.15 totali), riservando una quota del 1% di gestione diretta regionale per la realizzazione di laboratori di ricerca. Individuazione degli indicatori di programmazione, esito ed economici finalizzati al monitoraggio dei piani territoriali validati. Istituzione dei Coordinamenti Territoriali in ciascun ambito territoriale con competenze di carattere programmatorio e per la verifica delle diverse attività progettuali. Pesatura di n.314 progetti, corrispondenti ai progetti presentati sui singoli ambiti territoriali, sulla base di n.11 criteri relativi alla metodologia del lavorare per progetti, elaborati a livello regionale e condivisi con il territorio nelle sue rappresentanze. Stesura dei piani territoriali da parte dei singoli territori contenenti i progetti che si intendono avviare, in relazione agli obiettivi programmatici fissati a livello regionale e locale. Nomina, formazione e accompagnamento di n.15 Referenti ASL che, a livello territoriale, hanno funzione di istruttoria di ammissibilità, verifica e controllo delle attività progettuali. Predisposizione di una banca dati progetti che verrà installata in ciascun territorio (n.15) e della relativa strumentazione a supporto (scheda di presentazione progetti, scheda di monitoraggio, scheda di valutazione e scheda di rendicontazione economico-finanziaria). Predisposizione dei provvedimenti relativi alla liquidazione della prima tranche di finanziamenti (40%); verificata la legittimità dei piani territoriali di n.10 ASL su 15 e autorizzato l'avvio dei progetti in essi contenuti (n. 250, di cui n.182 nuovi e n.68 quali continuazione della precedente annualità di finanziamento).

L'applicazione dell'Accordo Stato-Regioni del 21 gennaio 1999

Nel mese di marzo 2000 si provvederà all'istituzione del Dipartimento delle Dipendenze presso le ASL.

L'applicazione dell'Accordo Stato-Regioni del 5 agosto 1999

L'applicazione del precedente Atto d'Intesa, relativo alle strutture di trattamento e reinserimento, ha condotto alla definizione dei requisiti e delle modalità per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento delle strutture di riabilitazione e reinserimento di soggetti tossicodipendenti (Dgr 41878 del 12.3.99). L'iscrizione, obbligatoria, all'Albo degli Enti Ausiliari prevede quindi necessariamente tale modalità. Il recepimento del provvedimento del 5 Agosto 1999 sarà quindi conseguente a quanto già in atto. Il lavoro svolto per definire i criteri relativi alle precedenti due tipologie di servizi (pedagogico e terapeutico riabilitativo), verrà utilizzato anche nel prossimo impegno, rendendo sicuramente più agevole e rapida la discussione e la scelta dei criteri autorizzativi. Il lavoro svolto, infatti, è stato frutto di una intesa tra Regione, Enti pubblici e privato sociale; i gruppi di lavoro applicheranno quindi i medesimi criteri, già concordati, per la definizione di quelli nuovi.

I progetti regionali in corso

Progetto Strategico "Prevenzione e contrasto delle dipendenze". Obiettivi: Sviluppare una riflessione sulle problematiche connesse alla diffusione di nuove sostanze e comportamenti di abuso, in merito agli aspetti clinici, formativi, operativi che investono i servizi nella prospettiva di dover affrontare questo fenomeno in modo sempre più rilevante. Azioni: adeguare i flussi informativi esistenti rispetto al fenomeno e avviare un rapporto costante tra la rilevazione dei fenomeni e l'attività progettuale; passare dall'approccio ai fenomeni in forma emergenziale ad una circolazione e diffusione delle informazioni "in tempo reale" per un adeguato sviluppo delle conoscenze e degli interventi da perseguire; migliorare le conoscenze del fenomeno nonché dei mezzi e metodi di intervento relativamente alle nuove tendenze nel consumo di droga; contribuire al miglioramento dell'informazione, dell'educazione e della formazione ai fini della prevenzione della tossicodipendenza e dei

rischi connessi; adeguare il sistema dei servizi esistente ad un approccio complessivo verso i policonsumi e le tendenze a rischio; promuovere forme incisive di coordinamento sul territorio delle attività dei servizi che fanno capo a più amministrazioni per il perseguimento dell'obiettivo di integrazione operativa.
Destinatari: sistema dei servizi; popolazione; comunità territoriale; gruppi di popolazione specifici (giovani a rischio ecc.).
Implementazione delle Unita' di Strada e avvio del Coordinamento Territoriale. Obiettivi: proseguimento delle attività di unità di strada attuate nei territori regionali (n.8); istituzione del coordinamento regionale delle attività di unità di strada; proseguimento del percorso di accompagnamento formativo rivolto agli operatori delle equipe allargata (equipe di strada ed equipe dei servizi). Destinatari: operatori dei servizi; soggetti consumatori attivi; popolazione; istituzioni varie.
Valutazione della Qualita' dei Ser.T.. Obiettivi: definizione del profilo di qualità dei Ser.T.; individuazione degli indicatori per la valutazione della dimensione della qualità. Destinatari: servizi per le dipendenze; Regione stessa per quanto concerne la sua funzione programmatoria.

I costi della Rete dei servizi

£.43.629.000.000 per interventi di recupero dalla tossicodipendenza con trattamenti residenziali.
£.49.151.000.000 per il finanziamento di progetti a valere sul Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga

Gli obiettivi per il 2000

Istituzione del Dipartimento delle Dipendenze
Applicazione dell' accordo Stato Regioni 5.8.1999
Predisposizione Progetto Obiettivo Dipendenze
Attivazione Banca Dati Progetti FNLD
Prosecuzione della formazione integrata e aggiornamento di personale pubblico e privato relativamente alle Unità mobili, all' area nuove droghe, al carcere e alla formazione di base.
Completamento del Progetto Strategico regionale di prevenzione nell'area "Nuove droghe e nuove modalità di consumo". Verifica campagna informativa alcologica.

Regione Veneto

L'andamento del fenomeno delle tossicodipendenze

Gli indicatori epidemiologici disponibili inducono a mantenere un livello costante di allarme: i decessi per droga hanno fatto registrare una preoccupante impennata (da 64 a 104 casi) nel triennio 1994/96 per poi stabilizzarsi intorno ai 90 decessi annui. Relativamente al fenomeno "morti per droga", il Veneto si allinea alla media nazionale: 4,7 decessi per 100.000 residenti nel 1998, contro un corrispondente valore nazionale di 4,8. L'utenza in carico ai Ser.T. continua a crescere, superando 11.000 unità/anno, anche per effetto di un costante afflusso di nuovi utenti. Una quota significativa di questa utenza, in lenta e progressiva flessione, comunque sempre ampiamente superiore alle 1.200 unità, segue programmi residenziali o semi-residenziali a medio-lungo termine in ambito socio-riabilitativo e psicoterapico presso Comunità terapeutiche. L'utenza alcologica supera invece ampiamente le 6.000 unità. I detenuti tossicodipendenti continuano a rappresentare una quota significativa della popolazione detenuta negli Istituti di prevenzione e pena del Veneto: il 40,9% al 31.12.1999. Solo l'utenza in programmi residenziali o semi-residenziali presso strutture riabilitative, dopo il picco raggiunto nel 1994 (1.875 utenti in comunità terapeutica su 5.763 in carico ai Ser.T. alla data del 15 giugno, pari al 32,5%), è in lenta progressiva flessione, sia in termini relativi che in termini assoluti, comunque sempre nettamente superiori alle 1.000 unità, per effetto soprattutto del sensibile potenziamento dell'organico dei Ser.T. che ha reso i servizi pubblici ampiamente autonomi nel trattamento dei tossicodipendenti. L'utenza in carico ai Ser.T. rimane prevalentemente di sesso maschile e concentrata, nella fascia di età compresa tra 20 e 34 anni, anche se emerge un progressivo invecchiamento. L'utenza è distribuita in misura piuttosto disomogenea sul territorio regionale. I trattamenti, effettuati prevalentemente a livello ambulatoriale, si ripartiscono in misura equilibrata fra trattamenti farmacologici (54%), consistenti per i due terzi in somministrazione di metadone, e psico-sociali e/o riabilitativi (46%), rappresentati prevalentemente da sostegno psicologico e

interventi di servizio sociale e in minor misura da interventi di psicoterapia, a conferma della complessità multiprofessionale degli interventi richiesti nell'area delle dipendenze. Nel 1998 l'utenza alcologica in carico ai Ser.T. è di 6.474 unità (oltre un terzo dell'utenza complessiva), prevalentemente di sesso maschile (3 su 4), di età compresa fra 40 e 60 anni (quasi il 53,9%), con problemi correlati soprattutto all'abuso di vino (65,1%) e solo in minima parte con problemi droga-correlati (circa il 5%); si tratta quindi di una popolazione significativamente diversa da quella tossicodipendente.

La rete dei servizi

Il "Sistema delle dipendenze" della Regione Veneto comprende: 21 Dipartimenti per le dipendenze; 38 Ser.T.; 30 Comunità terapeutiche private; 8 Comunità terapeutiche pubbliche; 780 gruppi di auto aiuto (nel settore dell'alcolismo); 58 Associazioni di volontariato (29 in materia di alcoldipendenza, 22 in materia di tossicodipendenza, 7 in materia di AIDS); 3 sezioni a custodia attenuata per detenuti tossicodipendenti (2 maschili e 1 femminile).

Rispetto alla dotazione di personale fissata dalla Giunta regionale in applicazione del DM 444/90 in 626 unità, alla fine del 1998 gli organici effettivi dei Ser.T. regionali manifestano complessivamente una carenza di 124 operatori equivalenti a tempo pieno (-19,8%). I livelli di adeguamento allo standard di personale risultano molto disomogenei all'interno del territorio regionale. Attualmente sono iscritte all'Albo regionale 30 comunità terapeutiche private, che si articolano in 85 sedi operative, con una disponibilità complessiva di 1.582 posti in programmi terapeutico-riabilitativi, dei quali 1.386 residenziali, distribuiti in maniera piuttosto diversificata nel territorio regionale. Nel 1998 nelle comunità terapeutiche del Veneto sono stati trattati 2.445 tossicodipendenti (anche residenti fuori regione), con una permanenza inferiore ai sei mesi nel 60,2% dei casi e con un rapido ricambio dell'utenza (64,7% di nuovi utenti).

I provvedimenti regionali più significativi

D.G.R. 4 maggio 1999, n. 1526 - Protocollo d'intesa tra la Regione del Veneto, la Sovrintendenza scolastica regionale e i Provveditorati agli studi per una pianificazione regionale congiunta degli interventi nelle scuole venete.

D.G.R. 3 novembre 1999, n. 3869 - Approvazione modello regionale di intervento in campo alcologico (art.18 L.R. N.5/96. D.G.R. 28 dicembre 1999, n. 5009 - Coordinamento integrato pubblico-privato del Sistema per le dipendenze della Regione Veneto.

La gestione del Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga (esercizi finanziari 1997-1999)

Con D.G.R. 3 agosto 1999, n. 2896, è stato approvato il modello di gestione della quota assegnata alla Regione Veneto del Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga (esercizi finanziari statali 1997-98-99), mentre con D.G.R. 28 dicembre 1999, n. 5014 sono stati approvati e finanziati i piani e progetti 2000-2002. Il budget assegnato alla regione Veneto è ripartito come segue: 80% tra Ambiti territoriali, individuati nei territori delle Aziende ULSS per la realizzazione dei "Piani triennali di intervento - Area dipendenze"; 20% quota a gestione accentrata per la realizzazione di progetti di interesse regionale.

Il "Piano triennale di intervento – Area dipendenze" è elaborato collegialmente dall'Azienda ULSS e dalla rappresentanza della Conferenza dei Sindaci, con il supporto tecnico-organizzativo della Direzione dei servizi sociali dell'Azienda ULSS e con il supporto tecnico-professionale dei Ser.T., degli organismi del privato-sociale e degli altri soggetti pubblici e privati che operano localmente nel settore, coordinati funzionalmente nel Dipartimento per le Dipendenze. Esso si articola in progetti di durata triennale specificamente rivolti alla prevenzione, cura e riabilitazione delle persone dipendenti da sostanze stupefacenti e psicotrope, incluse quelle legali, che interessano territori con dimensione minima corrispondente ai Distretti socio-sanitari.

La quota a gestione accentrata (20%) del Fondo regionale di intervento per la lotta alla droga sarà invece utilizzata come segue: per la realizzazione di un progetto integrato pubblico-privato di formazione e aggiornamento degli operatori dei servizi pubblici e privati; per la realizzazione di progetti di ricerca a livello regionale; per il miglioramento della qualità della rete regionale dei servizi pubblici e privati per le dipendenze; per la realizzazione di progetti provinciali o che coinvolgono più ambiti territoriali; per il coordinamento e la formazione

dei Gruppi di lavoro locali; per altri progetti sperimentali di interesse regionale.
Con la succitata D.G.R. 5014/99 sono stati approvati e finanziati 21 piani triennali di intervento, 9 progetti sovra-ULSS e 5 progetti regionali nei settori formazione operatori Ser.T. e Comunità terapeutiche, sistema informativo, ricerca epidemiologica e prevenzione primaria.

L'applicazione dell'Accordo Stato-Regioni del 21 gennaio 1999

Con D.G.R. 22 giugno 1999, n. 2217 sono state emanate indicazioni e linee tecniche per l'istituzione del Dipartimento funzionale per le Dipendenze presso ciascuna ULSS del Veneto. Gli organi del Dipartimento sono: a) Il coordinatore del dipartimento, che sarà scelto dal direttore generale dell'Azienda ULSS tra i responsabili delle unità operative per le tossicodipendenze che compongono il Dipartimento; b) Il Comitato operativo ristretto, formato dai responsabili dei Ser.T., delle comunità terapeutiche accreditate e tutti gli altri "organismi" che in via prevalente si occupano di tossicodipendenza formalmente accreditate dalla Regione; c) Il Comitato allargato di Dipartimento, a cui parteciperanno tutti i responsabili delle unità operative impegnate anche in maniera non prevalente nelle attività di prevenzione cura e riabilitazione ai tossicodipendenti. Il comitato allargato è l'organo di creazione di consenso.

L'applicazione dell'Accordo Stato-Regioni del 5 agosto 1999

È stata avviata la concertazione con il privato sociale per l'adeguamento di tale accordo alla realtà del Veneto. La conclusione dei lavori è tuttavia subordinata al completamento dell'iter legislativo relativo al disegno di legge regionale in materia di autorizzazione al funzionamento e di accreditamento dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali.

I progetti regionali in corso

Progetto sulla valutazione e controllo della qualità dei servizi pubblici e privati delle tossicodipendenze. Obiettivi specifici: valutare gli esiti dei propri interventi; sviluppare la cultura della valutazione della qualità; dotare i servizi di metodologie e strumenti per controllare gli obiettivi e la qualità dei processi; controllare l'efficacia e l'efficienza del sistema nel suo complesso; sviluppare un nuovo modello di management per le tossicodipendenze e le patologie correlate con contestuale definizione di un sistema di monitoraggio epidemiologico della varie forme di dipendenza e definizione di nuove forme di organizzazione dipartimentale.
Progetto "Itinerari - progetto di sviluppo della rete territoriale nel settore della prevenzione dell'uso delle sostanze psicoattive". Obiettivi specifici: Intervento di prevenzione primaria in ambito giovanile riguardante le nuove modalità di consumo di sostanze psicoattive (con particolare riferimento a ecstasy, alcol, e cannabinoidi) attraverso la promozione della rete territoriale dei servizi pubblici (ULSS, Comuni, Scuola), del privato sociale, del volontariato e dell'associazionismo, valorizzando le iniziative e i progetti già in atto.
Progetto pilota regionale "Sport e doping"- Obiettivi specifici: informare i cittadini in modo corretto e veritiero in merito a ciò che comporta il doping; un intervento di comunicazione diffuso e nel contempo mirato, perché tarato su ciò che i cittadini pensano su questo tema; verificare gli atteggiamenti e i significati sociali che il doping e l'uso di sostanze stupefacenti e/o psicoattive a scopo non terapeutico in ambito sportivo hanno presso la popolazione e i testimoni privilegiati; valorizzare il compito educativo di allenatori, istruttori e operatori sportivi : adulti come leader che hanno il potere di consentire od ostacolare l'uso di sostanze dopanti (modelli culturali); ridurre l'uso di sostanze dopanti in ambito sportivo.

I costi della Rete dei servizi:

L'investimento complessivo per l'assistenza socio-sanitaria a favore di tossicodipendenti e alcoldipendenti (comprensivo dei trasferimenti ordinari alle Aziende ULSS, delle rette per le comunità terapeutiche private, dei contributi per le comunità terapeutiche pubbliche, dei finanziamenti per progetti speciali e del fondo per la lotta alla droga) è stato di poco superiore agli 85 miliardi di lire nel 1998, ossia quasi 17.500 lire annue per residente, mentre il costo annuale per utente ammonta a circa 7.500.000 lire, in entrambi i casi con rilevanti differenze fra le diverse realtà locali. La spesa complessiva degli inserimenti in comunità terapeutica privata si aggira attualmente intorno ai 24 miliardi di lire per anno, con un trend in progressiva flessione (-9,9% rispetto al 1993, quando ammontava ad oltre 26,5 miliardi), per effetto soprattutto della diminuzione della spesa per gli inserimenti fuori

regione, che rappresentano una quota inferiore ad 1/10 dell'intervento. Il costo medio per utente supera i 21 milioni di lire all'anno ed è inferiore nelle comunità terapeutiche fuori veneto (£.19.371.949 nel 1998 rispetto a £.21.717.053 nelle venete).

Gli obiettivi per il 2000

Avvio dei Progetti regionali per il 2000 (Fondo regionale Lotta alla Droga – progetti per il triennio 2000/2002; progetto pilota regionale "Doping e sport"; attivazione dell'Osservatorio regionale sui problemi della popolazione carceraria). Trasferimento alle Aziende ULSS delle competenze relative al pagamento delle rette per gli inserimenti nelle comunità terapeutiche private attualmente a gestione accentrata regionale. Recepimento dell'Accordo Stato-Regioni 5 agosto 1999 inerente la determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso. Predisposizione del disegno di legge di revisione della L.R. 42/82 inerente le competenze e disciplina degli interventi in materia di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei dipendenti da sostanze stupefacenti. Attivazione del coordinamento integrato pubblico-privato del sistema delle dipendenze della Regione Veneto. Predisposizione delle Linee guida regionali per la prevenzione e il trattamento dell'overdose da eroina ed ecstasy. Predisposizione di Linee guida regionali in materia di prevenzione primaria.

Provincia Autonoma di Trento

L'andamento del fenomeno delle tossicodipendenze

Nel corso del 1999 si sono registrati 5 decessi per overdose (tale dato si riferisce alla sola utenza nota al Ser.T., non essendo a tutt'oggi disponibile il dato ufficiale riguardante la mortalità nell'ambito del sommerso). Rispetto allo scorso anno si evidenzia una riduzione del numero delle morti da eroina (tra i pazienti noti al Servizio si erano infatti verificati 10 decessi per overdose nel 1998).

Per quanto concerne l'andamento del fenomeno appaiono indicativi alcuni dati riguardanti gli utenti presi in carico nel 1999. I casi nuovi afferiti al Servizio nell'anno in oggetto sono stati 140, di cui 117 maschi e 23 femmine (rispettivamente l'83,6% e il 16,4%). L'età media della nuova utenza, 28,2 anni, in costante aumento nella comparazione con gli anni precedenti, presenta un'importante differenziazione in rapporto al sesso (29,2 per i maschi, 23,3 per le femmine). Analogamente, anche la suddivisione per fasce di età vede emergere rilevanti differenze tra i due sessi, con la tendenza da parte delle femmine a collocarsi prioritariamente in fasce di età più basse rispetto ai maschi. L'età media di prima assunzione è stata di 18,2 anni (18,1 per i maschi e 18,4 per le femmine). Confrontando questo dato con l'età media dei nuovi casi sembra confermarsi l'ipotesi di una progressiva dilatazione tra prima esposizione alla sostanza e prima richiesta d'aiuto che pare interessare soprattutto la popolazione maschile. Il dato riguardante la scolarità conferma la tendenza ad un aumento del livello di istruzione, più evidente tra le femmine. Il 59% dei nuovi utenti risulta stabilmente o parzialmente occupato oppure impegnato in un'attività di studio. L'utenza complessiva in carico al Ser.T. nel 1999 è stata di 683 soggetti, 543 maschi (79,5%) e 140 femmine (20,5%). L'età media dell'utenza totale è di 31,8 anni (32,1 per i maschi, 30,7 per le femmine). La sostanza d'abuso primaria è rappresentata per il 90% dell'utenza dall'eroina, per il 3,3% dai cannabinoidi e per il 3% dalla cocaina. Per quanto riguarda la tipologia degli interventi attuati, si rileva che 441 soggetti (pari al 64,5% dell'utenza complessiva) hanno effettuato un programma di disassuefazione o di controllo dell'uso di sostanze e, di questi, molti hanno richiesto un concomitante intervento psico-sociale; 189 utenti (27,7%) hanno avuto un inserimento in Comunità terapeutiche e 242 utenti (35,4%) si sono rivolti al Servizio solo con richieste di tipo psicologico o sociale.

La rete dei servizi

Nella provincia di Trento opera un unico Ser.T. con 3 sedi principali e 3 periferiche. Il personale del Ser.T. è così composto: 6 medici, 7 psicologi, 3 assistenti sociali, 2 altra professione. Nel territorio provinciale sono iscritti all'albo provinciale 7 enti ausiliari.

I provvedimenti provinciali più significativi

Con deliberazione n. 4590 di data 4 giugno 1999 la Giunta provinciale ha emanato ulteriori disposizioni in materia di trattamento delle

dipendenze da oppiacei con farmaci sostitutivi, integrando così la disciplina già dettata con deliberazione n. 10132 di data 9 giugno 1999 di approvazione delle disposizioni attuative della circolare del Ministero della Sanità recante "Linee guida per il trattamento delle dipendenze da oppiacei con farmaci sostitutivi". La sopra citata deliberazione n. 4590/99 ha fornito indicazioni in merito alla determinazione del dosaggio del metadone e all'affidamento del farmaco.

La gestione del Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga (esercizi finanziari 1997-99)

Entro il mese di maggio 2000, la Giunta provinciale approverà i criteri per la presentazione, l'esame e il finanziamento dei progetti triennali per la prevenzione e il recupero dalle tossicodipendenze e alcoldipendenza correlata relativamente agli esercizi finanziari 1997/98/99.

L'applicazione dell'Accordo Stato-Regioni del 21 gennaio 1999

Sarà elaborata nel prossimo anno una proposta di recepimento dell'Accordo Stato-Regioni 21 gennaio 1999 concernente la riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti e sarà presentata agli enti del privato sociale.

L'applicazione dell'Accordo Stato-Regioni del 5 agosto 1999

Nel prossimo anno sarà approvato il regolamento sui requisiti minimi per i servizi di assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso.

I progetti provinciali in corso

Al momento, la Provincia Autonoma di Trento non ha in corso progetti.

I costi della Rete dei servizi

I costi sostenuti nel 1999 sono i seguenti: Ser.T.: £3.475.771.000; assistenza residenziale in enti privati: £.2.259.848.000; assistenza semiresidenziale in enti privati: £.63.402.000; Totale: £.5.799.021.000.

Gli obiettivi per il 2000

La Provincia Autonoma di Trento si prefigge l'obiettivo di compiere la riorganizzazione dei servizi di assistenza ai tossicodipendenti, sulla base di quanto indicato dalla Conferenza Stato-Regioni, determinando in modo puntuale i compiti spettanti a ciascun soggetto operante in tale campo. La Provincia si propone inoltre di dare attuazione al regolamento sui requisiti minimi per i servizi di assistenza ai tossicodipendenti.

Provincia Autonoma di Bolzano

L'andamento del fenomeno delle tossicodipendenze

Il fenomeno tossicodipendenza appare nel 1999 in espansione; si sono verificati n.19 decessi, di cui 13 da overdose di eroina, è in aumento il numero degli interventi in ogni settore di competenza del Ser.T., in particolare dei trattamenti metadonici per tossicodipendenti cronici da eroina (+65% in meno di due anni). Si evidenzia un lieve aumento, al Ser.T. di Bolzano, di pazienti con abuso di eroina con età inferiore a 20 anni e minorenni. Stabile risulta il mercato dell'eroina e delle sostanze tranquillanti. La sostanza primaria prevalente è l'eroina e le sostanze secondarie più usate sono le benzodiazepine. E' in aumento il consumo della cocaina come sostanza secondaria; in questo ambito è presente anche il consumo di cannabinoidi. Prevalente, fra i soggetti in trattamento al Ser.T., è il sesso maschile, oltre il 50% dei soggetti in trattamento svolge attività lavorativa, la fascia d'età modale è quella dai 25 ai 34 anni e più frequenti sono i soggetti con diploma di scuola media inferiore. Aumentano gli utenti poli-assuntivi di sostanze (eroina, cocaina, alcol, psicofarmaci). L'utenza delle comunità terapeutiche ha un'età compresa tra 26 e 31 anni, prevalentemente di sesso maschile (le femmine rappresentano il 27%), il 60% dei soggetti è di madrelingua tedesca.

La rete dei servizi

Sono presenti n.4 Ser.T, di cui 1 a Bolzano (USL Centro-Sud), 1 a Merano (USL Ovest), 1 a Bressanone (USL Nord), 1 a Brunico (USL Est). Le Comunità terapeutiche sono 2 di cui una a Bolzano per tossicodipendenti ed una a Bolzano per alcoldipendenti.

Sono presenti 5 associazioni di volontariato di cui 2 per le tossicodipendenze e 3 per le alcoldipendenze. Il personale Ser.T. è così strutturato: medici 8,75; infermieri/assistenti sanitari 19; psicologi 10,75; assistenti sociali 7; amministrativi 5; operatori sociali 1; sociologi 1; ausiliari 1 per un totale di 53,5 operatori. Il personale delle Comunità terapeutiche per tossicodipendenti è formato da 4 psicologi, 14 operatori di comunità, 1 sociologo e da 14

volontari per un totale di 33 unità. La dotazione strutturale dei Ser.T. e delle Comunità Terapeutiche è realizzata in idonee sedi, attrezzate in conformità alle norme igienico-sanitarie e di sicurezza per la loro destinazione d'uso.

I provvedimenti provinciali più significativi

Studio di fattibilità "nuove dipendenze" nella Provincia Autonoma di Bolzano – delibera G.P. 30.08.99. Obiettivo: progetto con finalità di carattere epidemiologico-conoscitivo mirato alla definizione degli aspetti metodologici ed orgnaizzativi relativi alla realizzazione dello studio. Progetto di avvio di una "comunità di accoglienza per l'orientamento" per tossicodipendenti –delibera G.P. 06.12.99. Obiettivo: struttura residenziale per persone dipendenti da sostanze e/o con disturbi/conseguenze ad esse correlate le quali necessitano di assistenza protetta.

Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga (esercizi finanziari 1997-99)

Distribuzione di £.2.523.906.000 del Fondo nazionale di intervento lotta alla droga, per i seguenti progetti triennali:

n.15 presentati dalle ASL (prevenzione/educazione sanitaria, riduzione del danno ed informazione all'interno dei Ser.T. e sul territorio, sviluppo qualità prestazioni Ser.T.), n.4 dalla Provincia per la formazione operatori Ser.T., n.10 dalle Comunità comprensoriali e del privato sociale (avvio di un centro di prevenzione in Alto Adige, di un laboratorio protetto per alcolisti a Bolzano, di una comunità alloggio per tossicodipendenti ed alcoldipendenti a Merano, inserimento sociale di tossicodipendenti in laboratorio di falegnameria a Merano, potenziamento delle già esistenti comunità alloggio per alcoldipendenti in Val Isarco). L'avvio dei progetti é previsto entro tre mesi dalla notifica della concessione dei finanziamenti per quelli nuovi e per la prosecuzione di quelli finanziati con le precedenti risorse del Fondo. .

L'applicazione Accordo Stato-Regioni – 21 gennaio 1999

La Provincia e le USL hanno ottemperato a quanto previsto dai punti 2 e 3 del provvedimento 21.02.99 con delibera di giunta Provinciale e con protocolli di intesa per l'attività dei Ser.T. e del privato sociale convenzionato. Per quanto riguarda il modello organizzativo dei servizi, la Provincia Autonoma di Bolzano, in base al nuovo piano sanitario provinciale, non prevede la istituzione del dipartimento per le dipendenze.

L'applicazione dell'Accordo Stato-Regioni del 5 agosto 1999

Recepimento dell'atto di intesa con decreto dell'Assessore alla Sanità del 19.11.99 e fissazione delle modalità istruttorie e dei criteri riguardanti la domanda di autorizzazione degli enti ausiliari, ai fini dell'iscrizione all'albo provinciale, della verifica della persistenza dei requisiti richiesti per il conseguimento della autorizzazione al funzionamento e per il mantenimento della stessa.

E' stato elaborato un documento in materia di accreditamento dei servizi di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso che nel 2000 sarà oggetto di normativa provinciale.

I progetti provinciali in corso

Misurare il tasso di prevalenza dell'uso proprio ed improprio di droghe di sintesi e psicofarmaci nella popolazione adolescente ed adulta. Definire profili conoscitivi di soggetti che fanno uso proprio ed improprio di droghe di sintesi e di psicofarmaci in relazione a fattori socio-demografici, economici, sociali ed alle condizioni di salute. Individuare i fattori di rischio in relazione all'assunzione impropria di droghe di sintesi e di psicofarmaci. Definire un profilo conoscitivo del giocatore d'azzardo altoatesino e studiare i potenziali fattori di rischio. Analizzare e confrontare le banche dati dei 4 Ser.T. della Provincia di Bolzano relativamente all'ultimo anno disponibile. Analizzare i problemi relativi alla gestione della banca dati e le eventuali ulteriori esigenze informative presso i 4 Ser.T. della Provincia di Bolzano. Formulare una proposta di sistema informativo per i 4 Ser.T. della Provincia di Bolzano. Ente gestore: Provincia Autonoma di Bolzano/società esterna di ricerca ed analisi.

I costi della rete dei servizi

Totale £.7.715.135.508, di cui, per i servizi pubblici per i costi dei ricoveri in comunità terapeutiche italiane ed austriache £.4.353.000.000, per le spese dirette della Provincia per iniziative nel settore tossicodipendenze £.154.500.000, per i contributi ai sensi della L.P. 7.12.78 n.69 ai servizi privati convenzionati con la Provincia £.1.600.000.000. Sono esclusi i costi per il

personale dei Ser.T. e la gestione delle sedi dei Ser.T..

Gli obiettivi per il 2000

Potenziamento della prevenzione attraverso un progetto pilota di istituzione di un centro provinciale di prevenzione, indagine sulla diffusione di nuove dipendenze sul territorio provinciale e riorganizzazione dell'assistenza ai tossicodipendenti/alcoldipendenti in strutture residenziali. Istituzione di una comunità terapeutica di orientamento per tossicodipendenti, di un centro a bassa soglia per tossicodipendenti, di un reparto specialistico multizonale per alcoldipendenti e completamento della ristrutturazione dell'immobile destinato alla nuova comunità terapeutica per alcoldipendenti. Ottimizzazione del funzionamento dei Ser.T. attraverso il completamento del progetto provinciale di informatizzazione e la definizione e strutturazione di un sistema informativo-epidemiologico.

Regione Friuli Venezia Giulia

L'andamento del fenomeno delle tossicodipendenze

Durante il 1999 i servizi pubblici hanno prestato assistenza a 2.625 tossicodipendenti, con un modesto incremento rispetto all'anno 1998, così distinti per sesso: maschi 2.087 e femmine 538. Gli utenti che si sono rivolti ai servizi per la prima volta sono stati 583, di cui 483 maschi e 100 femmine. Si riconferma anche quest'anno che i tossicodipendenti assistiti dai servizi sono abituali consumatori primari di eroina (90%), seguiti dai cannabinoidi (10%), da metadone (2%). Per la prima volta l'assunzione di ecstasy ha avuto una rilevanza statistica con l' 1%. Le tipologie delle prestazioni rese dagli operatori nei servizi pubblici sono state le seguenti: 1.200 interventi psicosociali a 756 soggetti; 576 interventi psicologici a 711 soggetti; 109 sedute di psicoterapia ad un ugual numero di soggetti; a queste vanno aggiunte 464 prestazioni di segretariato sociale. Per quanto attiene la somministrazione del metadone, gli interventi si sono rivolti a 1.308 soggetti. Le somministrazioni a breve termine, ovvero sotto i 21 giorni, sono state fatte su 96 soggetti, quelle sino ai tre mesi a 264 soggetti e quelle oltre i tre mesi a 1.048 soggetti. Inoltre, sono state effettuate 1.084 prestazioni di vario tipo sanitario.

La rete dei servizi

Nei quattro Dipartimenti per le Dipendenze e nei due Ser.T. sono impiegati 125 operatori così suddivisi per professionalità: 26 medici, 33 infermieri, 24 psicologi, 24 assistenti sociali, 8 educatori, 10 tra impiegati amministrativi ed altre figure professionali. Le comunità terapeutiche convenzionate con le Aziende Sanitarie inscritte nell'apposito albo regionale sono 9 ed hanno accolto 351 soggetti tossicodipendenti divisi in 224 maschi e 127 femmine e tutti inviati dai servizi (Ser.T.).

I provvedimenti regionali più significativi

Nessuna segnalazione

La gestione del Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga (esercizi finanziari 1997-99)

Con il D.P.G. n.34/SG/RAG del 26.10.99 si è provveduto all'acquisizione della quota spettante alla regione Friuli-Venezia Giulia e con D.G.n.4021 del 23.12.99 sono stati definiti i criteri e le modalità di presentazione delle domande per il finanziamento dei progetti.

L'applicazione dell'Accordo Stato-Regioni del 21 gennaio 1999

Nel corso del 1999 sono stati fatti incontri preliminari con i soggetti istituzionalmente interessati all'attuazione dell'Accordo.

L'applicazione dell'Accordo Stato-Regioni del 5 agosto 1999

Nel corso del 1999 sono stati fatti incontri preliminari con i soggetti istituzionalmente interessati all'attuazione dell'Accordo.

I progetti regionali in corso

Nessuna segnalazione

I costi della Rete dei servizi

Non disponibili

Gli obiettivi per il 2000

Durante il 1999 è continuata l'opera di trasformazione dei servizi per le tossicodipendenze (Ser.T.) in Dipartimenti delle Dipendenze. L'opera di "riconversione" è avvenuta sulla base delle indicazioni nazionali e dopo aver preso atto della evoluzione del fenomeno delle dipendenze in generale, per dare risposte concrete e complete a chi fa uso delle droghe sia tradizionali che delle "nuove droghe", sia per venire incontro a fenomeni quali la bulimia, l'anoressia, la dipendenza da fumo, da farmaci ecc. Questa trasformazione

dei servizi territoriali, già attuata in quattro Aziende Sanitarie, ha dato positivi risultati in termini di razionalizzazione degli interventi e ottimizzazione delle risorse. Nelle restanti Aziende Sanitarie la problematica della riorganizzazione dei Ser.T. è stata inserita tra gli obiettivi prioritari. La Regione Friuli-Venezia Giulia ha intenzione di portare a termine, entro il 2000, la riorganizzazione dei servizi territoriali pubblici e di dare attuazione ai due accordi sopraddetti, anche nella prospettiva di un nuovo "Progetto obiettivo sulle problematiche della tossicodipendenza.

Regione Liguria

L'andamento del fenomeno delle tossicodipendenze

Utenti Ser.T. al 31.12.1999: 8.638. I dati sono così rappresentabili: l'80% in trattamento (pazienti indice), il 20% in consulenza, l'80% uomini, il 20% donne, il 75-80% ha come sostanze d'abuso prevalenti le morfine. Sul totale dei trattamenti, il 50% sono psicosociali e/o riabilitativi, il 30% a metadone integrato, il 20% farmacologici integrati (Naltrexone, Clonidina e psicofarmaci). I nuovi utenti sono circa il 20% del totale, il 10% circa sono giovani sotto i 24 anni, ma fra questi solo un terzo usa morfine, un terzo usa cannabinoidi, un terzo altre sostanze. Il 5% circa del totale pazienti é in trattamento per alcoldipendenza. I Ser.T. raggiungono tra il 54% e il 74% delle persone che usano sostanze iniettabili, comunque si stima che molto del sommerso possa essere raggiunto dai contatti con le Unità Mobili ormai diffuse su tutto il territorio regionale ed operano a gestione diretta o in stretta correlazione con i Ser.T..

La rete dei servizi

Situazione Organici Ser.T.: 70 medici, 39 psicologi, 49 assistenti sociali, 99 infermieri professionali, 14 educatori, 11 amministrativi, 7 altre professioni, per un totale di 289 operatori su 23 sedi in 5 ASL. Comunità terapeutiche: 12 Enti ausiliari con 19 sedi operative, 426 posti residenziali e 137 posti semiresidenziali (per quanto attiene la semiresidenzialità, su richiesta delle Comunità Terapeutiche, sono state autorizzati gli utilizzi dei volumi di spesa previsti per attività di "Accoglienza" o ambulatoriali). Le Associazioni di volontariato sono in genere legate alle Comunità Terapeutiche, opera attivamente la Caritas anche per organizzare strutture di prima accoglienza.

I provvedimenti regionali più significativi

(vedi gestione del Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga)

La gestione del Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga (esercizi finanziari 1997-1999)

6 agosto 1999, D.G.R. n. 911, Bando di domanda. 23 dicembre 1999, D.G.R. n. 1601, approvazione, impegno contabile dei progetti; attivazione dei gruppi di coordinamento misti per determinare le linee guida; applicazione della L.R. n. 30/1998 che individua le modalità di concertazione territoriale. Costituzione di un gruppo tecnico-scientifico atto a valutare le priorità dei progetti coordinati direttamente dalla Regione in materia di Formazione integrata, Valutazione qualità, Epidemiologia-Raccolta dati. Finanziamento di 17 progetti su 80 di riconversione specialistica dei servizi. Approvazione di progetti regionali volti al coordinamento delle attività nei settori relativi alla comorbilità, ai nuovi stili di abuso, all'alcologia, alle Unità di strada, ai trattamenti, agli inserimenti lavorativi.

L'applicazione dell'Accordo Stato-Regioni del 21 gennaio 1999

Individuazione dei modelli di Dipartimento nell'ambito del piano sanitario regionale.

L'applicazione dell'Accordo Stato-Regioni del 5 agosto 1999

Per quanto attiene l'attuazione dell'art. 10 e successivi sono state finanziate le riconversioni specialistiche con il Fondo 1997,1998, 1999 di cui alla legge. 45/99. Per quanto riguarda l'art. 16, accreditamento di programmi di rete e di piano territoriale, si sta dando attuazione alla L.R. 9 settembre 1998, n. 30 di riordino e programmazione dei servizi sociali della Regione. Per quanto riguarda l'art. 20, verifica dell'accreditamento, in attesa della determinazione generale sulle modalità e procedure di accreditamento, si attua un progetto di valutazione della qualità che ne determinerà i contenuti. Relativamente all'art. 21, programmazione degli interventi, sono già stati attivati i gruppi di lavoro misti. Per quanto riguarda l'art. 23, rilevazione dati, è stato attivato l'osservatorio epidemiologico regionale sulle tossicodipendenze che coinvolge nel

processo di acquisizione dei dati sia il pubblico che il privato sociale.

I progetti regionali in corso

Progetto di formazione integrato pubblico-privato: Le teorie cliniche dell'attaccamento (il corso di durata triennale prevede anche alcuni seminari metodologici finalizzati ad una ricerca su tutto il territorio regionale). Formazione integrata sulle tematiche di alcologia, nuovi stili di assunzione, comorbilità, unità di strada, trattamenti, inserimenti lavorativi. Ciclo di conferenze sull'adolescenza.

I costi della Rete dei servizi

Volumi di spesa 1999 per comunità terapeutiche per tossicodipendenti: C.T. regione: £.10.200.428.531; C.T. extraregione: £.999.913.400; Totale £.11.200.341.931.

Volumi di spesa 1999 per i Ser.t.: Personale: £.19.167.341.345; Farmaci: £.1.472.955.930; Totale: £.20.640.297.275

Gli obiettivi per il 2000

Conclusione del progetto "Costituzione dell'Osservatorio epidemiologico regionale tossicodipendenze" di cui alla D.G.R. 3157 del 28/09/1995, finalizzato alla gestione e raccolta dati dei servizi pubblici e del privato sociale operante sul territorio regionale. Il progetto è affidato al CNR di Pisa, Istituto di Fisiologia Clinica, Reparto di Epidemiologia e Biostatistica. Ulteriore implementazione dello stesso, adozione di un sistema informativo atto a contenere i dati relativi ai progetti finanziati con il Fondo regionale per la lotta alla droga. Recepimento del provvedimento 5 agosto 1999, Atto di intesa Stato-Regioni sui servizi privati di assistenza per tossicodipendenti. Costituzione dei Dipartimenti per le dipendenze, così come previsto dal provvedimento 21 gennaio 1999. Riorganizzazione del sistema di assistenza per tossicodipendenti.

Regione Emilia Romagna

L'andamento del fenomeno tossicodipendenze

Utenti Ser.T. dipendenti da sostanze illegali: 9.422 (7.672 maschi e 1.750 femmine), di cui 1.973 nuovi utenti. Rispetto all'anno precedente si assiste ad un incremento rispettivamente del 4,2% e dell'8,2%. L'età media della nuova utenza è situata nella classe 25-29 anni, l'utenza già in carico la media si colloca nella classe 30-34 anni. Inl totale, la sostanza primaria di abuso è in 7.629 casi eroina (84,4%), seguita a grande distanza da cannabinoidi (644 casi, 7,1%) e cocaina (500 casi, 5,5%).

L'ecstasy figura come sostanza primaria di abuso solo in 102 casi (1,1%). La principale sostanza d'abuso secondaria è rappresentata dai cannabinoidi e dalla cocaina. Il profilo dell'utenza non differisce in maniera significativa da quello degli anni precedenti. I principali trattamenti terapeutici effettuati dai Ser.T. possono essere schematizzati come segue: trattamenti di tipo psicosociale ambulatoriale (il più praticato), seguito da trattamento metadonico integrato a lungo termine e da inserimenti comunitari. Questi ultimi sono stati 2.007, di cui 1.785 in strutture della Regione e 222 in strutture fuori Regione. Gli inserimenti in strutture residenziali risultano in leggero ma costante calo. Mortalità dei tossicodipendenti per overdose: 46 casi, rispetto 81 casi dell'anno precedente. Questo dato, se pur suscettibile di assestamento (non si è ancora in possesso di tutti i dati provenienti dai registri di mortalità dei servizi Igiene pubblica) risulta indicativo di un forte calo. Utenti alcoldipendenti: 2.432 (1.820 maschi e 612 femmine) di cui 847 nuovi utenti, contro 2.166 dell'anno precedente. Questo settore risulta in costante aumento. La classe di età più rappresentata è quella 40-49 anni. I trattamenti più utilizzati sono quelli di tipo medico-farmacologico integrati da counselling, seguiti da inserimento in gruppi di autoaiuto. Il carico complessivo dell'utenza Ser.T. è rappresentato in totale da 14.839 utenti, di cui 9.422 dipendenti da sostanze illegali, 2.423 alcoldipendenti e 2.985 utenti "appoggiati" già in carico ad altri servizi.

La rete dei servizi

Sul territorio regionale sono attivi 13 Dipartimenti o Programmi Dipendenze patologiche, uno per ogni Azienda USL e 44 Ser.T.. Il personale a tempo pieno dei Ser.T. regionali ammonta a 423 unità (86 medici, 60 psicologi, 65 assistenti sociali, 64 educatori, 100 infermieri professionali, 22 amministrativi, 12 sociologi, 14 altri). Sono inoltre presenti 7 strutture residenziali (tra le quali due comunità terapeutiche e 5 centri crisi-osservazione e diagnosi) e 5 semiresidenziali pubbliche. Le sedi operative degli Enti ausiliari iscritti all'Albo regionale sono 82 di cui 60 residenziali, 12 semiresidenziali e 10 miste

residenziali/semiresidenziali. La capacità ricettiva totale è di 3.107 posti, di cui 2.542 residenziali e 565 semiresidenziali. Per 29 la tipologia di offerta è pedagogico/riabilitativa; tra le rimanenti 63 sedi operative ad offerta terapeutico-residenziale sono comprese una comunità per tossicodipendenti con gravi patologie psichiatriche e 5 centri crisi/osservazione e diagnosi residenziali. In ogni AUSL è presente un coordinamento tecnico territoriale, con compiti di supporto alla programmazione, coordinato dal responsabile del Dipartimento e composto dai responsabili dei Ser.T., degli Enti ausiliari e delle Associazioni di volontariato e da tecnici degli Enti locali. Con analoga composizione, ma su base rappresentativa, è istituito il gruppo tecnico consultivo regionale, di supporto all'Ufficio regionale tossicodipendenze.

Provvedimenti regionali significativi

Protocollo di intesa tra Regione Emilia-Romagna ed Enti locali sulle tossicodipendenze (Deliberazione della Giunta regionale n. 62 del 25 gennaio 1999): l'accordo ridefinisce le competenze rispettive di Aziende USL ed Enti locali sul tema; la Conferenza sanitaria territoriale è la sede istituzionale di programmazione delle attività, mentre i coordinamenti tecnici territoriali (CTT) di cui al precedente punto, forniscono il supporto tecnico alla programmazione territoriale. Agli Enti locali è riconosciuta la titolarità degli interventi di promozione alla salute e quindi di prevenzione primaria, in collaborazione con tecnici dei servizi pubblici e privati; vengono poi individuate una serie di azioni integrate (reinserimento, riduzione del danno, ecc.).

Progetto regionale tabagismo (deliberazione della Giunta regionale n. 785 del 26 maggio 1999): il documento, redatto in accordo con l'Assessorato regionale alla Sanità, fissa gli obiettivi per il contrasto del tabagismo e le strategie per realizzarli. Le Aziende sanitarie deliberano un gruppo di lavoro che si occupa della realizzazione dei cinque sottoprogetti: prevenzione dell'abitudine al fumo tra gli studenti della scuola dell'obbligo - prevenzione dell'abitudine al fumo tra la popolazione generale per intervento dei medici di medicina generale - corsi intensivi per smettere di fumare - ospedali e servizi sanitari senza fumo - luoghi di lavoro liberi dal fumo.

Regolamento per la definizione dei criteri e modalità per il riparto della quota del Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga trasferita alla Regione (deliberazione del Consiglio regionale n. 1269 del 13/10/1999): sulla base della normativa nazionale vengono fissati i criteri per la predisposizione di tutti i successivi bandi. Il 40% del Fondo viene riservato a progetti presentati dagli Enti locali in applicazione del protocollo di intesa citato precedentemente. Gli Enti locali sono gli unici soggetti che possono presentare progetti di prevenzione primaria. Verrà definito un budget orientativo per AUSL. Sulla base del documento di programmazione della Conferenza sanitaria territoriale, verranno costruiti i progetti; il coordinamento tecnico territoriale esprimerà un parere di fattibilità e di congruità con la programmazione territoriale e presenterà alla Regione una graduatoria motivata di priorità. Vengono previste forme di monitoraggio dei progetti su base locale e regionale.

La gestione del Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga (esercizi finanziari 1997/98/99)

Sulla base del Regolamento di cui al precedente punto, è stato emanato il bando (deliberazione della Giunta regionale n. 2010 del 10 novembre 1999), con scadenza dei termini per la presentazione fissata al 31 dicembre 1999. Il 5% delle risorse disponibili (£.1.609.585.550) è stato destinato al finanziamento di attività della Regione e di progetti di rilevanza nazionale. Sono state individuate le priorità per il triennio (prevenzione primaria, contrasto all'abbandono scolastico, riduzione del danno, implementazione della progettualità di rete, prevenzione della mortalità per overdose, prevenzione del consumo di droghe sintetiche, coordinamento attività su alcoldipendenza); i progetti sono stati inviati anche al coordinamento tecnico territoriale competente, che esprime una graduatoria motivata. L'assegnazione dei fondi sarà approvata dalla Giunta regionale nell'esercizio 2000.

L'applicazione dell'Accordo Stato-Regioni del 21 gennaio 1999

In ogni Azienda USL, in applicazione della Deliberazione di Giunta regionale n. 722/95, sono stati da tempo istituiti i Dipartimenti tecnico-funzionali per le Dipendenze

patologiche, il cui responsabile è anche coordinatore dei CTT. Nel quadro della applicazione del Piano sanitario regionale 1999-2001, la Regione sta procedendo ad una riorganizzazione dell'assistenza distrettuale; secondo questo progetto, per Dipartimento si intende esclusivamente una organizzazione strutturata. Le funzioni degli attuali Dipartimenti verranno pertanto messe in capo ad un "Programma aziendale Dipendenze patologiche", in staff alla Direzione sanitaria; i Ser.T. si configurano come strutture operative complesse con funzione di produzione all'interno del Distretto e sono coordinati a livello aziendale dal programma. Con apposita deliberazione (n. 125 dell'8 febbraio 1999) e in applicazione della legge regionale su autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie (L.R. 34/98) sono stati definiti i requisiti per l'autorizzazione al funzionamento dei Ser.T..

L'applicazione dell'accordo Stato-Regioni del 5 agosto 1999

Per quanto riguarda l'attribuzione di competenze istituzionali, sulla scorta della legge regionale n.34/98 che detta le norme per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento delle strutture sanitarie, si prevede di attribuire le funzioni amministrative in materia di autorizzazione al funzionamento ai Comuni; gli ulteriori requisiti per l'accreditamento, deliberati dalla Giunta regionale, saranno verificati avvalendosi dell'Agenzia sanitaria regionale. Per quanto riguarda la definizione dei requisiti, si è cominciato con l'esaminare alcuni servizi residenziali sperimentali per tipologie differenziate di utenti attivati da tempo, spesso attraverso progetti finanziati con il DPR 309/90. Attualmente sono presenti sul territorio le tipologie di intervento specialistiche per tossicodipendenti con gravi patologie psichiatriche, centri di osservazione e diagnosi - centri crisi, che accolgono madri con figli minori. Si è lavorato alla definizione dei requisiti e degli indicatori di qualità per queste tipologie.

I progetti regionali in corso

Progetto regionale prevenzione mortalità per overdose deliberato dalla Giunta regionale il 7 settembre 1998, che prevede: informazione ai tossicodipendenti sull'overdose tramite appositi corsi e idoneo materiale illustrativo predisposto a carico della Regione; focalizzazione dell'informazione sui gruppi maggiormente a rischio (all'uscita dal carcere, in caso di interruzione di programma residenziale o di trattamento con antagonisti); incentivazione dei comportamenti a minor rischio quali l'assunzione per inalazione; fornitura a ciascun tossicodipendente di una fiala di naloxone presentata all'interno di un contenitore - penna biro, che il tossicodipendente può portare sempre con sé. Il progetto, finanziato con fondi regionali, è stato affidato all'Azienda USL di Ravenna che ha approntato il materiale illustrativo, ha acquistato le fiale ed il contenitore e le ha distribuite sul territorio regionale.

Progetto regionale nuove droghe deliberato dalla Giunta regionale il 25 febbraio 1997, che coinvolge attivamente la Regione. Finanziato prevalentemente attraverso progetti territoriali presentati sul Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga trasferito alla Regione, ha consentito di creare in ogni provincia almeno un centro di ascolto dedicato, spesso all'interno dei consultori familiari e iniziative preventive specifiche sia nelle scuole che nei luoghi di lavoro che presso le discoteche. Sono state sperimentate forme di intervento attraverso l'utilizzo di Unità mobili davanti alle discoteche fino all'orario di chiusura, anche in collaborazione con Associazioni di volontariato (Croce verde), con la disponibilità di un etilometro.

Progetto regionale qualità del sistema dei servizi, che prevede la costruzione di una cartella clinica informatizzata per gli Enti Ausiliari, già completata, in analogia con quella da tempo utilizzata dai Ser.T.; l'assunzione di strumenti di valutazione dell'esito nei Ser.T., attualmente utilizzati sperimentalmente in tutta la Regione; la costruzione, quasi completata, di analoghi strumenti nel privato sociale; la definizione del profilo di qualità dei Ser.T. e degli Enti ausiliari, attraverso la definizione degli indicatori di ingresso, di processo, di uscita e di risultato, ancora in corso. La realizzazione del progetto è stata affidata con apposito finanziamento ad alcune AUSL ed Enti Ausiliari.

I costi della rete dei Servizi

Una specifica ricerca ha definito il costo sociale della tossicodipendenza e dell'alcolismo. I dati disponibili sono relativi al 1997. Il costo "reale"

dei Dipartimenti Dipendenze patologiche ammonta a £.66.524.130.000. A questa cifra bisogna aggiungere £.7.044.107.000 di Ribaltamenti generali e specialistici. Le voci di spesa maggiormente significative sono: personale di ruolo (47%) e convenzionato (4%); rette per comunità (33%) e costi dei Centri diurni o residenziali pubblici (5%); farmaci (3%); borse lavoro e sussidi con fondi sanitari (0,94%); servizi acquistati all'esterno (2%); costi accessori (5%). Rispetto al 1997 l'aumento è contenuto, nell'ordine del 2,03%. Si nota un aumento della spesa relativa al personale laureato a fronte di una contrazione per quello non laureato; c'è inoltre una lieve contrazione delle risorse impegnate per rette comunitarie (-1.2%). Il costo di quanto viene erogato ai tossicodipendenti presso gli Enti Ausiliari non ha lo stesso grado di precisione in quanto i dati si riferiscono solo al 51% degli Enti. Per questi, si evidenzia come le entrate siano costituite per il 29% da rette di utenti AUSL, per il 29% da rette di utenti regionali e per il 28% da rette di utenti non residenti in Regione; c'è poi un 5% di donazioni e un 16% di attività produttive. Le uscite sono rappresentare per il 43% da spese per il personale e dal 57% da spese di gestione delle strutture. C'è, per gli Enti che hanno fornito i dati, un lieve disavanzo. I dati sul costo di quanto viene erogato ai tossicodipendenti presso gli Enti locali sono ancor più frammentati e possono essere riportati solo in maniera qualitativa; l'attività di spesa prevalente è l'erogazione di borse lavoro e sussidi economici diretti alla persona, seguita da erogazione di finanziamenti ad Enti gestori ed Associazioni.

Gli obiettivi per il 2000

Ci si propone un riassetto complessivo dell'organizzazione del sistema dei servizi. L'applicazione della normativa nazionale e regionale, attraverso il confronto con gli interessati, porterà alla definizione dei requisiti per l'accreditamento dei Ser.T. e per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento dei servizi privati di assistenza ai tossicodipendenti; il riordino dell'assistenza distrettuale dovrà portare alla ridefinizione del numero e dei compiti dei Ser.T. sotto il coordinamento del programma aziendale dipendenze patologiche. La messa a regime dell'attività delle conferenze sanitarie territoriali, per la messa a punto dei piani di salute territoriali, porterà ad una migliore definizione del ruolo dei coordinamenti tecnici territoriali quali espressione tecnica del sistema dei servizi. La complessità rappresentata richiede un atto di indirizzo generale che tenga conto di queste importanti modificazioni organizzative e le porti a sintesi; ci si propone pertanto di procedere ad una revisione della deliberazione 722/95 "Progetto regionale tossicodipendenze". Per quanto attiene alla progettualità di merito, si ritiene che le linee di indirizzo emanate in questi ultimi anni (su: riduzione del danno, alcoldipendenza, nuove droghe, prevenzione primaria, prevenzione della mortalità per overdose, tabagismo, integrazione sociosanitaria), sulla base delle quali saranno definite le priorità per il finanziamento dei progetti sul Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga trasferito alla Regione, richiedano un monitoraggio accurato con implementazione quali-quantitativa dei flussi informativi rispetto alla loro applicazione. A questo scopo ci si propone un rafforzamento degli Osservatori già presenti in ogni Dipartimento dipendenze patologiche e dell'Osservatorio regionale istituito presso l'Ufficio tossicodipendenze della Regione. Ciò permetterà anche un migliore monitoraggio e messa in rete dei progetti finanziati con il Fondo, relativo alle annualità 97/98/99 e consentirà di meglio orientare la scelta delle priorità per il riparto relativo al 2000.

Regione Toscana

L'andamento del fenomeno delle tossicodipendenze

Nel corso dell'anno 1999 le offerte nei confronti del fenomeno delle dipendenze e la relativa organizzazione dei servizi hanno registrato significative modificazioni ed aggiornamenti finalizzati a qualificare i livelli di assistenza forniti e favorire l'integrazione fra pubblico e privato-sociale. Tali iniziative hanno promosso la capacità di risposte terapeutiche, sottolineate dagli indici di attrazione e ritenzione in trattamento che nell'ultimo anno sono aumentati di circa il 9% a fronte di un livello di nuovi ingressi, oltre il 23% nel periodo indicato. L'utenza è passata da 10.335 del '98 a 11.337 del '99 (32,2 per 10.000 abitanti). L'utenza media per servizio è di 283 soggetti. Gli

inserimenti in comunità terapeutica sono stati 1.460. La distribuzione per fascia di età evidenzia la prevalenza di soggetti in età da 25 ai 35 anni, confermando la generale impressione di un "invecchiamento" dei soggetti trattati; gli utratrentenni rappresentano il 28% degli utenti. La sostanza di abuso primaria è l'eroina seguita da alcool, cannabis, amfetamine e cocaina, allucinogeni.

La rete dei servizi

La rete dei servizi è costituita da un Dipartimento Dipendenze per ciascuna delle 12 Aziende USL, 40 Ser.T., 18 comunità terapeutiche articolate in varie strutture (di cui 40 residenziali e 23 diurne), 29 Associazioni di volontariato.

I provvedimenti regionali più significativi

Delibera C.R. n. 41 del 17.02.1999: "Piano Sanitario Regionale 1999/2001", Progetto Obiettivo "Prevenzione e cura delle condotte di abuso e delle dipendenze". Delibera C.R. n.159 del 8.06.1999:"Utilizzo del fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga relativo agli anni 1997,98,99.". Delibera G.R. n. 1040 del 14.09.1999: "Nomina dei componenti e costituzione del comitato tecnico-scientifico regionale per i servizi alcologici". Delibera G.R. n.1042 del 14.09.1999: "Nomina dei componenti e costituzione del comitato tecnico-scientifico regionale per le dipendenze ".

La gestione del Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga (esercizi finanziari 1997-99)

A seguito dell'acquisizione della quota del Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga relativo agli anni finanziari '97, '98, e '99 la Regione ha provveduto rapidamente a deliberare l'utilizzo delle risorse disponibili definendo le priorità e favorendo, attraverso l'allestimento di commissioni istruttorie territoriali, la partecipazione ai momenti decisionali degli Enti locali e del privato sociale. Con delibera G.R. n. 1326 del 22.11/1999 sono stati finanziati n.257 progetti territoriali, per un totale di £26.601.783.955. Con delibera G.R. n. 1327 del 22.11/1999 sono stati finanziati n.27 progetti di interesse regionale, per un totale di £4.682.168.000.

L'utilizzo del Fondo ha permesso di sviluppare alcuni progetti significativi, con particolare attenzione alle aree della doppia diagnosi, delle nuove droghe, del carcere, dei nomadi, della formazione rivolta agli operatori, della documentazione, dell'informatizzazione e della ricerca epidemiologica. L'utilizzo del Fondo permetterà di sviluppare inoltre formazione e competenze in merito alla prevenzione e cura del fumo di tabacco e del gioco d'azzardo, tali da offrire proposte terapeutiche per la popolazione coinvolta in simili dipendenze.

L'applicazione dell'Accordo Stato-Regioni del 21 gennaio 1999

L'organizzazione dei servizi regolamentata dalle leggi regionali è in sintonia con l'Accordo Stato Regioni " Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti."

L'applicazione dell'Accordo Stato-Regioni del 5 agosto 1999

E' in corso la revisione della L.R. n. 54/93 relativa agli Enti ausiliari a seguito della quale saranno ridefinite le normative regionali riguardanti l'esercizio di attività nel settore delle dipendenze da parte del privato sociale alla luce dell'Atto di intesa "determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso."

I costi della Rete dei servizi

Il Piano Sanitario Regionale 1999-2001 fornisce alle Aziende l'indicazione di destinare agli interventi per le dipendenze una quota pari all'1,5% del Fondo Sanitario Regionale.

Gli obiettivi per il 2000

Potenziare gli interventi di prevenzione nel mondo giovanile, nella scuola, negli ambienti di lavoro. Ampliare la qualità dei trattamenti e delle offerte assistenziali rendendole omogenee sul territorio regionale e capaci di favorire la ritenzione ed attrazione in terapia, facendo particolare attenzione ai soggetti multiproblematici portatori di "doppia diagnosi". Ridurre l'uso incongruo di farmaci legali psicotropi. Tendere alla riduzione della mortalità e della morbosità legata al la tossicodipendenza e all'abuso di sostanze. Favorire le pratiche di accesso e di intervento esterno dei Servizi promuovendo interventi attivi per le fasce di utenza del sommerso e di coloro che si dedicano alle "nuove droghe". Consolidare gli interventi nell'area penale, favorendo le misure alternative e migliorando la integrazione col servizio sanitario penitenziario interno agli Istituti. Garantire sostegno ai nuclei familiari,

mono o plurifamiliari, di soggetti tossicodipendenti con minori. Promuovere gli inserimenti lavorativi dei soggetti tossicodipendenti a rischio di cronicità. Favorire la formazione degli operatori.

Regione Umbria

L'andamento del fenomeno delle tossicodipendenze

Il numero di utenti che nel complesso hanno usufruito di servizi offerti dagli 11 Ser.T. dell'Umbria ammontano a 2.779. La tossicodipendenza continua ad interessare una popolazione essenzialmente giovane e giovane-adulta (20-34 anni). La classe di età maggiormente rappresentata è quella tra 25 e 29 anni. L'uso di droga è un fenomeno prevalentemente diffuso nella popolazione maschile. Gli utenti che si rivolgono ai Ser.T. fanno uso, come sostanza d'abuso primaria, essenzialmente di eroina. Sono decedute per cause direttamente riconducibili all'uso di droga n.21 persone.

La rete dei servizi

Alla data del 31 dicembre 1999 erano operanti nella Regione n.11 Ser.T. (con n.100 operatori di cui n.73 a tempo pieno; il rimanente personale è a tempo parziale o a convenzione), n.19 comunità terapeutiche residenziali, n.2 comunità terapeutiche semiresidenziali.

I provvedimenti regionali più significativi

Piano Sanitario Regionale 1999-2001 (Deliberazione del Consiglio Regionale 1/03/1999 n. 647). Deliberazione G.R. 4 agosto 1999 n. 1115 "Riorganizzazione dei servizi di assistenza a tossicodipendenti".

La gestione del Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga (esercizi finanziari 1997-99)

Sono stati definiti i criteri e le modalità di presentazione e di finanziamento dei progetti. Entro il mese di aprile 2000 sarà completata l'istruttoria dei 67 progetti presentati.

L'applicazione dell'Accordo Stato-Regioni del 21 gennaio 1999

Nella Deliberazione di G.R. 4 agosto 1999 n. 1115 è riportato: "di recepire l'Accordo Stato Regioni per la riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti con le necessarie determinazioni regionali, riservandosi il recepimento e l'adeguamento e successivi atti di emanazione da parte del livello nazionale".

L'applicazione dell'Accordo Stato-Regioni del 5 agosto 1999

Il decreto legislativo 19/06/1999 n. 229 ha apportato profondi cambiamenti al sistema delle autorizzazioni alla realizzazione ed all'esercizio di attività sanitarie. Pertanto, è stata rinviata l'applicazione dell'Accordo Stato-Regioni 5 agosto 1999.

I progetti regionali in corso

Progetto "L'isola che non c'è" (1998-2000) che riguarda una ricerca rivolta ad un campione di 1100 giovani di età tra 14 e 24 anni, residenti in Umbria, al fine di indagare in merito alle conoscenze, agli atteggiamenti e alle fonti informative in tema di ecstasy e l'organizzazione di momenti formativi-giornate di studio rivolte agli operatori della Scuola, socio-sanitari, amministrazioni comunali e del volontariato sul tema delle nuove droghe.

I costi della rete dei servizi

E' in corso di attivazione la contabilità economico/patrimoniale da cui potranno derivare i dati a partire dall'anno 2000.

Gli obiettivi per il 2000

Dare corso all'Atto d'indirizzo programmatico generale, previsto dal Piano Sanitario Regionale 1999/2001 "Riduzione del danno da dipendenze". Approvare e finanziare i progetti presentati di cui al Fondo regionale per la lotta alla droga – Legge 45/99.

Regione Marche

L'andamento del fenomeno delle tossicodipendenze

L'analisi dei dati relativi al fenomeno delle tossicodipendenze evidenzia una sostanziale stabilità rispetto agli anni precedenti (1997-1998). Nel 1999 si sono rivolti ai Ser.T. della regione Marche 4.268 utenti, cifra comprensiva di nuovi utenti e utenti già noti ai servizi. Analizzando i dati per singolo Ser.T., si osserva che la distribuzione territoriale dei soggetti tossicodipendenti presenta una rilevante concentrazione lungo la fascia costiera e nelle aree a maggiore densità urbana: in particolare, si nota un aumento dell'utenza nei Ser.T. di Ancona e Civitanova Marche. Da registrare una lieve flessione nel Ser.T. di Fermo, che però aveva nel passato un tasso cumulativo

relativamente alto. Per quanto riguarda la distribuzione per età si conferma l'invecchiamento progressivo della utenza in carico, con una età media di anni. 30. Relativamente alla sostanza primaria di abuso il consumo di eroina risulta essere assolutamente maggiore rispetto all'uso di altre droghe con una prevalenza del 73,8%. Resta sempre prevalente l'uso di cannabinoidi come sostanza d'abuso secondaria (17,3%), seguita dalla cocaina (3,4%). Viene inoltre rilevato un abuso di sostanze non specificate (2,1% del totale). Il trattamento terapeutico di tipo psico-socio riabilitativo risulta essere prevalente (87%). Per ciò che riguarda i trattamenti farmacologici, la somministrazione di metadone a medio e lungo termine rappresenta il 45% dei trattamenti farmacologici.

La rete dei servizi

Nella Regione sono presenti n.14 Ser.T., in cui operano 38 medici, 36 infermieri, 36 psicologi, 26 assistenti sociali, 14 educatori, 7 amministrativi, 13 sociologi e 7 operatori di supporto, complessivamente 177 unità di personale. Il Ser.T. di Ancona funziona secondo modalità dipartimentale. Sono inoltre presenti n.29 comunità terapeutiche residenziali (con n.484 posti letto complessivi, di cui 2 sedi pubbliche con 32 posti letto), n.12 centri per l'accoglienza diurna (di cui 6 pubblici), n. 5 strutture per l'accoglienza residenziale (con n. 60 posti letto complessivi, di cui una struttura pubblica), n.12 strutture operative varie quali centri di ascolto, di sostegno socio-psico-riabilitativo e di reinserimento sociale. Tra le comunità terapeutiche residenziali vanno segnalate una struttura dedicata a madri con figli in età pediatrica ed una per soggetti minorenni. Tutte le strutture operative sono state iscritte all'albo regionale degli enti ausiliari.

I provvedimenti regionali più significativi

Criteri generali per la gestione della quota regionale del Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga (Deliberazione del Consiglio Regionale n. 273/99).

La gestione del Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga (esercizi finanziari 1997-99)

La Regione ha approvato i criteri generali per la gestione del Fondo (D.A. n. 273 dell'11.11.1999) ed ha emanato il relativo bando (D.G.R. n. 3278 del 20.12.99). Sono stati acquisiti n. 259 progetti successivamente sottoposti all'esame di una apposita commissione per la valutazione della loro congruità rispetto agli obiettivi fissati dalla Regione. Sarà formulata una graduatoria per ogni ambito territoriale considerato (aree coincidenti con quelle delle A.U.S.L.), al fine di assicurare in forma omogenea, in tutto il territorio regionale, le attività di prevenzione e di riabilitazione ritenute necessarie. L'assegnazione formale dei contributi agli aventi diritto potrà essere disposta entro il 31 maggio 2000.

L'applicazione dell'Accordo Stato-Regioni del 21 gennaio 1999

L'applicazione dell'accordo Stato–Regioni del 21.01.99, dopo la emanazione della legge 18.02.99, n. 45, ha subito un rallentamento dovendosi fare riferimento alle disposizioni innovative di quest'ultima norma. Occorre tuttavia precisare che la Regione, nell'ambito del Piano Sanitario Regionale vigente, prevede già una riorganizzazione dei Ser.T. in linea con i principi ispiratori dell'Accordo. Peraltro, le prestazioni che i Ser.T. garantiscono al momento, pur con qualche eccezione dovuta a carenza di organico, sono coerenti con quelle individuate dall'accennato accordo. La Regione dovrà comunque riconsiderare la materia non appena emanato il decreto di revisione del Regolamento Ministeriale n. 444/90 sui Ser.T..

L'applicazione dell'Accordo Stato-Regioni del 5 agosto 1999

In materia di autorizzazione e di accreditamento la Regione approverà nel 2000 una legge regionale con la quale vengono tenute in considerazione anche le strutture socio-sanitarie per le tossicodipendenze. Nel prossimo anno saranno adottati i provvedimenti attuativi che fissano i requisiti minimi e quelli ulteriori. Occorrerà tuttavia esaminare le possibilità e le modalità applicative della normativa alle strutture socio-assistenziali. L'orientamento regionale sarà specificato nell'ambito dei provvedimenti applicativi della legge regionale.

I progetti regionali in corso

Sono in atto due progetti significativi. Il primo riguarda solo indirettamente il settore delle tossicodipendenze ma vede quasi tutti i Ser.T. impegnati nella realizzazione. E' centrato sulla prevenzione dell'A.I.D.S. ed è rivolto alle

famiglie che vengono a contatto con i medici di medicina generale; ai giovani del "mondo della *notte" che frequentano le discoteche; agli* studenti delle scuole medie superiori ed ai detenuti. La durata è di sei mesi ma può protrarsi in relazione a problemi attuativi locali. Le azioni necessarie per l'attuazione del progetto sono ripartite tra Regione ed Aziende USL. La Regione, con la consulenza del centro riferimento AIDS e di due esperti esterni, ha approntato gli strumenti ed i sussidi per veicolare le informazioni ed ha sollecitato la collaborazione dei sindacati, dei Provveditorati agli studi e del sindacato locali da ballo. Le A.U.S.L., che hanno comunque collaborato con la Regione nella individuazione del target e nella importazione dei sussidi, sono impegnate a realizzare la campagna di prevenzione in sede locale ed a svilupparla verso settori ritenuti più importanti, utilizzando il materiale prodotto della Regione. Il secondo riguarda lo sviluppo delle fasi 3 e 4 del progetto nazionale di valutazione della qualità dei Ser.T., ponendo l'attuazione sui due aspetti relativi all'aumento della capacità dei servizi di costruire procedure di lavoro e della capacità degli operatori di progettare gli interventi in termini di risultati ottenibili e di avere competenze nella valutazione. Il progetto si articola in quattro fasi le prime due rispondono alla richiesta di partecipare in modo attivo al progetto nazionale, le ultime due all'approfondimento specifico delle tematiche evidenziate dalla Regione ed in particolare ad aumentare le conoscenze dei responsabili dei servizi sul tema della costruzione delle procedure facendo acquisire loro le competenze per la costruzione delle stesse e a far crescere fra gli operatori la cultura della valutazione dei risultati degli interventi (far aumentare le loro abilità nel definire gli obiettivi terapeutici, i risultati attesi, misurare le condizioni iniziali e valutare i cambiamenti, acquisendo strumenti e metodologie congrue e validate). La gestione del progetto è affidata alla A.U.S.L. di Ancona.

I costi della rete dei servizi

Al momento non risultano disponibili dati significativi circa la spesa complessiva per le tossicodipendenze nelle Marche.

Tuttavia, sulla base dei dati indiretti disponibili è possibile stimare tale spesa delle strutture pubbliche in circa £.9.500.000.000. Sono escluse le spese sostenute dalle A.U.S.L. delle Marche per l'assistenza presso strutture private *accreditate, valutate in circa £.5.000.000.000.* La spesa relativa alle strutture private è di circa £.10.000.000.000. Le spese varie di Enti locali, di Enti ausiliari e cooperative sociali per attività varie di prevenzione e di reinserimento, ammontano mediamente ogni anno circa £.3.700.000.000. Pertanto la spesa complessiva annua nelle Marche è stimata in circa £.23.200.000.000 (per abitante £.16.000) di cui circa £.14.500.000.000 a carico del S.S.N. (per abitante £.10.000, per soggetto tossicodipendente in carico £.3.397.000). Si ribadisce che la spesa relativa alle strutture private non è rivolta esclusivamente a beneficio della popolazione o di utenti marchigiani. Sotto questo aspetto si calcola che una quota di circa £. 5.000.000.000 verrebbe affrontata da A.U.S.L. di altre Regioni.

Gli obiettivi per il 2000

Definizione delle modalità di autorizzazione ed accreditamento delle strutture. Esame delle prospettive di riorganizzazione dei Ser.T.. Conclusione del procedimento amministrativo per assegnazione del Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga (quote anni 1997, 1998 e 1999) ed istruttoria per l'emanazione del bando relativo al Fondo dell'anno 2000. Avvio del progetto operativo di prevenzione delle nuove droghe.

Regione Abruzzo

L'andamento del fenomeno delle tossicodipendenze

I dati relativi a 2944 soggetti in carico ai Ser.T. dell'Abruzzo nel 1999 mostrano un rapporto maschi/femmine di 7,6, un incremento dell'età media che supera i 30 anni, una ripartizione degli utenti per sostanza d'abuso primaria del 77,3% per l'eroina, del 9,0% per i cannabinoidi, del 3,6% per la cocaina e 10,1% per altre sostanze. Questi dati dell'utenza dei Ser.T. possono essere integrati con i dati emergenti da studi sulla popolazione giovanile regionale scolarizzata (ESPAD Abruzzo 1999), che mettono in evidenza come i più giovani usano soprattutto cocaina e come l'uso di eroina si sia trasformato, in maniera sostanziale, in una modalità di assunzione quasi esclusivamente inalatoria. I dati dello studio mostrano inoltre

che i giovani che fanno uso di sostanze illegali, sempre meno, considerano questo tipo di comportamento come un comportamento "a rischio" e, conseguentemente, sempre meno ritengono di aver bisogno e quindi di chiedere aiuto ai Ser.T. e alle comunità terapeutiche. Il tempo medio che intercorre tra la prima assunzione di eroina e il primo contatto con i Ser.T. supera 4 anni, per le comunità terapeutiche 5 anni.

La rete dei servizi

Il sistema dei servizi per le dipendenze da sostanze è costituito da 11 Ser.T., 3 servizi di alcologia, ai sensi del D.M. 3.08.1993, 15 Enti Ausiliari iscritti all'Albo della Regione Abruzzo ai sensi della L.R. n° 28 del 21.07.1993. Il personale impegnato nel sistema dei servizi ammonta a circa 400 unità (50% nei servizi pubblici e 50% nel privato sociale). I 15 Enti ausiliari gestiscono 21 sedi operative (di cui 5 semi-residenziali con 123 posti e 16 residenziali, con 290 posti in totale) sia dell'area pedagogico-riabilitativa che terapeutico-riabilitativa.

I provvedimenti regionali più significativi

Deliberazione di Giunta Regionale n° 1700 del 28 luglio 1999 concernente "Indirizzi applicativi alle aziende U.S.L. per adeguamento pianta organica dei servizi per le tossicodipendenze (Ser.T) della Regione Abruzzo" ai sensi della L.18.02.1999, n° 45. Deliberazione di Giunta Regionale n° 1716 del 28 luglio 1999, concernente gli adempimenti di cui al comma 6) art.2 della l. 18.02.1999, n° 45. In attuazione di tale atto è stato attivato il corso di formazione professionale per operatori di comunità terapeutiche, e con la quale si demanda alla gestione l'azienda U.S.L. di Pescara.

La gestione del Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga (esercizi finanziari 1997-99)

Con deliberazione di Giunta Regionale n° 2787 del 29 dicembre 1999, concernente "Gestione della quota assegnata alla Regione Abruzzo del Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga, esercizi finanziari 1997-1998-1999 Legge 18 febbraio 1999, n° 45", sono state attivate le procedure per la gestione delle quote acquisite al bilancio regionale con deliberazione di G. R. n° 2227 del 20 ottobre 1999.

L'applicazione dell'Accordo Stato-Regioni del 21 gennaio 1999.

Il piano sanitario regionale ha, in molte parti, anticipato il dettato dell'Accordo Stato Regioni del 21 gennaio 1999. Nello specifico è stata prevista la organizzazione dipartimentale dei servizi per le tossicodipendenze. Sono state impartite direttive per l'applicazione della legge 45/99 relativa al personale dei Ser.T. ed, in alcune ASL, i concorsi sono già stati espletati. È stato costituito ed è già operativo il comitato tecnico consultivo regionale composto da operatori rappresentanti dei servizi pubblici, da rappresentanti degli Enti ausiliari e del volontariato e da esperti della materia. I compiti del CTCR sono di favorire il coordinamento del sistema dei servizi, individuare le problematiche prioritarie sul territorio regionale (sulle quali formulare proposte, anche di programmazione), contribuire alla verifica dello stato di attuazione della specifica programmazione regionale e del raggiungimento degli obiettivi, collaborare alla verifica e alla valutazione degli interventi e dei risultati.

L'applicazione dell'Accordo Stato-Regioni del 5 agosto 1999.

Il CTCR sta svolgendo una attenta ridefinizione dell'Accordo Stato-Regioni al fine di garantire, nella applicazione regionale, le peculiarità proprie del sistema dei servizi così come si è evoluto negli anni e di preservarne i contenuti di originalità, di solidarietà e di professionalità.

I progetti regionali in corso

Il PSR ha stanziato per il triennio 1999–2001 £.13 miliardi per i progetti-obiettivo regionali (POR) per le tossicodipendenze. Nel 1999 il POR ha realizzato numerose attività di supporto tese al miglioramento della qualità delle attività del sistema dei servizi (11 Ser.T., 3 servizi di alcologia, 15 enti ausiliari). E' stata realizzata la informatizzazione, la messa in rete e la contestuale formazione, che ha interessato oltre 130 operatori.

È stata svolta una serie complementare di indagini epidemiologiche sul disagio, sulla cultura giovanile e consumo di droghe, sul disagio minorile ed il consumo di alcolici, sulle aspettative motivazionali degli operatori del "sistema dei servizi". Si è proceduto alla valutazione delle terapie con metadone, dei programmi in comunità terapeutica e della soddisfazione degli utenti. Sono stati realizzati

12 corsi di formazione e 57 incontri di autoformazione che hanno visto in aula 1050 operatori/giorno. Sono state avviate numerose iniziative di informazione e comunicazione con partecipazione attiva di studenti, passaggi in video e sui quotidiani di spot che promuovono le risorse degli adolescenti, la distribuzione di 200.000 depliant che veicolano la carta del sistema dei servizi per le tossicodipendenze. È in fase di conclusione il corso per operatori di comunità ex legge 45/99 che ha visto impegnati in 500 ore di corso 63 operatori di comunità e oltre 50 operatori dei servizi in qualità di docenti. È stato avviato il progetto regionale di prevenzione delle dipendenze patologiche che si qualifica per la realizzazione di numerose iniziative che vedono protagonisti sia gli stessi giovani che il mondo adulto, insegnanti, genitori, ma anche il mondo adulto periferico che interagisce con i giovani nei luoghi dello sport, del tempo libero, dello scautismo, delle parrocchie. Un progetto teso ad incentivare la partecipazione, all'interno di chiare linee di riferimento, di tutte le energie di solidarietà e di professionalità che la regione è in grado di esprimere. Un progetto che ha al suo interno, come parte costitutiva, un qualificato programma di valutazione di processo, di risultato e di impatto. È stata avviata una campagna di informazione e di sensibilizzazione alla prevenzione dei comportamenti a rischio (uso di ecstasy) che prevede la attuazione di strategie specifiche rivolte alla popolazione giovanile anche recependo il "protocollo di intesa" stipulato tra il governo e il SILB (sindacato imprenditori locali da ballo). Tale campagna viene condotta con il coinvolgimento del "sistema dei servizi" della regione e si articola in numerosi interventi focalizzati nel circuito dei locali frequentati dal target giovanile di riferimento, con il coinvolgimento dei gestori dei locali sopraindicati.

I costi della rete dei servizi.

Una differenziazione analitica dei costi della rete dei servizi (valori assoluti e relativi, distinti tra servizi pubblici e privati) non è al momento disponibile.

Gli obiettivi per il 2000

L'obiettivo primario è il rafforzamento del "sistema dei servizi", pubblici e del privato sociale, che promuovono congiuntamente la crescita qualificata delle offerte di aiuto e la loro innovazione, nello sforzo di operare superando le improduttive e dannose contrapposizioni ideologiche. La regione Abruzzo è già molto avanti in questa direzione e proprio perché ha già potuto verificare la utilità per gli utenti di questa convergenza e complementarietà di azione del sistema dei servizi intende ulteriormente incentivarla. Si sta procedendo alla realizzazione di un centro residenziale a valenza regionale di disintossicazione assistita che si pone anche come alternativa ai progetti di disintossicazione in regime ospedaliero e che viene condotta congiuntamente da operatori del servizio pubblico e del privato sociale. È in corso di definizione una iniziativa di supporto informativo telefonico per la popolazione della regione che vede anch'essa il coinvolgimento diretto degli operatori del "sistema dei servizi". Si sta promovendo il coinvolgimento dei medici di medicina generale nella cura e nel prendersi cura dei pazienti dipendenti da sostanze in un progetto che vede coinvolti i medici di medicina generale, i Ser.T. come strutture specialistiche di riferimento, le strutture del privato sociale per il counselling psicologico e sociale e le famiglie.

Regione Molise

L'andamento del fenomeno delle tossicodipendenze

I soggetti in carico ai Ser.T. sono stati 579, con un rapporto maschi/femmine di 7,6. Nel 79% dei casi in trattamento la sostanza d'abuso primaria era l'eroina, nel 14% cannabinoidi, nel 4% cocaina.

La rete dei servizi

Nel Piano Sanitario Regionale 97/99, il Ser.T. è una struttura operativa inserita nell'area funzionale delle attività territoriali, mentre lo strumento organizzativo è il Dipartimento delle dipendenze con il compito di coordinare funzionalmente le Unità operative interessate. Il tutto, sulla strategia programmatica di coinvolgere in modo sinergico più strutture per la realizzazione delle azioni di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento dei soggetti interessati (n° 4 dipartimenti e n° 6 Ser.T.). Per quanto attiene il settore del privato sociale, la Regione ha disciplinato il volontariato con apposita LR n° 3 del 1995; con provvedimento di Giunta n° 370 del 10/3/93 ha regolamentato

l'iscrizione all'albo regionale delle cooperative sociali. Per quanto riguarda l'albo degli Enti ausiliari, di cui all'art. 116 del DPR 309/90, lo stesso è stato istituito con LR n° 18/92 e con provvedimento di Giunta n° 5288 del 9/11/92. Al predetto albo sono state iscritte, secondo i criteri e le modalità del previgente Atto di Intesa Stato – Regioni, recepito con atto di Giunta n° 4304 dell'11/11/93, n°3 strutture residenziali (comunità terapeutiche con capienza complessiva di n°38 utenti e con complessivamente n°19 unità di personale).

I provvedimenti regionali più significativi

Nessuna segnalazione.

La gestione del Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga (esercizi finanziari 1997-99)

Con provvedimento di Giunta Regionale n° 1635 dell'8/11/99 sono stati definiti i criteri e le modalità per il riparto della quota del Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga, nonché i termini e modalità di accesso al finanziamento per gli esercizi '97, '98 e '99. Con deliberazione n° 2053 del 30/12/99 si è provveduto ad impegnare le risorse del Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga, rinviando ad un successivo provvedimento l'individuazione dei beneficiari tra gli enti i che hanno proposto istanza.

L'applicazione dell'Accordo Stato-Regioni del 21 gennaio 1999

Non è ancora stato applicato; si ritiene tuttavia di avviare nel prossimo anno un confronto con il coinvolgimento di vari organismi interessati all'argomento per uno studio approfondito degli atti e per i conseguenti interventi di competenza.

L'applicazione dell'Accordo Stato-Regioni del 5 agosto 1999

Non è ancora stato applicato; si ritiene tuttavia di avviare nel prossimo anno un confronto con il coinvolgimento di vari organismi interessati all'argomento per uno studio approfondito degli atti e per i conseguenti interventi di competenza.

I progetti regionali in corso

Nel corso del 1999 sono stati organizzati a livello regionale alcuni progetti di formazione gestiti dal consorzio regionale Molise solidarietà. Il primo riguarda il "Corso di formazione per operatori di prevenzione", avviato il 24/10/98 e della durata di 176 ore, che ha avuto come destinatari gli operatori dei Ser.t. e i referenti delle diverse realtà istituzionali e del privato sociale interessati alla prevenzione delle tossicodipendenze. Obiettivi del corso sono stati quelli di favorire il confronto, lo scambio, l'integrazione tra più esperienze lavorative, nonché di individuare una strategia di prevenzione a rete tra associazioni, agenzie ed enti. Il secondo riguarda il "Progetto di terapia familiare" della durata di 176 ore, destinato ai componenti l'equipe dei Ser.T., agli operatori degli enti ausiliari e di altri enti pubblici impegnati nel settore del disagio giovanile e finalizzato ad offrire una cultura base di psicologia, psichiatria e psicoterapia che consenta di costituire quel reticolo cognitivo in grado di accogliere la domanda dei tossicomani. Al momento è in fase di avvio il "Progetto valutazione della qualità degli interventi sulle tossicodipendenze", destinato a tutti gli operatori dei Ser.T. della Regione, che sarà gestito dalla ASL n° 4 Basso Molise di Termoli.

I costi della rete dei servizi

Nessun dato disponibile

Gli obiettivi per il 2000

Nessuna segnalazione

Regione Lazio

L'andamento del fenomeno delle tossicodipendenze

La prevalenza di tossicodipendenti da eroina nel Lazio è rimasta sostanzialmente costante dall'inizio del 1990 al 1999. Si stima che nel Lazio siano presenti circa 26.000 tossicodipendenti (metodo di cattura-ricattura, 1996) con una prevalenza di 16/1000 nei maschi di età 15-49 anni e di 3/1000 tra le femmine. Nel 1999 si sono rivolti ai servizi pubblici e del privato sociale 13.635 persone tossicodipendenti. La proporzione di tossicodipendenti da eroina tra le persone in trattamento è diminuita nel tempo, passando dal 98% degli utenti nel 1992 all'89,6% nel 1999. In particolare, i consumatori di eroina tra le persone che si sono rivolte ai servizi per la prima volta nel 1999 è del 68,4% rispetto al 93,3% delle persone che erano già in carico o rientravano al servizio nello stesso anno. Le persone che si sono rivolte ai servizi nel corso del 1999 sono prevalentemente maschi (86%),

l'età media è di circa 33 anni (33,5 le persone in carico dall'anno precedente o rientrate, 29,5 i soggetti incidenti). La maggioranza delle persone è celibe o nubile (oltre il 68% degli utenti già in carico e il 71% degli "incidenti"), ha il solo titolo di licenza elementare nel 18% dei casi e di scuola media inferiore nel 57%; la proporzione dei vecchi e nuovi utenti con una occupazione stabile è pari rispettivamente al 29% e al 31%. L'89,6% degli utenti usa eroina come sostanza di abuso primaria e per il 70% dei casi la modalità di assunzione è endovenosa. Da segnalare che la modalità di assunzione fumo/inalatoria dell'eroina è passata dal 16% nel 1993 al 24% nel 1999. La prevalenza di eroinomani sale al 93,3% tra le persone già in carico o rientrate, ed è pari al 68,4% tra i nuovi utenti. Le sostanze di abuso secondarie più usate sono l'hashish (29% dei casi incidenti e 43% degli utenti già in carico o rientrati), la cocaina (oltre il 36% dei casi) e gli psicofarmaci (9,5%). Da uno studio condotto su 1.2071 tossicodipendenti afferenti ai Ser.T. ed agli Enti ausiliari del Lazio dal 1992 al 1995 e seguiti fino a maggio 1997, risulta che la probabilità di morire per i tossicodipendenti maschi è 13 volte superiore a quella dei loro coetanei non tossicodipendenti e 40 volte superiore per le femmine. In termini di mortalità attribuibile, si può affermare che in media ogni anno il 16% di tutti i decessi che si verificano tra i maschi e il 12% di quelli tra le femmine, di età compresa tra 15 e 49 anni, è attribuibile all'uso "problematico" di droga. L'eccesso di mortalità si osserva per tutte le cause di morte, non solo per overdose o AIDS, che rappresentano comunque le cause principali di morte, ma anche per malattie del sistema circolatorio e respiratorio, cirrosi e cause violente.

La rete dei servizi

I dipartimenti delle dipendenze sono stati istituiti soltanto in tre aziende UU.SS.LL. Il numero dei Ser.T. nel territorio della Regione Lazio è pari a 49, di cui 12 (uno per Azienda U.S.L.) è anche specializzato nella cura e prevenzione dell'alcolismo. Il numero degli operatori dei Ser.T. del Lazio è di 560 unità: 171 medici, 108 psicologi, 165 infermieri, 82 assistenti sociali, 2 sociologi, 2 educatori professionali, 11 amministrativi, 16 operatori tecnici specializzati, 3 animatori. Il numero degli operatori degli Enti ausiliari ammonta a 400 unità.

La Regione ha condotto un'indagine (contenuta nel progetto obiettivo) in cui vengono specificati i seguenti dati:

- distribuzione risorse umane per Azienda U.S.L. (sede, qualifica, tipologia contratto e ore settimanali);
- riepilogo per Azienda U.S.L. delle risorse umane per qualifica, tipologia contratto e ore settimanali;
- media delle risorse umane per singola Azienda U.S.L. per qualifica, tipologia contratto e ore settimanali;
- media regionale del personale suddiviso per qualifica, tipologia contratto per singola sede;
- distribuzione risorse umane (su base oraria standard 36/38 ore settimanali) per Azienda U.S.L., qualifica, tipologia contratto;
- totale di unità di personale calcolato su orario settimanale standard (36/38 ore).

La stessa ricerca è stata condotta per il personale degli Enti ausiliari. Il numero totale dei locali a disposizione di tutti i Ser.T. del Lazio sono 403. Anche riguardo a questo dato la Regione ha condotto una ricerca su tutte le Aziende UU.SS.LL.

I provvedimenti regionali più significativi

Nessuna segnalazione

La gestione del Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga (esercizi finanziari 1997-99)

La Regione Lazio, con delibera di Giunta regionale n°50/57 del 5 ottobre 1999, ha stabilito i criteri per il riparto e l'assegnazione delle quote del fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga, trasferite alla Regione ed ha emanato il relativo bando per la presentazione delle domande per i progetti finanziabili per gli esercizi finanziari '97-'98-'99. Sono pervenuti progetti riguardanti i tre settori di intervento: prevenzione, riduzione del danno e reinserimento lavorativo. La commissione, nominata con decreto del Presidente della Giunta regionale, completerà nel mese di marzo 2000 l'esame e l'approvazione dei progetti. Sono stati approvati due progetti di sperimentazione di strutture specialistiche, uno per mamme tossicodipendenti e uno per la doppia diagnosi; 24 progetti di prevenzione (UDS giovani e sportelli sociali); 29 progetti di riduzione del danno (unità di strada, centri di

prima accoglienza); 14 progetti di reinserimento lavorativo.

L'applicazione dell'Accordo Stato-Regioni del 21 gennaio 1999

La Regione ha istituito un gruppo di lavoro, formato da operatori del pubblico e del privato sociale, con il compito di elaborare un progetto obiettivo di promozione e tutela della salute da abuso e dipendenze da sostanze psicotrope e da alcol per il triennio 2000-2003. In tale progetto obiettivo è contenuto il recepimento dell'accordo Stato/Regioni del 21 gennaio 1999 "Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti".

L'applicazione dell'Accordo Stato-Regioni del 5 agosto 1999

La Regione intende recepire l'accordo Stato/Regioni del 5 agosto 1999 entro settembre 2000.

I progetti regionali in corso

Gruppo collaborativo di revisione della efficacia degli interventi nel campo della dipendenza da alcool e sostanze. L'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione è la base editoriale del Gruppo, che è stato registrato nella Collaborazione Cochrane nel gennaio del 1998. Il gruppo collaborativo consiste di una base editoriale, con un editore coordinatore ed un coordinatore del gruppo, altri 6 editori (due australiani, un inglese, un francese, un italiano ed uno statunitense), un numero non limitato di persone che conducono le revisioni sistematiche, dei referee e dei sostenitori del gruppo. Attualmente il registro specializzato contiene i riferimenti bibliografici di 1943 trial e 653 altri tipi di studio. Il gruppo ha prodotto 3 revisioni sistematiche, pubblicate nella Cochrane Library, 4 protocolli di revisioni pubblicati e 17 titoli di revisioni. Una newsletter viene pubblicata e diffusa due volte all'anno.

Studio di valutazione dell'efficacia dei trattamenti per la tossicodipendenza da eroina (VEdeTTE). VEdeTTE è uno studio longitudinale prospettico su una coorte multicentrica di persone tossicodipendenti da eroina in trattamento presso i servizi pubblici per le tossicodipendenze (Ser.T.), che ha l'obiettivo di valutare l'efficacia delle diverse tipologie di interventi terapeutici nella prevenzione della mortalità acuta (overdose e cause violente) e nella ritenzione in trattamento. Lo studio, nei 21 Ser.T. partecipanti nella Regione, è iniziato tra ottobre 1998 e marzo 1999. Al 31 dicembre 1999 risultavano arruolate nel Lazio 1.590 persone; i dati attualmente disponibili per una descrizione preliminare della popolazione in studio, riguardano 1.355 persone di cui 970 prevalenti e 385 tra "incidenti" e rientrati. L'85% degli arruolati è rappresentato da maschi e l'età media è di circa 32,5 anni. La maggior parte delle persone è nubile o celibe (62%), vive con la famiglia di origine (55%), ha un diploma di scuola media inferiore nel 57% dei casi e nel 19% un diploma di scuola media superiore. L'età di inizio d'uso di eroina è di circa 20 anni e dell'uso per via endovenosa di 21 anni. Altri progetti sono stati attivati nel contesto della azioni dell'Osservatorio Europeo sulle Droghe e la Tossicodipendenza (EMCDDA). L'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione, coordina un progetto dell'EMCDDA mirato alla implementazione di una metodologia standardizzata per condurre studi longitudinali di mortalità nei Paesi dell'Unione europea. La maggior parte dei paesi dell'Unione è coinvolta nello studio e sono in corso di arruolamento coorti prospettiche di persone reclutate presso i servizi per le tossicodipendenze. L'obiettivo ultimo è quello di stabilire, utilizzando la metodologia degli studi di coorte, un sistema di monitoraggio continuo che produca periodicamente stime dei tassi di mortalità per tutte le cause e per cause specifiche e dell'eccesso di mortalità rispetto alla popolazione generale nei Paesi dell'Unione europea.

I costi della Rete dei servizi

Nessuna segnalazione

Gli obiettivi per il 2000

Completa attuazione del progetto obiettivo.

Regione Campania

L'andamento del fenomeno delle tossicodipendenze

Il fenomeno della tossicodipendenza in Campania può essere quantificato solo per i flussi di utenza dei Ser.T. e delle comunità terapeutiche in quanto i sistemi informativi sono limitati esclusivamente alla rete dei servizi. Mancano, pertanto, i dati riferiti al sommerso della tossicodipendenza relativi alle caratteristiche dei soggetti contattati soprattutto in seguito al lavoro da strada e quindi di quella

fascia di tossicodipendenti che non si rivolgono ai Ser.T.. La raccolta di questi dati e la possibilità di affinare ulteriormente l'analisi sulle nuove tipologie di "utenza" sono inserite nel programma, non ancora completato, di informatizzazione regionale volto anche ad una maggiore stratificazione delle informazioni per contatto, sesso, nazionalità, residenza, sostanze e abuso, modalità di assunzione, rapporto con Ser.T. e comunità terapeutiche, situazione abitativa, test HIV ed epatite C, siringhe distribuite e scambiate, preservativi distribuiti ed altro. Gli utenti Ser.T. sono stati nel '99 7.368, Il numero medio di utenti è stato di 238 soggetti. La percentuale della popolazione femminile è nettamente minoritaria rispetto a quella maschile (12,2%). Gli utenti distribuiti per sostanze d'abuso sono stati rispettivamente per l'eroina l'86%, cannabinoidi 8,5%, cocaina 3,1%, altro 2,4%. Gli utenti distribuiti per tipo di trattamento psicosociale e/o riabilitativo sono stati il 32,8%, per interventi con metadone a breve termine il 10,2%, per metadone a medio termine il 17,1%, a lungo termine il 30,7%, totale metadone il 57,9%; Naltrexone il 4,2, Clonidina il 1,5%, altri farmaci il 3,6%, totale farmacologico il 67,2%. Il numero di utenti delle strutture socio – riabilitative è stato 965.

La rete dei servizi

Il numero dei Ser.T. operanti è pari a 45, le strutture operative degli Enti ausiliari non residenziali sono 21, le semi-residenziali 9, le residenziali 22 e 2 unità di strada. Il personale assegnato ai Ser.T. è di 423 unità a tempo pieno oltre a 43 unità a tempo parziale. I medici sono 88 a tempo pieno, 11 a tempo parziale, 26 a convenzione. Gli psicologi sono 68 a tempo pieno e 9 a tempo parziale. Gli operatori socio-sanitari sono 211 a tempo pieno, 10 a tempo parziale e 3 a convenzione. Il personale amministrativo è di 56 unità a tempo pieno e 13 a tempo parziale.

La gestione del Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga (esercizi finanziari 1997-99)

Con DGRC n. 9273/99 sono state acquisite le quote relative al "Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga ", triennio 97/99, ed attivate le procedure del Bando di concorso. E' in corso la valutazione dei progetti presentati degli Enti aventi diritto.

L'applicazione dell'Accordo Stato-Regioni del 21 gennaio 1999 e del 5 agosto 1999

E' stato costituito il gruppo tecnico regionale per le tossicodipendenze che, nelle more del perfezionamento, ha lavorato per offrire un contributo di diverse esperienze territoriali e di rappresentazione delle esigenze emergenti. La Regione è pertanto nella fase conclusiva di recepimento della suddetta normativa.

I progetti regionali in corso

DGRC n.4643/99 Programma di formazione per insegnanti finalizzato ad incrementare, nell'ambito delle attività di lotta alla tossicodipendenza svolta nei Centri di informazione e consulenza della scuola (CIC), la trattazione delle problematiche connesse all'uso inadeguato e all'abuso di Alcool. DGRC n. 6584/98 Valutazione dell'efficacia degli interventi terapeutici dei tossicodipendenti.

I costi della Rete dei servizi

Le AA.SS.LL. della Regiuone hanno difficoltà a fornire i dati finanziari precisi in quanto non rilevano, al momento, le voci finanziarie distinte. I dati disponibili riguardano il personale dipendente (£.24.847.893.603), il funzionamento (£.3.514.341.000), gli Investimenti (£.255.000.000), le rette per le comunità terapeutiche (£.9.477.043.000), gli esami di laboratorio (£.2.288.777.000) e le altre tipologie di spesa (£.1.050.115.000), per un totale di £. 41.433.169.603.

Gli obiettivi per il 2000

Il servizio tossicodipendenze ed alcoolismo regionale si pone come obiettivo la realizzazione di un programma mirato all'ottimizzazione delle prestazioni dei Ser.T. e del privato sociale in collaborazione con la rete territoriale. L'obiettivo principale riguarda la prevenzione, in particolare rivolta alle fascie giovanili, che per il sopraggiungere delle nuove droghe sono maggiormente a rischio. In questo ambito è stata attivata l'adesione al progetto dell'Istituto Superiore della Sanità sulle "nuove droghe". Nella stessa ottica, è prevista l'attivazione di un programma di formazione sulle nuove droghe per operatori socio-sanitari e per gli operatori delle discoteche.

Regione Puglia

L'andamento del fenomeno delle tossicodipendenze

Il trend del fenomeno delle tossicodipendenze in ambito regionale evidenzia un aumento significativo di utenti dei servizi che in percentuale risulta del 20% circa. Si conferma la tendenza manifestata in precedenza dell'innalzamento nell'età dei soggetti che si rivolgono ai servizi (circa 25 anni). L'eroina resta la sostanza d'abuso assunta in via primaria, per via endovenosa (oltre l'80%), seguita dai cannabinoidi , la sostanza d'abuso secondaria resta prevalentemente la cocaina. Un aumento significativo dell'abuso di alcol si registra soprattutto nelle fasce d'età giovanili, spesso associato al consumo, similmente aumentato in detti soggetti, di sigarette. 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'alcool. I dati disponibili riguardano la rilevazione dell'utenza dei Ser.T. del territorio regionale distribuita per fascia di età. Per quanto riguarda il fenomeno dell'alcoldipendenza, il numero complessivo di utenti che si è rivolto ai servizi è stato di 11.450, con un afflusso prevalente, nella provincia di Bari, seguita dalle zone di Lecce, Foggia, Brindisi e Taranto; il sesso maschile rappresenta circa l'80% dell'utenza interessata.

La rete dei servizi

Con la legge regionale n. 27 del 6 settembre 1999 recante "Istituzione e disciplina del dipartimento delle dipendenze patologiche nelle Aziende UU.SS.LL." è stata prevista, ma solo parzialmente attuata, la organizzazione dei Ser.T. in forma dipartimentale. Allo stato attuale il numero complessivo delle strutture operative dei servizi pubblici, nel territorio regionale è di 56. Il numero complessivo degli enti ausiliari è 65 di cui 23 iscritti all'albo regionale definitivo ai sensi dell'art.116 del D.P.R. 309/90, distribuiti in 12 di area residenziale pedagogico-riabilitativa, 9 di area residenziale terapeutico-riabilitativa e 2 di area territoriale. Il sistema di rete, fra pubblico e privato, si sta progressivamente avviando, soprattutto nell'ambito della realizzazione congiunta dei progetti ex art. 127 del Dpr 309/90. Con LR n. 22 del 9/9/1996 sono stati definiti i criteri per l'iscrizione all'Albo regionale dei servizi privati di assistenza ai tossicodipendenti. Detta legge prevede entro un triennio l'adeguamento per le strutture dotate di iscrizione provvisoria ai requisiti previsti on D.M. del 1993.

I provvedimenti regionali più significativi

Legge regionale 6 Settembre 1999 n. 27 "Istituzione e disciplina del Dipartimento delle dipendenze patologiche nelle Aziende UU.SS.LL.". Delibera Giunta Regionale n. 1408 del 29/9/99 " Legge 18/2/99 n. 5 – Proposta al Consiglio regionale del Regolamento regionale – Criteri e modalità per il finanziamento regionale dei progetti di lotta alla droga".

La gestione del Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga (esercizi finanziari 1997-99)

La quota del Fondo a disposizione della Regione per gli anni '97, '98 e '99 ammonta complessivamente a £.40.858.710.000. Si è provveduto ad acquisire la quota del Fondo, ad apportare la conseguente variazione al bilancio regionale e a predisporre il regolamento recante i "Criteri e modalità per il finanziamento regionale dei progetti di lotta alla droga".

L'applicazione dell'Accordo Stato-Regioni del 21 gennaio 1999

Non sono stati adottati atti formali di recepimento dell'accordo Stato-Regioni del 21 gennaio 1999.

L'applicazione dell'Accordo Stato-Regioni del 5 agosto 1999

In attesa del recepimento dell'Atto di Intesa del 5 agosto 1999 nel regolamento regionale, sono stati notificati alle Aziende sanitarie i nuovi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso.

I progetti regionali in corso

Partecipazione al progetto " VEdeTTE" e agli altri progetti finanziati dal Ministero della Sanità a valere sul Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga 1997- 98- 99 (formazione medici

di medicina generale, valutazione costi degli interventi socio-sanitari nei Ser.T.).

I costi della Rete dei servizi

E' in corso di elaborazione un'analisi dei costi complessivi della rete dei servizi, sia per quanto riguarda le strutture pubbliche, sia per quanto riguarda la spesa per l'inserimento di utenti nelle comunità terapeutiche.

Gli obiettivi per il 2000

Gli obiettivi da conseguire nel corso del 2000 vanno principalmente ricondotti all'esigenza di completare la rete integrata dei servizi pubblici e privati per le tossicodipendenze sia mediante la copertura dei posti delle piante organiche dei Ser.T., sia con l'iscrizione delle comunità terapeutiche nell'albo regionale ex DPR 309/90. Nell'ambito degli obiettivi primari di salute previsti dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 è in atto un'azione continuativa di educazione sanitaria attraverso interventi multidisciplinari di tipo preventivo, dissuasivo ed educativo (alimentazione, fumo, alcol, attività fisica). Si impone, ad ogni modo, la necessità di riservare sempre maggiore attenzione ad un contesto di frontiera con l'Est in cui l'espansione della criminalità organizzata fa da detonatore ad un ingresso incontrollato di sostanze d'abuso nel territorio regionale e nazionale, rendendo il compito regionale ben più impegnativo che in passato.

Regione Basilicata

L'andamento del fenomeno delle tossicodipendenze

L'utenza complessiva dei Ser.T. è stata di 561 soggetti, dei quali 164 inviati in comunità terapeutiche. L'utenza media per Servizio è stata di 93,5 casi. Gli utenti dei Ser.T., articolati per fasce di età, sono stati nella classe <15 anni lo 0%, 15-19 anni il 2%, 20-24 anni il 19,2%, 25-29 anni il 33,9%, 30-34 anni il 27,1%, 35-39 anni il 13,2% e >39 anni il 4,6%. Le sostanze d'abuso primarie sono state l'eroina nel 74,2% dei casi, l'alcool ne 16,5%, i cannabinoidi 7,4%. La nuova utenza femminile è minore (16 casi) rispetto alla nuova utenza maschile (164 casi), con una media di 2,6 femmine e 27,3 maschi. In relazione alle fasce di età si riscontra la percentuale più alta in quella compresa fra i 25 ed i 29 anni (circa 40% sull'utenza totale), mentre quella più bassa è compresa nella fascia di età 15-19 (2%). I Ser.T. con maggior numero di utenti sono quelli di Matera, Potenza, Melfi e Policoro (Montalbano), aree con influenze dalle Regioni contigue come Puglia e Campania. Ciò potrebbe spiegare la maggiore diffusione del fenomeno in aree meno densamente popolate rispetto al capoluogo di Regione, geograficamente meno esposto ai flussi del traffico di sostanze stupefacenti.

La rete dei servizi

Sono presenti 5 Ser.T. con 11 medici, 14 infermieri professionali, 13 psicologi, 11 assistenti sociali, 4 educatori, 1 amministrativo, 3 sociologi, 3 altre figure professionali, in totale 60 operatori. La situazione attuale presenta un quadro diverso e differenziato nei vari Ser.T.. In tutte le strutture si evidenzia la carenza di operatori di tipo amministrativo. Il rapporto medio personale/utenti è stato di 1/10,6. Nella Regione sono presenti 6 comunità terapeutiche. L'utenza delle comunità terapeutiche è stata di 85 soggetti di cui il 6% femmine e il 94% maschi.

I provvedimenti regionali più significativi

Nessuna segnalazione

La gestione del Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga (esercizi finanziari 1997-99)

Il Consiglio Regionale, con deliberazione n.1242 del 15/11/1999, ha approvato le direttive e le modalità di attuazione, a livello regionale, delle disposizioni di cui all'art.1- comma 2 - della Legge 45/99 riguardante il Fondo, destinato al finanziamento dei progetti triennali finalizzati alla prevenzione e al recupero delle tossicodipendenze e dell'alcooldipendenza correlata. Il suddetto provvedimento propone un modello di gestione del Fondo particolarmente innovativo sul piano organizzativo e gestionale del settore delle dipendenze e sicuramente più complesso ed articolato. Infatti, superando la logica di emergenza e dell'intervento settoriale ed occasionale, si propone di pervenire ad una modalità di programmazione coordinata tra i vari soggetti pubblici e privati e ad una integrazione degli interventi e competenze, garantendo, nel contempo, una equilibrata distribuzione delle risorse sul territorio. Con la citata D.C.R.1242/99 sono stati definiti, le modalità, i criteri e i termini per la presentazione dei Piani Territoriali Triennali d'intervento e dei relativi progetti esecutivi, la procedura per

l'erogazione dei finanziamenti, gli ambiti territoriali d'intervento per la definizione dei piani territoriali triennali, la tipologia dei progetti assunti come prioritari, la finalizzazione delle risorse, le priorità di finanziamento, i soggetti titolari dei progetti e le relative aree d'intervento. In particolare, la Regione ha individuato, entro i confini delle ASL, gli ambiti territoriali di intervento entro i quali, i soggetti previsti dalla Legge 45/99, hanno elaborato collegialmente i piani territoriali triennali di intervento articolati in progetti esecutivi annuali, e contestualmente ha provveduto alla assegnazione dei fondi disponibili agli stessi ambiti. Il coordinamento di tale attività è stato affidato alle ASL con il supporto tecnico professionale dei Ser.T.. Il Fondo assegnato alla Regione Basilicata, impegnato con determinazione dirigenziale n.02D1/99/D/472 del 9/12/1999, è stato così ripartito: 10% quota riservata alla Regione per progetti di interesse regionale; 90% tra gli ambiti territoriali, per la realizzazione dei piani territoriali di intervento. Entro 60 gg. dalla data di pubblicazione della D.C.R. n. 1242 del 15/11/99 i soggetti interessati presenteranno i piani territoriali di Intervento e i progetti esecutivi che saranno valutati, nel più breve tempo possibile, da un'apposita commissione.

L'applicazione dell'Accordo Stato-Regioni del 21 gennaio 1999

La Regione intende pervenire entro il 2000 alla definizione dei relativi provvedimenti di competenza e, a tal fine, sono state già avviate le trattazioni con i soggetti interessati.

L'applicazione dell'Accordo Stato-Regioni del 5 agosto 1999

La Regione intende pervenire entro il 2000 alla definizione dei relativi provvedimenti di competenza e, a tal fine, sono state già avviate le trattazioni con i soggetti interessati.

I progetti regionali in corso

Nessuna segnalazione

I costi della Rete dei servizi

Personale dipendente £.571.475.434, funzionamento £.37.500.000, rette per le comunità terapeutiche £.421.457.00, esami di laboratorio £.50.000.000, per un totale di £.570.829.589

Gli obiettivi per il 2000

L'applicazione degli Accordi Stato- Regioni del 21 gennaio e del 5 agosto 1999.

Regione Calabria

L'andamento del fenomeno delle tossicodipendenze

Gli utenti in trattamento presso i servizi pubblici (4.294), sono aumentati del 28% rispetto all'anno precedente. La fascia d'età più rappresentata fra i nuovi ingressi è quella compresa fra i 20 ed i 29 anni, mentre l'utenza già in carico rientra nella fascia 25-39 anni. I soggetti eroinomani costituiscono il 67% dell'utenza, si evidenzia una leggera flessione dell'uso primario di eroina ed un aumento dell'uso di cannabinoidi. 68 sono i soggetti trattati per uso di cocaina e 53 gli utenti che fanno uso secondario di droghe sintetiche. Sono in cura presso i Ser.T. 617 alcolisti.

La rete dei servizi

I servizi pubblici per le tossicodipendenze che operano sul territorio calabrese sono 16 e contano 152 operatori. Gli Enti ausiliari presenti sul territorio regionale in rapporto di convenzione con il SSR sono 18 con 24 sedi operative cosi organizzate: n° 335 posti residenziali - area terapeutica, n°43 posti residenziali - area pedagogica, n°105 posti semiresidenziali - area terapeutica, n°25 posti semiresidenziali - area pedagogica.

I provvedimenti regionali più significativi

Sono stati attivati alcuni progetti ritenuti rilevanti sia nell'ambito della prevenzione, che del recupero ed inserimento sociale e lavorativo. Unità di strada, screening HBA-HBC-HCV e vaccinazioni antiepatite virale A e B dei tossicodipendenti e dei loro partners sessuali stabili arruolati presso i Ser.T. della Calabria. Symbios, progetto 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. LINEA VERDE DROGA, servizio a carattere regionale di informazione, prevenzione, orientamento e ascolto.

La gestione del Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga (esercizi finanziari 1997-99)

Con provvedimento n°430 del 30 novembre 1999 è stata emanata una circolare contenente gli adempimenti necessari per accedere al Fondo, delegando alle AA SS LL il compito di valutare i progetti e di redigere singoli piani territoriali. Contestualmente, i finanziamenti sono stati ripartiti per ASL sulla base della

popolazione residente e dell'utenza dei Ser.T.. Attualmente sono in fase di valutazione i piani territoriali ed al termine di tale attività verranno erogati i finanziamenti.

L'applicazione dell'Accordo Stato-Regioni del 21 gennaio 1999

La Regione Calabria ha recepito, con delibera di G.R. n°2170 del 3 giugno 1999, l'Accordo Stato-Regioni per la riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti, ed ha istituito in ogni ASL il Dipartimento delle Dipendenze.

L'applicazione dell'Accordo Stato-Regioni del 5 agosto 1999

Sarà approvata nel prossimo anno una deliberazione concernente "Linee di indirizzo per l'autorizzazione al funzionamento dei servizi privati di assistenza alla persona dipendenti da sostanze d'abuso", in applicazione alla legge 45 del 18 febbraio 1999.

I progetti regionali in corso

I due progetti che la Regione ha avuto finanziati dal Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga, sono in fase di organizzazione. Il primo progetto - Diagnosi e protocolli terapeutici di assistenza al tossicodipendente è rivolto ai medici dei Ser.T. e delle Comunità terapeutiche. Il secondo progetto - Accoglienza telefonica, uno strumento diretto tra pubblico e servizio - è indirizzato ad operatori dei Ser.T. e delle comunità terapeutiche che svolgono attività di accoglienza.

I costi della Rete dei servizi

Allo stato attuale non si è in grado di quantizzare i costi della rete dei servizi.

Gli obiettivi per il 2000

In merito agli obiettivi, che la Regione ha definito per l'anno 1999, sono ritenuti prioritarie le azioni per la predisposizione di strumenti di verifica, *in relazione alla gestione* dei finanziamenti, del Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga, anni 1996-1997/99, l'elaborazione dei criteri di accreditamento per le strutture pubbliche e private di assistenza ai tossicodipendenti, la verifica delle attività svolte dalle Unità di strada e la loro sperimentazione in altre aree della regione, il piano di intervento in materia di alcooldipendenze e l'organizzazione e gestione dei progetti di formazione .

Regione Sicilia

L'andamento del fenomeno delle tossicodipendenze

Dalle prime analisi risulta che gli utenti in carico presso i Ser.T. della Regione sono pari a 8.982, di cui 2.669 nuovi utenti e 6.313 vecchi utenti. Per quanto riguarda la sostanza d'abuso primaria, l'86,5% fa uso di eroina, l'8,9% di cannabinoidi, il 3,1% di cocaina e l'1,6% di altre sostanze. Il rapporto maschi/femmine è di 10,7.

La rete dei servizi

La rete dei servizi è costituita da 52 Ser.T. e da 22 enti ausiliari iscritti all'albo regionale. Al predetto albo risultano iscritte 25 comunità terapeutiche residenziali e 5 semiresidenziali.

I provvedimenti regionali più significativi

Nell'anno in questione, nell'ambito dell'attività di gestione della quota (1996) del Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga trasferita alla Regione sono stati emanati 87 provvedimenti di approvazione e finanziamento presentati da enti pubblici e privati. Inoltre, sono stati emanati 6 decreti di iscrizione all' albo regionale degli enti ausiliari.

La gestione del Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga (esercizi finanziari 1997-99)

Nessuna informazione

L'applicazione dell'Accordo Stato-Regioni del 21 gennaio 1999

Poiché l'adozione dell'uno o dell'altro modello dipartimentale (tecnico-funzionale o strutturato) compete all'amministrazione regionale, anche alla luce del decreto legislativo 229/1999, è in corso un approfondito esame delle esigenze specifiche del territorio regionale, sulla base delle caratteristiche della domanda *assistenziale* e della *tipologia dell'offerta*.

L'applicazione dell'Accordo Stato-Regioni del 5 agosto 1999

E' in corso una valutazione e un approfondito studio dell'accordo Stato-Regioni, al fine di delinearne le modalità di applicazione nel territorio regionale, tenuto conto anche del decreto legislativo 229/1999 e considerato che non sono stati ancora determinati i requisiti generali per l'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private.

I progetti regionali in corso

In adesione al sotto-progetto finanziato al Ministero della Sanità, denominato "Studio multicentrico italiano di valutazione dell'efficacia degli interventi terapeutici sui tossicodipendenti", l'Osservatorio Epidemiologico Regionale ha proseguito la realizzazione del "Progetto VEdeTTE". Tale progetto consiste nello studio della valutazione di efficacia dei differenti interventi terapeutici adottati nei Ser.T. in termini di riduzione della mortalità per overdose e cause violente ed in termini di riduzione delle attività criminali connesse all'uso di droghe. Lo studio in questione è in fase di avanzata attuazione "con parametri in termini di numero di utenti arruolati e di schede di trattamento aperte" al di sopra della media nazionale. Si prevede che la definizione completa della fase di registrazione dei dati nei singoli servizi terminerà nella primavera del 2001.

E' stato approvato un programma di formazione per gli operatori pubblici e privati delle tossicodipendenze, da finanziare con la quota 1996 del Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga. Per la realizzazione del medesimo sono in corso contatti con il centro per la formazione permanente e l'aggiornamento del personale del servizio sanitario di Caltanissetta, istituito dalla legge regionale 30/1993).

I costi della Rete dei servizi

Sono stati spesi £.6.766.118.714 per rette alle comunità terapeutiche, delle quali £.6.529.759.725 per inserimenti residenziali.

Gli obiettivi per il 2000

Applicazione nel territorio regionale dell'accordo Stato-Regioni del 21.1.1999 ("Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti"). Adempimenti relativi all'applicazione nel territorio regionale dell'accordo Stato-Regioni del 5 agosto 1999 ("Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso"). Adempimenti ulteriori relativi alla gestione della quota 1996, 1997-1999 del Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga.

Regione Sardegna

L'andamento del fenomeno delle tossicodipendenze

Gli utenti dei Ser.T. della Sardegna sono stati 4.425, dei quali 475 femmine e 3.950 maschi. La distribuzione per classi di età mostra che 2 utenti avevano meno di 15 anni, 94 utenti tra 15-19 anni, 448 tra 20-24 anni, 1.217 tra i 25-29 anni, 1.265 tra i 30-34 anni, 893 tra 35-39 anni e 506 più di 39 anni. Gli utenti inviati in comunità terapeutica sono stati 677, dei quali 619 maschi e 58 femmine. Le sostanze di abuso primario sono state allucinogeni 1 utente, ecstasy 17 utenti, cannabinoidi 78, cocaina 38, eroina 4.08. Dei 4.096 trattamenti attivati, sono stati di tipo psicosociale 1.421, psicologico 658, psicoterapeutico 1.050. I 2.857 trattamenti farmacologici attivati si ripartiscono rispettivamente in 464 a breve termine, 586 a medio termine e 1.797 a lungo termine.

La rete dei servizi

Nella Regione non sono stati ancora costituiti i dipartimenti. Sono operanti n. 14 Ser.T. e risultano iscritte all'Albo degli Enti ausiliari n. 16 comunità terapeutiche.

Il personale in servizio nei 14 Ser.T. è di 227 unità articolate in 57 medici, 61 infermieri, 44 psicologi, 24 assistenti sociali, 11 educatori, 13 amministrativi e 17 di altro profilo. I 243 operatori in servizio nelle 16 comunità terapeutiche è articolato in 16 medici, 32 psicologi , 6 sociologi, 7 assistenti sociali, 12 infermieri, 34 educatori, 22 pedagogisti, 38 animatori, 29 maestri artigiani, 11 amministrativi e 36 di altri profili.

I provvedimenti regionali più significativi

Nessuna segnalazione

La gestione del Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga (esercizi finanziari 1997-99)

Gli adempimenti saranno svolti nel prossimo anno

L'applicazione dell'Accordo Stato-Regioni del 21 gennaio 1999

L'applicazione dell'accordo Stato-Regioni del 21 gennaio 1999 comporta la modifica della Legge Regionale di istituzione delle Aziende Usl. Finora e' stato impossibile attivarsi per la creazione dei dipartimenti. Di contro, il settore ha provveduto alla elaborazione della rete dei servizi di contrasto all'alcolismo. Tale

provvedimento sarà posto all'attenzione della Giunta Regionale a breve.

L'applicazione dell'Accordo Stato-Regioni del 5 agosto 1999

Ai fini dell'applicazione dell'accordo Stato-Regioni del 5 agosto 1999 e' stato costituito un gruppo misto Regione - coordinamento comunità terapeutiche. Tale gruppo sta lavorando già da 2 mesi con riunioni a cadenza settimanale per predisporre i criteri di cui all'accordo. Entro il mese di maggio 2000 potrà essere predisposto il nuovo Atto di Intesa per la Regione.

I progetti regionali in corso

La Regione deve procedere all'attivazione della seconda annualità del corso di formazione per tutti gli operatori dei Ser.T., e all'attivazione di un progetto sulle nuove droghe che permetta una prima conoscenza del fenomeno nella Regione. Inoltre, partecipa ai due progetti promossi dal ministero della Sanita' sulla valutazione. E' prevista l'attivazione di due progetti sulla alcoldipendennza che hanno come obiettivi la formazione dei medici di medicina generale sulle tematiche legate all'alcoldipendenza e una campagna regionale di prevenzione che porti ad una diminuzione dei consumi.

I costi della Rete dei servizi

La Regione non e' in grado di stabilire i costi dei servizi pubblici poiche' all'interno delle Aziende Usl non viene fatta un'elaborazione dei centri di costo. I costi dei servizi privati (comunita' terapeutiche) ammontano a circa £.6.400.000.000 annue.

Gli obiettivi per il 2000

Nessuna informazione

L'erogazione delle risorse finanziarie del Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga

L' impiego delle risorse relative agli esercizi 1994-1995

Nel corso del 1999 è stata effettuata un'indagine presso tutte le Amministrazioni centrali, territoriali e locali alle quali sono state assegnate risorse finanziarie del Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga relative agli esercizi 1994 e 1995 per la realizzazione di progetti di prevenzione e recupero dalle tossicodipendenze.

E' necessario ricordare che, a causa dell'incertezza normativa derivante dalla mancata conversione in legge (per 26 volte) del decreto legge n. 226 del 14 luglio 1973, concernente l'attuazione del DPR n. 309 del 1990 e della emanazione di una legge di sanatoria (legge 28 marzo 1997, n. 86), le risorse finanziarie relative ai predetti esercizi sono state erogate nel 1996 (Amministrazioni statali e Regioni), nel 1997 (ASL e Enti locali) e nel 1998 (Organizzazioni del privato sociale tramite le Prefetture).

Comuni

Con le risorse relative agli esercizi 1994 e 1995, sono stati finanziati 1.863 progetti presentati da Comuni, per un importo pari a 131,4 miliardi di lire.

I dati di cui si dispone sono riferiti a 934 progetti (50,1% del totale), per un finanziamento pari a 57, 4 miliardi di lire (43,7% del totale). Di questi progetti 788 (84,4%) sono stati portati a termine, con l'impiego dell'83,1% delle risorse assegnate; 105 progetti (11,2%) sono in corso di realizzazione (11,3% delle risorse); 41 progetti (4,4%) non saranno realizzati (per revoca del finanziamento o perché allo stesso si è rinunciato, o per minori spese rispetto alle previsioni).

Aziende Sanitarie Locali (ASL)

Con le risorse relative agli esercizi 1994 e 1995, sono stati finanziati 538 progetti presentati dalle ASL, per un importo complessivo di 41,4 miliardi di lire.

I dati di cui si dispone sono riferiti a 279 progetti (51,9% del totale), per un finanziamento di 21,9 miliardi di lire (52,9% del totale). Sono già stati realizzati 206 progetti (73,8%), impiegando il 76,3% delle risorse assegnate; 60 progetti (21,5%) sono in corso di realizzazione (17,4% delle risorse); 13 progetti (4,7%) non saranno realizzati (per revoca del finanziamento o perché allo stesso si è rinunciato, o per minori spese rispetto alle previsioni).

Regioni

Nei due esercizi considerati, sono stati finanziati 158 progetti presentati dalle Regioni, per un importo complessivo di 15,8 miliardi di lire.

Sono disponibili i dati per tutti i progetti finanziati. Sono già stati realizzati 86 progetti (54,4%), con l'impiego del 50% delle risorse assegnate; 55 progetti (34,8%) sono in corso di realizzazione (27,2% delle risorse); 17 progetti non saranno realizzati (per revoca del finanziamento o perché allo stesso si è rinunciato, o per minori spese rispetto alle previsioni).

Organizzazioni del privato sociale

Sono stati finanziati nei due esercizi 900 progetti presentati dalle Organizzazioni del privato sociale, per un importo complessivo di 96,7 miliardi di lire.

I dati di cui si dispone sono riferiti a 644 progetti (71,6% del totale), per un finanziamento di 71,1 miliardi di lire (73,5%). Sono già stati realizzati 493 progetti (76,6%), impiegando il 78,3% delle risorse assegnate; 120 progetti (18,6%) sono in corso di realizzazione (19% delle risorse); 31 progetti (4,8%) non saranno realizzati (per revoca del finanziamento o perché allo stesso si è rinunciato, o per minori spese rispetto alle previsioni).

Amministrazioni statali
Sono stati finanziati nei due esercizi 112 progetti presentati dalle Amministrazioni statali, per un importo complessivo di 96,5 miliardi di lire.

I dati di cui si dispone sono riferiti a 67 progetti (59,8% del totale), per un finanziamento di 84,5 miliardi di lire (87,6%). Sono già stati realizzati 40 progetti (59,7%), con l'impiego del 68,5% delle risorse assegnate; 9 progetti (13,4%) sono in corso di realizzazione (18,6% delle risorse; 18 progetti (26,9%) non saranno realizzati (per revoca del finanziamento o perché allo stesso si è rinunciato, o per minori spese rispetto alle previsioni).

Nella prossima Relazione al Parlamento si darà conto dei risultati definitivi dell'indagine, che comprenderà anche la "gestione" delle risorse finanziarie del Fondo relative all'esercizio 1996.

La ripartizione delle risorse alle Regioni per gli esercizi 1997, 1998 e 1999
L'attività istruttoria per il finanziamento di progetti di prevenzione, recupero e reinserimento sociale dei tossicodipendenti è stata svolta, in questo caso, direttamente dalle Regioni.

Infatti, con decreto del Ministro per la solidarietà sociale del 1° giugno 1999 è stato disposto il trasferimento alle Regioni del 75% delle risorse del Fondo nazionale di intervento della lotta alla droga relative agli esercizi finanziari 1997, 1998 e 1999 (476,2 miliardi di lire), da utilizzare per il finanziamento di progetti triennali di prevenzione, recupero e reinserimento lavorativo e sociale dei tossicodipendenti presentati da Comuni, ASL e Organizzazioni del "privato sociale".

Con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri in data 10 settembre 1999 è stato emanato l'Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni sui criteri generali per la valutazione ed il finanziamento dei progetti medesimi.

Entro il 31.12.1999 le Regioni che hanno provveduto a svolgere gli adempimenti relativi alla definizione dei criteri e delle modalità di presentazione e di finanziamento dei progetti sono state l'Abruzzo, la Basilicata la Provincia Autonoma di Bolzano, la Calabria, l'Emilia-Romagna, il Friuli-Venezia Giulia, il Lazio, la Liguria, la Lombardia, le Marche, il Molise, il Piemonte, la Toscana, l'Umbria ed il Veneto.

Quelle che hanno acquisito le quote del Fondo 1997~1999 (con variazioni di bilancio), sono state l'Abruzzo, la Basilicata, la Calabria, la Campania, l'Emilia-Romagna, il Friuli-Venezia-Giulia, il Lazio, la Liguria, la Lombardia, le Marche, il Molise, il Piemonte, la Puglia, la Toscana, l'Umbria, la Valle d'Aosta ed il Veneto.

Mentre le Regioni che hanno concluso l'iter amministrativo con l'approvazione ed il finanziamento dei progetti presentati sono la Liguria, la Toscana ed il Veneto.

Alcune Regioni come la Lombardia e la Provincia Autonoma di Bolzano hanno concluso la procedura amministrativa in parte nel 1999 ed in parte nel 2000.

Complessivamente, i risultati del primo anno di applicazione della normativa di "regionalizzazione" del Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga si possono ritenere moderatamente positivi, considerato che la legge n.45 è entrata in vigore nel marzo 1999 e che preliminarmente al trasferimento delle risorse finanziarie il Dipartimento ha dovuto adottare numerosi provvedimenti attuativi della legge, il cui iter ha comportato lunghi tempi (fra gli altri, l'Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni, la registrazione del decreto del Ministro per la solidarietà sociale di trasferimento alle Regioni del 75% delle risorse del Fondo, etc).

Va, inoltre, rilevato che i tempi tecnici necessari per svolgere gli adempimenti a carico delle Regioni (audizione degli enti locali, delle organizzazioni del volontariato e delle cooperative del privato sociale; definizione dei criteri e delle modalità di presentazione e di finanziamento dei progetti; emissione dei relativi bandi; istituzione di apposite Commissioni Istruttorie; esame dei progetti etc.) sono necessariamente lunghi.

La ripartizione delle risorse alle Amministrazioni dello Stato per gli esercizi 1997-1999

Di seguito vengono riportate le attività istruttorie svolte dalle Amministrazioni dello Stato (Difesa, Giustizia, Interno, Lavoro e Previdenza Sociale, Pubblica Istruzione e Sanità) nel 1999 (es. 1997~1999) per il finanziamento di progetti di prevenzione, recupero e reinserimento sociale dei tossicodipendenti, promossi e coordinati dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per gli Affari Sociali.

Con decreti del Ministro per la solidarietà sociale del 5 ottobre 1999 sono stati approvati i progetti triennali finalizzati alla prevenzione ed al recupero dalle tossicodipendenze promossi e coordinati dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per gli Affari Sociali d'intesa con le Amministrazioni interessate (133, 7 miliardi di lire).

Entro il 31.12.1999 tutte le Amministrazioni hanno assunto i relativi impegni di spesa, ad eccezione per una piccola quota, del Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per la Documentazione che, relativamente ad un progetto, a fronte di una quota di finanziamento di £1.500.000.000 ha assunto un impegno di spesa relativa all'esercizio finanziario 1997 per £ 417.000.000.

I risultati conseguiti si possono ritenere positivi, tenuto conto che i tempi tecnici necessari per svolgere gli adempimenti (emanazione dei decreti del Ministro per la solidarietà sociale di approvazione dei progetti; emanazione del decreto del Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica di variazione di bilancio; decreti di assunzione degli impegni di spesa delle Amministrazioni e relative registrazioni da parte dei competenti Uffici di bilancio e della Corte dei Conti) sono lunghi.

Il Dipartimento effettuerà verifiche amministrativo-contabili sulla corretta utilizzazione delle risorse. A tal fine, è stato sottoscritto un protocollo d'intesa con il Ministero del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione Economica – Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, Ispettorato Generale di Finanza per l'effettuazione di ispezioni presso la sede delle Amministrazioni beneficiarie dei finanziamenti.

Le caratteristiche dei progetti finanziati dalle Regioni e dalle Province Autonome nel 1999

Solo quattro Regioni ed una Provincia Autonoma hanno completato entro il 31 dicembre 1999, le procedure di valutazione e di finanziamento dei progetti presentati da Enti locali, ASL e Organizzazioni del "privato sociale" a valere sugli esercizi 1997~1999.

Rispetto a 476,2 miliardi di lire trasferite, sono state impegnate risorse finanziarie per 131 miliardi (27% del totale) e finanziati progetti per 126 miliardi di lire. I residui ammontano a £. 345 miliardi, pari al 73% delle risorse trasferite.

Nelle quattro Regioni e nella Provincia Autonoma che hanno completato il procedimento di finanziamento sono stati presentati 974 progetti, dei quali 481 (49%) si caratterizzano come "nuovi". Il 48% dei progetti presentati è stato finanziato integralmente, il 38% parzialmente, il 14% non è stato finanziato. Il 24% dei progetti finanziati è stato presentato dagli Enti locali, il 40% dalle ASL e il 36% dalle Organizzazioni del "privato sociale". Il 41% delle risorse erogate riguarda progetti di prevenzione primaria, il 22% programmi di organizzazione di strutture e servizi innovativi, il 18% programmi di reinserimento lavorativo, il 12% programmi di riduzione del danno. Seguono, con modesta incidenza, altre tipologie di progetti.

Rispetto alle finalità, si riscontra una frequenza più elevata dei i progetti di inclusione sociale e lavorativa (20%) e dei programmi integrati di prevenzione (19%). Seguono i programmi di informazione e sensibilizzazione (14%), di organizzazione di servizi sociali di primo intervento (12%) e di formazione (11%).

Le caratteristiche dei progetti finanziati alle Amministrazioni dello Stato nel 1999

Nel 1999 sono stati finanziati alle Amministrazioni dello Stato individuate dalla legge n. 45 n. 89 progetti di prevenzione e recupero dalle tossicodipendenze, impegnando 133,7 miliardi delle risorse finanziarie del Fondo

nazionale d'intervento per la lotta alla droga provenienti dagli esercizi 1997-1999. Il 45% circa dei progetti è stato presentato dal Ministero della Sanità, che ha assorbito il 21% delle risorse. L'importo medio per progetto finanziato al predetto Ministero è pari a circa 70 milioni, di contro ad un dato medio complessivo di 150 milioni di lire.

Il 17% dei progetti è stato presentato dal Ministero della Giustizia (27% delle risorse), il 15% dal Ministero dell'Interno (4,5% delle risorse), il 10% dal Ministero del Lavoro e Previdenza Sociale (8% delle risorse), il 9% dal Ministero della Pubblica Istruzione (35% delle risorse, importo medio per progetto di poco inferiore a 600 milioni di lire), il 4,4% dal Ministero della Difesa (4% delle risorse).

Circa il 40% dei progetti finanziati riguarda la realizzazione o l'aggiornamento di "sistemi di rilevazione e di valutazione dati", il 21% "programmi sperimentali di prevenzione", il 19% "formazione del personale", l'11% "programmi di educazione alla tutela della salute", l'8% "iniziative di informazione e di sensibilizzazione".

I rapporti con l'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze

L' attività del Punto Focale italiano Reitox

L'Osservatorio europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (OEDT), una delle 11 agenzie indipendenti della Comunità europea, è stato istituito in riposta al problema della droga ed alle richieste dell'opinione pubblica e delle istanze istituzionali per un quadro chiaro e preciso del fenomeno nell'Unione europea. L'OEDT, pienamente operativo dagli inizi del 1995, coordina una rete di 15 centri nazionali di informazione, o Punti Focali Nazionali, uno per ogni Stato membro. Insieme al Punto Focale della Commissione Europea, questi centri formano il "REITOX", la Rete Europea di Informazione sulle Droghe e le Tossicodipendenze.

Attraverso una rete di risorse umane e di sistemi informatici indipendenti, REITOX collega le istituzioni dell'Unione europea, i Paesi dell'Europa Centrale ed Orientale (PECO), le organizzazioni internazionali, i centri specializzati e le reti di informazione sulle droghe.

Ogni anno, per la stesura della Relazione annuale sulla evoluzione del problema delle droghe nell'Unione europea, i Punti Focali Nazionali raccolgono i dati forniti dalle strutture di controllo delle droghe nei rispettivi Paesi, nonché quelli provenienti dagli organi specializzati, governativi e non governativi, selezionati per collaborare con l'Osservatorio. I Punti Focali costituiscono la struttura portante del lavoro dell'Osservatorio.

Dal 1995, il Punto Focale Italiano Reitox ha operato attraverso il Centro generale di documentazione del Ministero dell'Interno. Dall'approvazione della legge 45/99 questo ruolo è stato trasferito al Dipartimento per gli Affari Sociali.

Ogni anno il Punto Focale Nazionale stipula un contratto con l'OEDT per definire le modalità di espletamento di diversi compiti chiave, di collaborazione con altri Punti Focali Nazionali e con i consulenti designati a svolgere progetti specifici per conto dell'OEDT. I principali compiti svolti nel 1999 sono stati:

- preparazione del Rapporto nazionale sulla situazione del problema droga in Italia e presentazione di informazioni epidemiologiche standardizzate;
- collaborazione al sistema informativo sulle attività di riduzione della domanda;
- implementazione dell'Azione Congiunta del 16 Giugno 1997 sulle nuove droghe sintetiche;
- implementazione degli indicatori epidemiologici di base.

Questi compiti prevedono un'implementazione consistente ed efficace e richiedono una vasta gamma di competenze professionali oltre che la collaborazione di organizzazioni pubbliche e private, al fine di raccogliere informazioni estremamente accurate, analizzarle e successivamente presentarle all'OEDT.

Il Punto Focale Italiano ha assicurato il coordinamento dei compiti principali a livello nazionale ed è stato il punto di contatto italiano per le comunicazioni con l'OEDT.

A livello nazionale, è stato istituito un gruppo di coordinamento REITOX composto da rappresentanti dei Ministeri competenti (Sanità, Interno, Difesa, Giustizia, Pubblica Istruzione) e del Coordinamento delle Regioni (ruolo svolto attualmente dalla Regione Veneto).

Il gruppo ha tenuto regolari riunioni al fine di concordare il programma di lavoro del Punto Focale, assegnare le responsabilità ed esaminare l'andamento dei lavori. Nel rispetto degli impegni nei confronti dell'OEDT, nel 1999 il Punto Focale ha intrapreso e realizzato diverse attività di seguito specificate.

Preparazione del Rapporto nazionale italiano sul problema droga
Il rapporto consta di cinque sezioni principali inerenti le linee politiche a livello nazionale, i sistemi di monitoraggio delle droghe, la situazione epidemiologica, gli interventi di riduzione della domanda e le tematiche speciali.

Nel 1999, le tematiche speciali sono state "Eroina, Metadone e Trattamenti Sostitutivi", "Legislazione, Trattamenti Diversivi e Misure Alternative al Carcere" e "Donne, Bambini ed Abuso di Droga".

Tra le questioni trattate nel rapporto vanno citate le implicazioni della legge 45/99, l'inclusione per la prima volta della questione della riduzione del danno come uno degli obiettivi della politica nazionale, nonché il ruolo del Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga nel promuovere gli interventi per la riduzione della domanda.

Nel rapporto, inoltre, sono state messe in evidenza da un lato le lacune esistenti in Italia in tema di informazione, dall'altro gli sforzi che si stanno compiendo per realizzare un sistema che colmi queste carenze. In particolare, è stata segnalata la mancanza di indagini recenti sulla popolazione generale in tema di droga, nonostante siano stati effettuati diversi studi a livello locale e a carattere nazionale su un campione di popolazione giovanile presente nelle scuole superiori. E' stata stigmatizzata la carenza di studi sulla popolazione immigrata, con dati specifici riferenti il sesso e l'etnia.

D'altra parte, il rapporto ha messo in evidenza la diversità dei programmi di trattamento esistenti in Italia, spesso finanziati attraverso il Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga e la disponibilità di strutture legislative ed operative di supporto ai programmi di trattamento, riabilitazione e reinserimento sociale.

Presentazione all'OEDT di informazioni epidemiologiche standardizzate
I dati epidemiologici sono stati forniti sulla base delle informazioni provenienti dal Ministero della Sanità e dal Ministero dell'Interno e riguardano le indagini sulla popolazione studentesca, la domanda di trattamento, le malattie infettive correlate all'uso di droga, i decessi direttamente ed indirettamente correlati all'uso di droga, i sequestri di sostanze stupefacenti, gli arresti effettuati per reati di droga e le segnalazioni alle Prefetture di soggetti presunti utilizzatori di sostanze illegali. Come già osservato, non tutti i dati richiesti dall'OEDT sono attualmente disponibili in Italia.

Collaborazione con il Sistema Informativo sulle attività di riduzione della domanda
Questo sistema informativo (EDDRA) è costituito da una banca dati, accessibile attraverso il sito Internet dell'OEDT, contenente informazioni dettagliate sulle attività finalizzate alla riduzione della domanda di droghe nell'Unione europea. L'EDDRA risponde alle esigenze informative dei medici e dei responsabili della pianificazione e dell'attuazione di attività dirette alla riduzione della domanda e contiene informazioni sui programmi realizzati in tale settore negli Stati membri. E' in corso di implementazione la seconda fase del sistema EDDRA in Italia.

Per quanto riguarda i progetti o programmi di riduzione della domanda da proporre per l'inserimento nel sistema EDDRA, è necessario che questi rispettino una serie di criteri di ammissione. In particolare, devono aver definito obiettivi generali e specifici ed inoltre effettuare una valutazione a livello quantitativo e qualitativo sull'impatto generato dall'intervento a fronte della situazione osservata precedentemente e successivamente all'intervento.

Questo approccio, pur presentando limitazioni al numero dei progetti che possono essere inseriti nel sistema, garantisce la presa in carico di interventi documentati e quindi utilizzabili ai fini della diffusione dell'informazione. Sinora sono stati inseriti solo pochi progetti italiani nel data base di EDDRA, altri sono stati presentati ai fini dell'ammissione.

Implementazione dell'Azione Congiunta del 16 Giugno 1997 sulle "nuove droghe sintetiche"

In base alle disposizioni dell'Azione Comune adottata ufficialmente a Bruxelles dal Consiglio dell'Unione europea, L'OEDT ha assunto un ruolo chiave nell'individuazione e nella valutazione delle nuove droghe sintetiche nell'Unione europea.

L'Azione Comune istituisce un dispositivo che individua le nuove droghe sintetiche, offre un meccanismo per la valutazione dei rischi connessi all'assunzione e attiva il processo per l'adozione di decisioni riguardanti il controllo di tali prodotti negli Stati membri dell'UE. L'Istituto Superiore di Sanità collabora con il Punto Focale per coordinare l'implementazione dell'azione congiunta in Italia tra le diverse organizzazioni ed istituzioni che hanno un ruolo in questa attività.

L'Italia è stata coinvolta in due situazioni di valutazione dei rischi delle nuove droghe sintetiche (MBDB e 4-MTA). Ha inoltre contribuito alla predisposizione delle "linee guida per la valutazione dei rischi delle nuove droghe sintetiche" dell'OEDT. Il volume è stato pubblicato nel mese di Agosto 1999.

Il funzionamento dell'Azione Congiunta in Italia necessita dello sviluppo di una rete consistente d'informatori, onde identificare precocemente le nuove droghe emergenti e consentire quindi un intervento preventivo efficace. Non è stato sempre facile realizzare questo obiettivo e si stanno compiendo tutti gli sforzi necessari per instaurare una rete stabile ed attiva di collaboratori.

Nell'esprimere un giudizio sul sistema, l'Italia ha segnalato l'esistenza di due problemi principali, che necessitano di particolare attenzione.

Il primo riguarda la disponibilità d'informazioni scientifiche a seguito dell'identificazione di una nuova droga. E' importante che il sistema agisca come dispositivo di segnalazione tempestiva delle nuove droghe, che effettui un'attività continuativa di segnalazione degli eventuali casi, che realizzi un'analisi scientifica ed una valutazione del rischio prima che qualsiasi misura di controllo a livello europeo venga proposta.

Il secondo problema non riguarda solo le droghe sintetiche emergenti, ma anche l'introduzione di nuovi tipi di preparazione rispetto a droghe già conosciute, o l'introduzione di una droga in un Paese dove in precedenza non era disponibile, malgrado l'uso di quella sostanza fosse già stato riscontrato in altri Paesi membri.

Il sistema di rilevazione delle nuove droghe sintetiche deve, perciò, offrire uno strumento per instaurare una rete di contatti a livello nazionale, al fine di condividere e rendere costruttive le esperienze acquisite.

Implementazione degli indicatori epidemiologici di base

L'OEDT sta sviluppando un insieme di indicatori epidemiologici che consentano la standardizzazione e la comparabilità dell'informazione sul consumo di droga nell'Unione europea. I cinque indicatori riguardano:

- la domanda di trattamento dei consumatori di droga;
- i decessi causati dalla droga ed il tasso di mortalità tra i consumatori;
- le malattie infettive tra i consumatori di droga per via endovenosa;
- l'uso di droga nella popolazione;
- la valutazione della prevalenza dei problemi causati dall'uso di droga.

I dati forniti dai SerT e dal Ministero della Sanità comprendono informazioni sulla domanda di trattamento e sulle malattie infettive. Si sta tentando di migliorare ulteriormente questi dati. La difficoltà risiede nella mancanza di'informazioni provenienti dai servizi socio-riabilitativi.

Attualmente, i dati riguardano unicamente il numero di tossicodipendenti che frequentano i servizi, le fasce d'età ed il sesso. Sono in via di sviluppo programmi per il miglioramento del sistema di raccolta dei dati, che potrà quindi fornire informazioni più consistenti e di

maggiore importanza a livello nazionale ed europeo.

Per quanto riguarda i decessi correlati alla droga, i soli dati attualmente disponibili sono quelli inerenti i decessi per overdose. Al momento, non sono disponibili i dati sui decessi non direttamente legati all'abuso di droga come gli incidenti o i decessi per AIDS. Nel corso dell'anno l'Italia ha collaborato in un progetto dell'OEDT coordinato dal Punto Focale Olandese per esaminare la fattibilità dell'implementazione di standard europei per la raccolta dei dati riguardanti i decessi correlati all'abuso di droga. E' in preparazione un piano nazionale di lavoro finalizzato a migliorare la raccolta di dati più completi in merito ai decessi droga-correlati.

In Italia non sono state svolte indagini sulla popolazione generale che fa uso di droga. L'Italia ha, comunque, partecipato ad una importante indagine europea sull'uso di droga tra la popolazione scolastica, che fornirà un modello rappresentativo dell'uso di droga tra questa popolazione relativamente al contesto nazionale; i risultati preliminari dello studio sono riportati nella parte degli approfondimenti della Relazione.

In aggiunta a ciò, il Punto Focale Italiano ha in programma di avviare un'indagine più ampia sulla popolazione generale al fine di fornire i dati di partenza sull'uso di droga.

Altre attività

Il Punto Focale ha collaborato alla realizzazione di diversi progetti coordinati da altri punti focali nazionali per conto dell'OEDT. Questi includono lo sviluppo di una biblioteca virtuale che è ora accessibile attraverso il sito web dell'OEDT ed un progetto riguardante il miglioramento della qualità e della comparabilità dei dati inerenti le modalità di trattamento.
Sono state attivate iniziative per garantire la diffusione del materiale dell'OEDT presso le organizzazioni pubbliche e private coinvolte e per costruire una rete di collaboratori in Italia in grado di fornire supporto al lavoro del Punto Focale.

Altre iniziative hanno riguardato lo sviluppo e la manutenzione del sito web del Punto Focale, che sarà "on line" tra breve. Oltre a fornire informazioni sull'OEDT e sul Punto focale, il sito conterrà un calendario delle riunioni regionali, nazionali ed internazionali, le pubblicazioni dell'OEDT e di altre organizzazioni. Il materiale potrà essere "scaricato", ci sarà inoltre l'opportunità di presentare informazioni da includere sul sito web, la possibilità di ricerca di partner o organizzazioni operanti in aree similari, circa 400 links con altre organizzazioni e links con data base dislocati in tutto il mondo, su cui si possono effettuare ricerche.

I progetti finanziati a supporto del Punto focale

Progetto: 01

Amministrazione	Ministero della Giustizia
Unità organica	Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria
Titolo	Osservatorio nazionale sul fenomeno della tossicodipendenza, HIV e sindromi correlate in ambito penitenziario.
Descrizione e obiettivo del progetto	La ricerca verte sull'esame dei protocolli terapeutici, sulle modalità di cure e assistenza e sui risultati raggiunti in termini di recupero della qualità della vita (salute e socialità) degli utenti mediante la verifica dell'evoluzione del percorso di tali soggetti una volta usciti dall'ambito della tutela istituzionale. L'indagine partendo da un target specifico, pertinente agli interessi dell'Osservatorio Nazionale, intende sperimentare strumenti quali banche dati relative all'iter penitenziario dei detenuti e l'attivazione di efficaci canali di comunicazione con il territorio (Servizio sociale, SerT, Comunità terapeutiche). L'obiettivo consiste in una verifica quantitativa e qualitativa dell'attività delle comunità terapeutiche che hanno in cura tossicodipendenti in esecuzione penale, sia detenuti (interventi all'interno degli Istituti penitenziari) che beneficiari di misure alternative.
Importo finanziato	£. 500.000.000

Progetto:02

Amministrazione	Ministero dell' Interno
Unità organica	Direzione Generale dei Servizi Civili
Titolo	Progetto sperimentale di organizzazione di un sistema di diffusione territoriale dell'informazione sulle droghe e tossicodipendenze.
Descrizione e obiettivo del progetto	Il Progetto è finalizzato a realizzare un sistema informativo di base per la rapida circolazione delle informazioni in materia di droga, attraverso il coordinamento dei flussi informativi esistenti, previa la loro selezione e standardizzazione. L'obiettivo è quello di conseguire nei settori preventivo-educativo, sanitario, socio-economico e repressivo uno scambio integrato di informazioni che offra un quadro conoscitivo più ampio possibile dei vari aspetti del fenomeno droga e che sia agevolmente accessibile alle Amministrazioni pubbliche interessate.
Importo finanziato	£. 1.500.000.000

Progetto:03

Amministrazione	Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale
Unità organica	Direzione Generale dell'Impiego
Titolo	Valutazione di iniziative di inserimento lavorativo e sociale delle persone tossicodipendenti.
Descrizione e obiettivo del progetto	Il progetto si articola in tre fasi: la prima, di durata semestrale, consiste in una rilevazione nazionale sul numero dei progetti di inserimento lavorativo finanziati sul Fondo nazionale di lotta alla droga negli esercizi finanziari 1997-98-99; la seconda, di durata bimestrale è dedicata alla formazione degli operatori ed alla ricerca sul campo; la terza fase riguarda l'elaborazione e la presentazione dei dati. Il progetto si propone di acquisire competenze ed informazioni sulle progettualità regionali dell'area relativa al reinserimento lavorativo negli esercizi finanziari 1997-98-99, mediante: 1) una ricerca su un campione significativo di livello multiregionale, attraverso la somministrazione di un questionario strutturato; 2) la definizione di standard progettuali da rilevare quantitativamente e qualitativamente; 3) la predisposizione di linee guida di report.
Importo finanziato	£. 3.106.000.000

Progetto:04

Amministrazione	Ministero della Pubblica Istruzione
Unità organica	Ispettorato per l'Educazione Fisica e Sportiva
Titolo	"Espad": Progetto di ricerca per gli anni 2000 2001 2002 sul fenomeno della tossicodipendenza.
Descrizione e obiettivo del progetto	Studio europeo promosso e coordinato dal Consiglio Svedese per l'informazione sull'alcool ed altre droghe (CAN) ed in collaborazione con il "Gruppo Pompidou" del Consiglio d'Europa. In Italia, la ricerca verte su un campione di scuole pubbliche selezionate su base provinciale. Il campione è stato selezionato allo scopo di rendere confrontabili i dati nazionali con quelli europei. Verrà distribuito un questionario nelle scuole superiori a circa 20.000 studenti, allo scopo di verificare il rapporto con l'uso/consumo di sigarette, il rapporto con l'uso/consumo di alcolici e con l'uso/consumo di sostanze stupefacenti. I dati dei questionari verranno elaborati dal CNR. Lo studio tende a valutare sia la dimensione della "popolazione nascosta" che fa uso di sostanze psicoattive, sia "i modelli a rapida evoluzione" del consumo di nuove sostanze.
Importo finanziato	£. 936.000.000

Progetto:05

Amministrazione	Ministero della Pubblica Istruzione
Unità organica	Ispettorato per l'Educazione Fisica e Sportiva
Titolo	Prevenzione primaria delle tossicodipendenze nelle aree svantaggiate di tre fra le città italiane ritenute più a rischio per la popolazione minorile.
Descrizione e obiettivo del progetto	Il progetto sperimentale prenderà in esame città o aree urbane non superiori a 500.000 abitanti (Torino, Napoli e Bari). L'iniziativa è attivata d'intesa con gli enti locali. e prevede l'istituzione di "sportelli sociali" di primo livello di intervento psicosociale e di un Centro di consulenza e sostegno terapeutico alle famiglie, verso il quale orientare interventi più strutturati. Il progetto si propone di svolgere interventi di prevenzione primaria per evitare il blocco evolutivo e la progressiva disorganizzazione e disgregazione del sistema umano in sofferenza.
Importo finanziato	£. 700.000.000

Progetto:06

Amministrazione	Ministero della Sanità
Unità organica	Dipartimento per la prevenzione
Titolo	Realizzazione di indicatori epidemiologici chiave
Descrizione e obiettivo del progetto	Il progetto prevede la realizzazione di 5 indicatori epidemiologici chiave relativi alle indagini sul consumo di droga sulla popolazione generale, alle stime di diffusione del consumo problematico di droga, alla domanda di trattamento di droga, ai decessi droga-correlati e alla mortalità e cause del decesso nei consumatori di droga. E' prevista una serie di attività che riguardano la redazione di un piano di lavoro che descriva i compiti necessari per la realizzazione di quanto previsto dalle linee-guida dell' OEDT, l'identificazione degli esperti e delle istituzioni coinvolte nella raccolta, l'analisi ed utilizzo delle informazioni sui singoli indicatori, la convocazione a livello del Punto Focale di un piccolo gruppo di lavoro nazionale di esperti, l'esame delle informazioni esistenti per quanto riguarda le indagini sulla popolazione (indagini a livello nazionale e regionale valutando il livello di confrontabilità con la serie di elementi informativi fondamentali dell'OEDT e le linee-guida), la partecipazione alla riunione annuale degli esperti e la redazione di un rapporto finale che descriva lo stadio di realizzazione del piano di lavoro. L'obiettivo del progetto è la concreta partecipazione dell'Italia al programma di standardizzazione degli indicatori epidemiologici chiave.
Importo finanziato	£. 250.000.000

Progetto:07

Amministrazione	Ministero della Sanità
Unità organica	Dipartimento per la prevenzione
Titolo	Sistema informativo sulle attività di riduzione della domanda di droghe
Descrizione e obiettivo del progetto	L'iniziativa progettuale prevede la creazione di un sistema informativo sull'attività di riduzione della domanda (EDDRA). Finalità del progetto è il supporto al Punto Focale nazionale nella raccolta delle informazioni sulle attività di riduzione della domanda in accordo al questionario EDDRA. Le attività da sviluppare riguardano la designazione di un coordinatore la realizzazione del sistema informativo, comunicandolo all'O.E.D.T., lo sviluppo di uno staff part-time per l'esecuzione dei compiti funzionali del sistema EDDRA, la costituzione e l'espansione le reti di fonti informative sulla riduzione della domanda (a livello nazionale, regionale e locale), il controllo e l'aggiornamento delle informazioni raccolte, la partecipazione alle riunioni di coordinamento EDDRA, la raccolta di informazioni secondo le indicazioni stabilite dal coordinamento europeo per mezzo del questionario EDDRA sui progetti di riduzione della domanda (che soddisfano i criteri di qualità EDDRA), nei diversi campi,la promozione e la pubblicizzazione del sistema informativo, la cooperazione con l'OEDT per il miglioramento del sistema EDDRA. L'obiettivo prevede la costruzione di una banca dati europea dei progetti di riduzione della domanda di droga.
Importo finanziato	£. 150.000.000

Progetto:08

Amministrazione	Ministero della Sanità
Unità organica	Dipartimento per la prevenzione
Titolo	Sistema di allerta rapida per le droghe sintetiche
Descrizione e obiettivo del progetto	Finalità del progetto è il supporto del Punto Focale nazionale nel consolidamento e miglioramento della realizzazione dell'Azione Congiunta del 16 giugno 1997 del Consiglio Europeo riguardo allo scambio di informazioni, alla valutazione del rischio ed al controllo delle nuove droghe sintetiche. In particolare, il progetto intende fornire informazioni sulla scoperta precoce e monitoraggio delle nuove droghe sintetiche, consolidare e migliorare i meccanismi per lo scambio di informazioni a livello nazionale (coordinamento, risorse principali, informazioni e procedure di scambio), migliorare, in collaborazione con l' OEDT, la rapidità e l'efficacia delle procedure di scambio. L'obiettivo riguarda la partecipazione al sistema di allerta rapida sulle droghe sintetiche ("Azione Congiunta" del giugno 1997).
Importo finanziato	£.. 200.000.000

Progetto:09

Amministrazione	Ministero della Sanità
Unità organica	Dipartimento per la prevenzione
Titolo	Implementazione di un sistema di monitoraggio dell' utenza dei servizi pubblici per le tossicodipendenze basato sull'utilizzo di standard europei
Descrizione e obiettivo del progetto	Finalità del progetto è realizzare gli obiettivi prioritari promossi dall'OEDT sulle persone sottoposte a trattamento per il consumo di droga negli Stati membri, secondo la metodologia standard contenuta nel protocollo comune EMCDDA - Gruppo Pompidou del Consiglio d'Europa. Tale protocollo indica i casi da notificare (definizione dei casi), le informazioni che devono essere raccolte per ciascun caso (elenco delle variabili individuali), le droghe da notificare, le definizioni di primo trattamento e di trattamento successivo (e quando devono essere notificati), la classificazione dei centri di trattamento che riportano i casi, le linee-guida per evitare il doppio conteggio, le linee-guida per riportare i risultati in forma standardizzata e le linee-guida sulle questioni etiche relative alla raccolta di dati individuali dei consumatori di droga ed alla tutela dei dati. L'applicazione di queste indicazioni comporta per l'Italia l'esigenza di una documentazione clinica nelle unità di trattamento, la registrazione in forma elettronica degli utenti che iniziano il trattamento nelle unità, la realizzazione di un sistema di trasmissione delle informazioni a livello locale, regionale o nazionale e la realizzazione di un sistema per evitare il doppio conteggio dei casi. Conseguentemente, sarà necessario sviluppare in tutte le unità di trattamento una dotazione elettronica compatibile con il sistema europeo, l'addestramento e la formazione continua del personale (sia per quanto riguarda le "tecniche informatiche" che l' epidemiologia delle tossicodipendenze), l'adeguamento dei sistemi regionali e il miglioramento della qualità dei dati raccolti. L'obiettivo è di fornire uno strumento semplice per effettuare indagini e verifiche su progetti di riduzione della domanda per disporre di dati aggiornati sulle attività non coperte dai tradizionali flussi informativi dello Stato e delle Regioni.
Importo finanz.	£. 4.000.000.000

Progetto:10

Amministrazione	Ministero della Sanità
Unità organica	Dipartimento per la prevenzione
Titolo	Sperimentazione di un sistema informatico per la raccolta dei dati individuali e il monitoraggio clinico dei pazienti utenti dei SerT. e degli Organismi del privato sociale.
Descrizione e obiettivo del progetto	Ampliando ed estendendo il campo di azione del progetto precedente, questa iniziativa vuole sperimentare un sistema di raccolta dei dati informativi basato su standard europei nelle realtà private, tradizionalmente meno propense alla raccolta delle informazioni di interesse epidemiologico e valutativo. Partendo dalle esperienze pregresse realizzate da alcune organizzazioni private e nel servizio pubblico, il progetto ha l'obiettivo di valutare la fattibilità di una diffusione di tali modelli ad altre organizzazioni impegnate nel campo delle tossicodipendenze (particolarmente in quelle afferenti alla gestione del privato sociale), con le rimodulazioni che si riveleranno necessarie.
Importo finanziato	£. 800.000.000

Progetto:11

Amministrazione	Ministero della Sanità
Unità organica	Dipartimento per la prevenzione
Titolo	Valutazione della diffusione delle patologie infettive correlate alle tossicodipendenze e all'uso di droghe
Descrizione e obiettivo del progetto	Il progetto è finalizzato ad implementare in Italia le indicazioni europee dell'OEDT in merito a questo ulteriore indicatore considerando i sistemi di sorveglianza specifici già presenti sia all'interno della rilevazione utenti SerT che del sistema di monitoraggio AIDS dell' ISS che di altri sistemi non centrati sull'HIV. Inoltre, indipendentemente dalle esigenze europee, esiste una necessità nazionale di standardizzazione dei dati, attualmente disponibili tramite fonti diverse, già in corso per quanto concerne i sistemi nazionali e regionali di sorveglianza HIV, il cui aspetto più delicato è il rispetto della privacy, previsto anche dalla legge n.135 del 1990. L'obiettivo consiste nel produrre linee di indirizzo per la rilevazione epidemiologica delle malattie infettive nei servizi pubblici e privati di assistenza.

Importo finanziato	£. 500.000.000

Progetto:12

Amministrazione	Ministero della Sanità
Unità organica	Dipartimento per la prevenzione
Titolo	Rete informativa sulle tossicodipendenze
Descrizione e obiettivo del progetto	Il progetto comporta la prosecuzione di una iniziativa già finanziata nell'esercizio finanziario 1996 al Ministero della sanità per la sperimentazione dell'uso di tecnologie elettroniche come strumento di diffusione di informazioni e conoscenze di interesse professionale tra il personale dei servizi. Il progetto nasce dalle esigenze di cultura in forma facilmente e rapidamente acquisibile,- tenuto conto dei carichi di lavoro clinico del territorio e dal desiderio degli esperti, dei ricercatori e delle istituzioni di trovare canali privilegiati di comunicazione con gli operatori, per una più facile ricaduta operativa del proprio lavoro. La implementazione del progetto ha coinvolto un primo gruppo "pilota", coordinato dalla Regione Veneto e composto da Sardegna, Abruzzo e Piemonte, che insieme al Ministero della sanità hanno costituito una bozza di "rivista virtuale" con una "redazione nazionale", dalla quale nasceranno varie redazioni locali, su specifici argomenti (epidemiologia, trattamenti, problemi giuridici e normativi, ecc.). Dal punto di vista del sistema di comunicazione, si utilizzano metodologie basate sulla creazione di pagine web e collegamenti telematici. Il progetto è coordinato con un'analoga iniziativa del Ministero dell'Interno. L'obiettivo consiste nel coordinamento e nella standardizzazione delle procedure di creazione e gestione delle banche-dati sui problemi di droga nei Paesi dell'U.E.
Importo finanziato	£. 700.000.000

Progetto:13

Amministrazione	Ministero della Sanità
Unità organica	Dipartimento per la prevenzione
Titolo	Standardizzazione dei flussi informativi sui decessi collegati all'uso di droghe
Descrizione e obiettivo del progetto	L'obiettivo generale del progetto è l'adeguamento alle linee-guida informative dell'OEDT sul numero e le caratteristiche delle persone decedute in conseguenza del consumo di droga, indicatore importante dell'impatto sulla salute e utile anche per il monitoraggio delle tendenze nell'uso problematico di droga. Il progetto si riferisce sia ai decessi "direttamente collegati al consumo di droga" sia al rischio di decesso per qualsiasi causa di soggetti consumatori di droga. Il progetto tiene conto, quindi, anche dei decessi indirettamente correlati all'uso di sostanze (p.e. causati dall'AIDS nei tossicodipendenti endovena) e di altri tipi di decessi che si riscontrano con maggiore frequenza nei tossicodipendenti rispetto alla popolazione generale (p.e. incidenti stradali o suicidi). Il progetto si sviluppa in due diversi settori con finalità complementari: l'utilizzo di registri e il follow-up di coorti di tossicodipendenti. L'applicazione delle linee-guida dell'EMCDDA implica alcuni adempimenti in Italia, sia per quanto riguarda il Registro Generale di Mortalità che il Registro speciale in termini di copertura, modalità di registrazione, possibilità di aggregazione ed incrocio di variabili. Per quanto riguarda gli studi prospettici di mortalità, non verranno realizzati studi nazionali, ma, tenuto conto della notevole variabilità del territorio italiano e dei dati di mortalità già disponibili in alcune Regioni, sarà allestita una serie di coorti locali rappresentative.
Importo finanziato	£. 900.000.0000

Progetto:14

Amministrazione	Ministero della Sanità
Unità organica	Dipartimento per la prevenzione
Titolo	Implementazione di una banca dati nazionale sui programmi di riduzione della domanda di droghe
Descrizione e obiettivo del progetto	Questo progetto, affiancando ed estendendo gli obiettivi di quello già previsto nel Progetto Reitox, si propone di raccogliere i più qualificati programmi di riduzione della domanda di droga in un unico data-base elettronico, consultabile liberamente, aggiornabile ed estensibile tramite collegamento Internet, realizzato sulla base del "Questionario EDDRA" dell' OEDT con lo scopo di raccogliere informazioni obiettive, affidabili e confrontabili sulle attività di riduzione della domanda e di diffonderne la conoscenza, tramite i sistemi della comunicazione elettronica, alla platea dei ricercatori, esperti, operatori e "policy-maker" coinvolti nel

	problema droga. Poiché il data-base europeo non potrà contenere un adeguato numero di progetti italiani, specialmente di livello locale e sarà disponibile solo in lingua inglese, l'obiettivo è di realizzare un equivalente nazionale del progetto europeo per fornire al territorio e agli studiosi uno strumento semplice ma efficiente per effettuare indagini, ricerche, verifiche su progetti di riduzione della domanda. L'obiettivo ulteriore è di costruire ed espandere le reti di fonti informative sulla riduzione della domanda (a livello nazionale, regionale e locale), in modo da disporre di dati aggiornati sulle attività non coperte dai tradizionali flussi informativi dello Stato e delle Regioni. Un ulteriore obiettivo è promuovere e pubblicizzare il sistema presso operatori, centri, servizi, associazioni e gruppi-obiettivo specifici.
Importo finanziato	£. 100.000.000

Progetto:15

Amministrazione	Ministero della Sanità
Unità organica	Dipartimento per la prevenzione
Titolo	Organizzazione di un gruppo di cooperazione sulla epidemiologia delle tossicodipendenze tra le Istituzioni centrali, gli Enti di ricerca e le Amministrazioni regionali
Descrizione e obiettivo del progetto	Il progetto si propone di utilizzare l'elevato livello qualitativo della ricerca svolta da alcune istituzioni nel campo della epidemiologia dell'abuso di droga e delle patologie correlate per colmare la diffusa carenza di cultura e professionalità epidemiologiche tipica di gran parte dei servizi territoriali, che porta alla carenza di dati sia a livello locale che nazionale. L'obiettivo verrà conseguito, seguendo una metodologia già sperimentata dal Ministero della sanità a partire dal 1998, creando un collegamento organico tra strutture nazionali, Enti di ricerca e istituzioni regionali finalizzato da un lato a sensibilizzare le realtà periferiche, ad aumentare lo scambio di esperienze, a migliorare la formazione sulle tecniche di indagine, dall'altro ad incrementare la disponibilità di un certo numero di informazioni "core", sinora raramente o episodicamente disponibili, almeno per quanto riguarda il livello nazionale. Il progetto si propone di costruire una "rete" di unità di sorveglianza, collegate tra loro e con una unità di raccordo centrale; tali unità presumibilmente afferenti ad un ambito territoriale di livello regionale potranno funzionare quale ulteriore raccordo di strutture ancor più periferiche e avranno compiti tecnici ma anche formativi e di consulenza per il territorio.
Importo finanziato	£. 500.000.000

Progetto:16

Amministrazione	Ministero della Sanità
Unità organica	Dipartimento per la prevenzione
Titolo	Prosecuzione del progetto di valutazione della qualità dei servizi pubblici e privati accreditati per l'assistenza ai tossicodipendenti
Descrizione e obiettivo del progetto	Il progetto è il seguito di un'attività promossa dal Ministero della sanità nell'ambito del progetto complessivo di valutazione del servizio pubblico, finanziato nel 1996, che ha avuto come obiettivo la determinazione di un "profilo di qualità" dei servizi. Viene impiegata una metodologia di studio che punta ad identificare alcune aree di indicatori rilevanti (coordinati in un "sistema di valutazione") e si caratterizza per una partecipazione degli operatori in un'ottica che concilia l'esigenza di rigore e oggettività (caratteristiche della "valutazione esterna") con la maggiore "compliance" in fase applicativa, tipica dei progetti di autovalutazione. Il progetto, in via di conclusione (attivato in 16 Regioni) ha dato vita a vari percorsi regionali verificando la fattibilità di utilizzo della metodologia nelle varie Regioni per poi confrontare gli esiti dei singoli percorsi locali. La buona partecipazione delle Regioni alla precedente iniziativa suggerisce di proseguire le attività in due direzioni, che riguardano (la prima) l'allargamento del processo di costruzione del sistema di valutazione agli operatori dei servizi privati accreditati, (la seconda) la sperimentazione sul campo, nel più ampio numero di servizi, dei prodotti e degli strumenti realizzati nelle fasi precedenti del progetto.
Importo finanziato	£. 600.000.000

Progetto:17

Amministrazione	Ministero della Sanità
Unità organica	Dipartimento per la prevenzione
Titolo	Implementazione di un sistema di allerta rapida sulla comparsa di nuove sostanze stupefacenti

Descrizione e obiettivo del progetto	Il progetto mira ad allargare le attività di competenza del Punto focale nel Progetto Reitox riguardo al "Sistema di allerta rapida sulle nuove droghe sintetiche". L'adempimento degli obblighi internazionali, sinora realizzato solo in parte e con l'utilizzo delle risorse esistenti, riveste interessi conoscitivi più generali rispetto al campo delle droghe di sintesi; la disponibilità di una rete di monitoraggio efficiente consentirebbe anche di conoscere in tempi "reali" l'andamento dei consumi delle sostanze più "tradizionali" (eroina, in particolare), permettendo una più efficace programmazione degli interventi preventivi. Gli obiettivi generali del progetto abbracciano gli aspetti relativi alla produzione e alla disponibilità in tempo reale di dati affidabili sulle sostanze (sintetiche e non) presenti sul mercato, il collegamento in rete delle unità laboratoristiche che si presentano idonee a tale scopo e la messa a punto di una metodologia epidemiologica che consenta una lettura scientifica delle informazioni provenienti dalle rete. Accanto a questi due obiettivi, di non minore importanza è l'ampliamento delle fonti di accesso dei campioni ai laboratori, attualmente limitate, per problemi legali, ai sequestri giudiziari. Importante è anche la definizione dei costi del sistema a regime, anche in termini di valutazione del rapporto costi-efficacia e del rapporto costi-benefici. Inoltre, il progetto costituirà occasione per ripensare il coordinamento istituzionale dei flussi informativi sui dati, attualmente suddiviso in modo complesso fra varie Amministrazioni.
Importo finanziato	£. 1.800.000.000.

PAGINA BIANCA

PARTE TERZA: Argomenti di approfondimento

A01: ESPAD 1999: Alcool, tabacco, farmaci e sostanze illecite tra gli adolescenti e giovani.
A02: Cannabis e droghe di sintesi: tendenze di consumo e risposte istituzionali.
A03: I decessi droga-correlati e le morti da droga.
A04: Il servizio DROGATEL.
A05: Uso endovena di droghe: patologie infettive correlate.
A06: L'offerta attiva: gli interventi delle unità di strada.
A07: La tossicodipendenza al femminile.
A08: Le comunità terapeutiche tra permanenza e cambiamento.
A09: L'iformazione sulle droghe e la sua diffusione.
A10: La ricerca sulle tossicodipendenze e la valutazione degli interventi.
A11: L'EU a confronto: evoluzione del fenomeno droga negli altri Paesi e aspetti legislativi.

PAGINA BIANCA

AO1: ESPAD 1999: Alcool, tabacco, farmaci e sostanze illecite tra gli adolescenti e i giovani

Lo strumento di indagine

Il progetto ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) è stato promosso e coordinato dal Consiglio Svedese per l'Informazione sull'Alcool e altre Droghe (CAN), in collaborazione con il "Gruppo Pompidou" del Consiglio d'Europa. Il progetto, contemporaneamente messo in atto da 26 Paesi europei è stato attuato per la prima volta nel 1995. Questo studio europeo, che si basa sulla raccolta di una serie di dati sugli atteggiamenti e comportamenti degli studenti sedicenni nei confronti delle sostanze che possono indurre dipendenza, ha lo scopo di rendere possibile il confronto tra i diversi Paesi partecipanti,

La ricerca, che anche nel 1999 ha coinvolto oltre 25 Paesi, costituisce uno strumento di rilevante importanza a livello europeo. Permette, infatti, di monitorare la diffusione dell'uso e dell'abuso di sostanze psicoattive tra i ragazzi che frequentano le scuole superiori e, conseguentemente, di delineare possibili strategie preventive. Per ogni Paese, il numero ottimale di studenti di entrambi i sessi da coinvolgere nello studio (1995 e 1999) é stato fissato intorno a 2.400 soggetti.

L'Italia ha partecipato al Progetto sia nel 1995 che nel 1999, e lo studio è stato finanziato e coordinato dal Consiglio Nazionale delle Ricerche (Istituto di Fisiologia Clinica di Pisa). Grazie alla collaborazione del Ministero della Sanità (Dipartimento della Prevenzione), di molte Regioni, dei servizi territoriali per le tossicodipendenze, dei presidi e docenti delle Scuole del campione e di alcuni collaboratori esterni, la ricerca del 1999 ha esteso la campionatura all'intero ciclo della scuola superiore (dalla prima alla quinta classe), offrendo una rilevante rappresentatività delle diverse tipologie di indirizzo scolastico.

Al fine di raggiungere una maggiore capacità descrittiva e di assicurare una maggiore valenza dell'indagine, lo studio italiano ha coinvolto quasi 21.000 alunni, rappresentativi delle circa 5800 scuole superiori presenti sul territorio nazionale. Poichè la percentuale di studenti che frequenta le scuole superiori corrisponde a circa il 60% della popolazione generale di ragazzi e ragazze in età compresa tra 14 e 19 anni (4.700.000 soggetti), il campione individuato rappresenta l'1% della popolazione scolastica e lo 0,4% dell'intera popolazione giovanile.

Opinioni e atteggiamenti in rapporto alle varie droghe

L'indagine ESPAD fornisce una serie di indicazioni utili alla comprensione delle opinioni e degli atteggiamenti dei giovani in rapporto alle droghe. Un primo quadro della situazione giovanile italiana offre l'immagine di studenti che vivono in un contesto in cui la droga è presente e facile ad ottenersi, hanno amici che la usano e, pur di non rimanere isolati, tendono a subire un'omologazione al dettato del gruppo dei pari.

Nel tentativo di capire meglio il substrato culturale che si cela dietro il consumo di sostanze, lo studio si focalizza in modo particolare sugli atteggiamenti d'approvazione o disapprovazione rispetto all'uso delle varie droghe, nonché sulla percezione dei rischi a ciò correlati.

Alcool: approvazione dell'uso e percezione del rischio	**%**
Non disapprovo bere 1 o 2 bicchieri	75
Disapprovo ubriacarsi 1 volta la settimana	75
Non disapprovo ubriacarsi 1 volta la settimana	18
Percezione del rischio correlato a bere 4 o 5 bicchieri quasi ogni giorno	81
Percezione di assenza di rischio nel bere 5 o più bicchieri quasi ogni giorno	6

Fonte: Progetto ESPAD

Alcool (tabella precedente) e tabacco (tabella successiva) sembrano suscitare nei ragazzi un atteggiamento abbastanza simile. L'uso sporadico delle due principali droghe legali è considerato accettabile da circa un terzo del campione, che probabilmente non percepisce il rischio dell'instaurarsi di una possibile dipendenza.

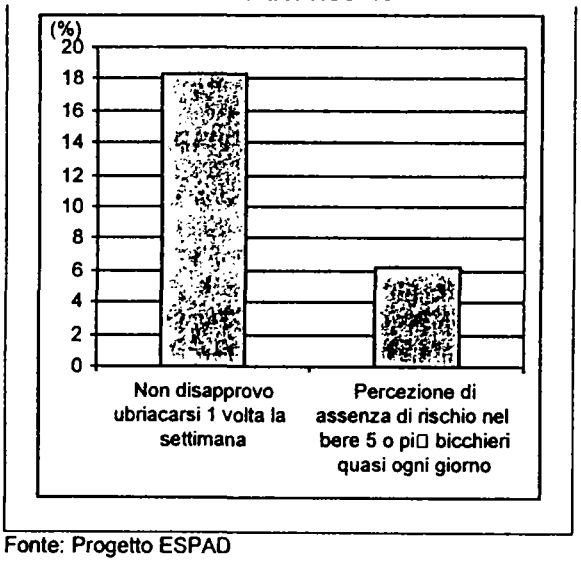
Tabacco: approvazione dell'uso e percezione del rischio

	%
Non disapprovo fumare sigarette occasionalmente	78
Non disapprovo fumare 10 o più sigarette al giorno	34

Fonte: Progetto ESPAD

Un altro dato che colpisce riguarda i molti giovani che non disapprovano l'uso frequente o eccessivo dell'alcool, anche se in parte consapevoli del rischio connesso a tale abitudine (figura successiva). Lo stesso discorso vale per il tabacco, poiché un terzo dei giovani afferma di non disapprovare l'uso di oltre 10 sigarette al giorno.

Alcool: disapprovazione dell'uso e percezione del rischio



Fonte: Progetto ESPAD

Diverso appare l'atteggiamento dei ragazzi relativamente al fumo di cannabinoidi. La maggior parte dei giovani, infatti, disapprova l'uso anche occasionale di hashish e marijuana (tabella successiva). Tale atteggiamento appare ancora più marcato in relazione ad un uso continuativo di tali sostanze ed a ciò si lega una pari consapevolezza del rischio legato a tale comportamento. Tuttavia, nonostante che solo il 4% dei ragazzi affermi di non intravedere rischio alcuno relativamente ad un uso regolare di cannabinoidi, il 12% del campione non disapprova l'uso regolare di tali sostanze. Ovvero "non disapprovo anche se credo che sia rischioso".

Cannabinoidi: approvazione dell'uso e percezione del rischio

	%
Disapprovo fumare cannabis occasionalmente	62
Disapprovo fumare cannabis regolarmente	84
Non disapprovo fumare cannabis regolarmente	12
Nessun rischio nel fumare cannabis regolarmente	4

Fonte: Progetto ESPAD

Il campione disapprova in maniera decisamente più netta la possibilità di provare 1 o 2 volte sedativi e tranquillanti (tabella successiva). La disapprovazione per l'uso di queste sostanze, facilmente reperibili in casa, è addirittura paragonabile con quella espressa dai ragazzi nei confronti delle droghe "maggiori".

Approvazione dell'uso e percezione del rischio dell'uso

Provare 1 o 2 volte	Non disapprovo%	Disapprovo %	Non so %	No rischio %
LSD	12	84	5	3
Cocaina	11	86	3	3
amfetamine	11	85	5	4
Ecstasy	11	86	4	3
sedativi e tranquillanti	10	85	6	-
Crack	8	88	4	3
Eroina	7	89	4	-

Fonte: Progetto ESPAD

Uno studente su dieci non disapprova l'uso di LSD, cocaina, amfetamine ed ecstasy, pur considerandola un'attività pericolosa. Paradossalmente, l'uso di queste sostanze, tutte di tipo stimolante e allucinogeno, viene accettato più dell'uso di sedativi e tranquillanti. È come dire: "non disapprovo l'uso delle droghe "cosiddette pesanti", qualunque esse siano."

Nell'immaginario degli studenti italiani, il più elevato livello di disapprovazione si registra in relazione all'uso di eroina, sostanza di cui maggiormente si sente parlare. Interessante la percentuale di studenti che non si sente in grado di esprimere un giudizio: dato, questo, che rimanda alla necessità di offrire una corretta informazione sulle droghe.

Visione d'insieme

Al fine di valutare opinioni ed atteggiamenti degli studenti circa l'uso di sostanze ad effetto psicotropo e/o stupefacente, sono stati elaborati tre indicatori: l'indice di disapprovazione dell'uso di droghe, l'indice di percezione del rischio correlato all'uso di droghe e l'indice di percezione dell'uso di droghe tra gli amici. Le differenze nel valore di questi indicatori in rapporto alle abitudini di consumo di droghe sono riportate nella tabella successiva.

Indicatori di opinione ed atteggiamenti nei confronti delle droghe

tra coloro che nella vita hanno usato:	% di soggetti che disapprova l'uso di droghe	% di soggetti che percepisce il rischio correlato all'uso di droghe	% di soggetti che riporta l'uso di droghe tra gli amici
alcolici	58	70	13
tabacco	54	69	14
ubriacarsi	52	67	15
sedativi e tranquillanti	49	65	17
cannabinoidi	45	64	16
alcool e cannabinoidi	41	62	18
steroidi anabolizzanti	40	55	25
eroina fumata	38	58	22
inalanti	33	57	21
lsd	28	54	25
crack	28	46	29
cocaina	27	55	23
amfetamine	27	53	25
funghi allucinogeni	27	54	25
ecstasy	27	51	26
alcool insieme a pasticche	27	50	26
eroina assunta in via diversa dal fumo	24	47	30
droghe iniettate	20	44	33

Fonte: Progetto ESPAD

Appare evidente che quanto più gli studenti sono consumatori di droghe "forti" e pericolose, tanto minori sono gli indici di disapprovazione dell'uso e di percezione del rischio, mentre contemporaneamente aumenta la percezione dell'uso di droghe tra gli amici.

In termini generali, i giovani sembrano percepire ma, al contempo, "accettare" il rischio che è sotteso all'uso di sostanze che sembrano essere diventate parte costitutiva del mondo in cui vivono.

La maggiore consapevolezza circa la diffusione delll'uso di droghe nel gruppo amicale si registra tra gli studenti del 4° anno, tra quelli con una bassa cultura familiare, tra i ragazzi bocciati nel corso della carriera scolastica, tra i poliassuntori di droghe (soprattutto "pesanti"), tra giovani che presentano problemi nei rapporti con la famiglia, con gli amici e con gli insegnanti. Le stesse tipologie di studenti affermano di avere rapporti sessuali non protetti, con ciò dimostrando una "generica" propensione alla accettazione di "rischi".

Il più alto grado di disapprovazione rispetto all'uso di droga viene dagli studenti del 2° anno, dalle femmine, dagli studenti in regola con gli studi, dai giovani che non hanno mai usato droghe che non hanno problemi nei rapporti con la famiglia e con gli insegnanti.

La maggior percezione del rischio legato all'uso di droghe è presente negli studenti del 5° anno, nelle femmine, nei soggetti con una cultura familiare media, negli studenti in regola con gli anni di studio, nei giovani che non hanno mai usato droghe e/o che non hanno problemi nei rapporti con la famiglia e con gli insegnanti.

L'esperienza del consumo

La tabella successiva, basata sulle risposte alla domanda " hai oppure no usato, in un qualsiasi momento della tua vita, qualcuna di queste droghe?" illustra uno dei temi centrali dell'indagine. Nel mondo studentesco, l'uso di alcool e tabacco appare il più diffuso; oltre la metà dei ragazzi

si è ubriacata almeno una volta. Un terzo degli studenti afferma di aver fatto uso di cannabinoidi (hashish e marijuana) ed un quarto di aver provato a mischiare alcool e cannabis. All'uso di alcool, tabacco e cannabinoidi fa poi seguito quello di sedativi e tranquillanti (non prescritti dal medico), sostanze facilmente reperibili anche in famiglia.

Le droghe illegali più usate sono complessivamente quelle stimolanti e quelle allucinogene. Ciò conferma una tendenza che già gli studi degli ultimi anni avevano permesso di percepire chiaramente

Si registra una certa diffusione dell'uso di cocaina e LSD: queste sostanze risultano essere più usate dell'ecstasy. Questo dato dovrà certamente essere tenuto nella dovuta considerazione ai fini della programmazione e dell'attuazione di interventi di informazione e prevenzione.

L'uso di droghe per via endovenosa è visto dai ragazzi quale "condicio sine qua non" per assumere lo status di tossicodipendente.
Di fatto, questa modalità d'assunzione viene riferita da una minima percentuale di studenti (0,2%). Ciò è ancora più significativo per quanto attiene il consumo di eroina: il 3,1% dei ragazzi afferma di averla fumata e lo 0,8% di averla assunta per altra via (non necessariamente per via endovenosa) dimostrando che è cambiato il modo di approcciarsi all'uso. Questo non fa che sostenere l'idea circa l'attuale sviluppo di nuovi atteggiamenti giovanili nei confronti di questa"droga per eccellenza"

Diffusione dell'uso (% di soggetti che riferiscono l'uso nella vita) di:

alcolici	86,5	lsd	3,4
tabacco	70,4	amfetamine	3,1
ubriacarsi	52,7	ecstasy	3,1
cannabinoidi	33,3	eroina fumata	3,1
alcool e cannabinoidi	22,3	funghi allucinogeni	1,6
sedativi e tranquillanti	7,4	eroina assunta in via diversa dal fumo	0,8
inalanti	6,4	steroidi anabolizzanti	0,7
cocaina	4,8	crack	0,7
alcool insieme a pasticche	3,9	droghe iniettate	0,2

Fonte: Progetto ESPAD

Il confronto tra i risultati delle indagini ESPAD 1999 e 1995 offre l'idea di un mutato atteggiamento dei giovani nei confronti dell'uso di sostanze.

I dati italiani sottolineano la presenza di un significativo aumento del consumo di tutte le droghe. La diversità tra i risultati regionali testimonia l'esistenza di specificità territoriali, di cui si dovrebbe tenere conto, tanto nella destinazione delle risorse quanto nella programmazione degli interventi.

Il consumo di cannabinoidi è passato dal 19% al 33%, l'uso delle altre droghe illegali è passato dall'8% al 10%. Il 45% degli studenti ha fumato tabacco negli ultimi 30 giorni.

Appare certo che fattori quali una bassa cultura familiare, il non essere in regola con il corso di studi, l'avere problemi nei rapporti con la famiglia, con gli amici o con gli insegnanti si correlano con una più alta frequenza di esperienze di uso di droga e di rapporti sessuali "non protetti".

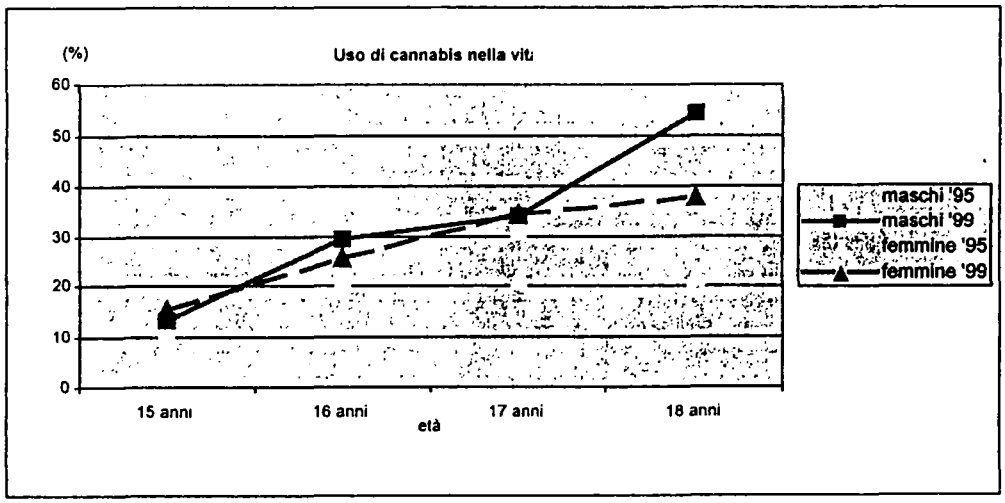
L'analisi dei dati conferma, inoltre, l'ipotesi secondo cui chi ha già usato oppure usa una droga è molto più a "rischio d'uso" per tutte le altre sostanze.

Diffusione dell'uso di droghe: analisi comparativa

	ESPAD 1995 %	ESPAD 1999 %
Consumo di alcolici negli ultimi 12 mesi	83	86
Ubriacato negli ultimi 12 mesi	35	39
Fumato sigarette nella vita	64	70
Fumato sigarette negli ultimi 30 giorni	36	45
Ha usato cannabis nella vita	19	33
Altre sostanze illecite	8	10
Tranquillanti e sedativi	11	8
Alcol + pillole	6	4

Fonte: Progetto ESPAD

Confronto '95-'99 per sesso ed età, dell'uso di cannabis



Fonte: Progetto ESPAD

Il grafico precedente mostra il confronto tra le indagini ESPAD 1995 e 1999 relativamente all'uso di cannabis nel corso della vita dei ragazzi. Si conferma una tendenza ad una maggiore prevalenza d'uso fra i ragazzi e ragazze più grandi rispetto a quelli più giovani. Nella fascia tra i 17 18 anni, circa una ragazza su tre ed un ragazzo su due riferiscono di aver provato tali sostanze.

Assumendo come "droghe maggiori" l'eroina comunque assunta, la cocaina, l'ecstasy, le amfetamine, il crack, l'LSD e i funghi allucinogeni, si evidenzia che il loro uso è complessivamente più alto tra i maschi, tra coloro che vivono in un ambiente familiare con bassa cultura, tra gli studenti non in regola con gli anni, tra i giovani che hanno problemi di rapporto con la famiglia, con gli amici o con gli insegnanti. Questi fattori di rischio si ripresentano quando si analizza la presenza del contemporaneo uso di più droghe, ovvero di un problema attualmente rilevante nel panorama delle tossicomanie.

La successiva tabella illustra le risposte alla domanda circa l'età in cui il singolo ragazzo ha usato per la prima volta una specifica droga.

Molti hanno bevuto per la prima volta birra o vino ad un'età inferiore o uguale agli 11 anni.
A 14 anni, il 48% degli studenti aveva già fumato la prima sigaretta, ed il 21% si era già ubriacato per la prima volta.
A 16 anni, il 38% dei ragazzi afferma di fumare tabacco tutti i giorni; il 30% ha già provato il primo spinello; il 3% ha provato l'LSD ed ecstasy; il 5% ha assunto cocaina.
In base a questi dati, sembra lecito ritenere la fascia d'età compresa tra 11 e 14 anni come quella maggiormente a rischio per la prima assunzione di sostanze legali e la fascia compresa tra i 14 ed i 16 anni come momento di mag-

gior rischio per la prima assunzione di droghe illegali. Appare particolarmente preoccupante la crescita esponenziale del consumo quotidiano di sigarette, che all'età di 16 anni coinvolge il 38% del campione.

I dati relativi al consumo di alcolici segnalano che, ad un precoce inizio con consumo di vino, fa seguito negli anni un maggior uso di birra.

Per gran parte del campione, la prima esperienza di sostanza illegale è legata all'uso di cannabis. Alcuni dei ragazzi affermano di non ricordare il primo tipo di droga da loro assunto.

Età di prima assunzione

	11 anni o meno	12 anni	13 anni	14 anni	15 anni	16 anni o più
Bere birra	18	14	16	17	10	8
Bere vino	23	11	12	12	8	7
Bere liquori	5	7	10	15	14	14
Ubriacarti	1	2	5	12	14	18
Fumare la prima sigaretta	7	11	13	17	12	10
Fumare sigarette quotidianamente	0,5	2	4	10	9	12
Provare amfetamine	0,1	0	0,1	0,6	1	2
Provare sedativi o tranquillanti	0,3	0,3	0,6	0,9	1	2
Provare cannabinoidi	0,1	0,6	2	7	9	12
Provare LSD o altri allucinogeni	0	0	0,1	0,5	0,7	2
Provare crack	0	0	0	0,2	0,1	0,3
Provare cocaina	0	0	0	0,4	0,8	3
Provare ecstasy	0	0	0,2	0,3	0,4	2
Provare eroina	0	0	0	0,3	0,3	0,5
Provare alcol insieme a pillole	0	0,1	0,1	0,7	0,8	2

Fonte: Progetto ESPAD

L'indagine offre elementi di conoscenza in relazione alla tipologia dei rapporti con la famiglia e con gli amici.

L'analisi preliminare evidenzia un diverso livello di soddisfazione tra ragazzi che hanno e non hanno assunto sostanze nel corso della loro vita.
Nel caso degli assuntori di sostanze, il migliore rapporto è quello con il padre (69%), mentre i non assuntori affermano di avere un rapporto più soddisfacente con la madre (76,7%). Il livello di soddisfazione nelle relazioni amicali è più elevato tra i non assuntori di sostanze (84%).
Il 14% degli studenti intervistati segnala un livello medio d'insoddisfazione nei rapporti con entrambe i genitori. Solo il 4% del campione complessivo riferisce un livello medio di insoddisfazione rispetto ai rapporti con gli amici Gli assuntori di droga risultano essere i più insoddisfatti sia in merito ai rapporti con i genitori, sia in merito alle relazioni con gli amici.

L'indagine ESPAD ha dimostrato di essere un utile strumento per il monitoraggio della evoluzione degli atteggiamenti e dei comportamenti degli studenti nei confronti delle sostanze, nonché per il confronto del fenomeno in territori circoscritti e per quello tra il nostro Paese e gli altri Stati europei. I dati ottenuti grazie a questo studio appaiono, altresì, utilizzabili al fine dell'elaborazione di programmi di prevenzione capaci di tener conto delle esigenze e dei problemi espressi dai ragazzi.

A02: Cannabis e droghe di sintesi: tendenze di consumo e risposte istituzionali

Il sistema dei servizi

L'Accordo Stato – Regioni per la "Riorganizzazione dei servizi di assistenza ai tossicodipendenti" del 21 gennaio 1999, pubblicato sulla G.U. del 15 marzo 1999, al secondo capoverso recita: "E' fortemente raccomandato che i servizi si occupino di tutte le sostanze d'abuso, incluse quelle legali; è inopportuno che essi siano centrati esclusivamente sull'eroina e nemmeno sulle problematiche specifiche della "dipendenza", ma devono poter rispondere anche ai più generali aspetti connessi all'abuso di sostanze".

Per la prima volta, si esce dall'indeterminatezza delle competenze e si afferma che il sistema pubblico dei servizi per le tossicodipendenze deve occuparsi dei problemi connessi all'uso abuso di tutte le sostanze psicoattive, legali e illegali, e non solo dell'eroina.

Il concetto viene confermato e rafforzato nello Schema d'atto di intesa Stato - Regioni recante "Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso" del 5 agosto 1999 (pubblicato sulla G.U. dell'1 ottobre 1999). Il privato sociale, ad esempio, vede qui riconosciuta la possibilità di superare il limite di puro gestore di strutture residenziali e semiresidenziali. Gli viene, infatti, offerta l'opportunità di intervenire, in tutti i settori del problema, anche con servizi ambulatoriali e mobili.

Purtroppo, a questa teorica operatività ad "ampio spettro", fanno riscontro servizi quasi esclusivamente focalizzati sui soggetti che fanno uso di eroina endovena.

La percentuale di consumatori di cannabinoidi e di altre sostanze (quasi tutte sintetiche) che si rivolge ai Servizi è, di fatto, del tutto irrisoria, soprattutto in considerazione della diffusione del consumo di queste sostanze, nonché del numero di coloro che vengono segnalati ai Nuclei Operativi per le Tossicodipendenze delle Prefetture (NOT) a seguito degli articoli 75 e 121 del DPR 309/90, e che i NOT rimandano successivamente ai Ser.T.

Anche per il 1999, i dati del Ministero della Sanità sui servizi pubblici evidenzia una popolazione quasi totalmente composta da soggetti eroinomani. L'eroina, dunque, continua ad essere il prevalente campo di competenza e di lavoro dei servizi territoriali .

Gli stimolanti di sintesi

Negli ultimi anni, l'uso di ecstasy e di altri psicostimolanti amfetamino-simili ha registrato un notevole incremento. Si tratta di sostanze che seguono la cosiddetto modalità d'uso "ricreazionale" . Al momento attuale, la loro assunzione sembra essere limitata a situazioni specifiche (discoteche, rave-party, ecc.) ed a tempi limitati (week-end). La cocaina e l'ecstasy sono sostanze psicotrope che, oltre alla sensazione euforica comune a molte altre sostanze di abuso, danno luogo ad effetti comportamentali e fisiologici di tipo stimolante. L'effetto euforizzante è dovuto alla loro azione in aree specifiche del sistema nervoso centrale (snc), che esita in un aumento della concentrazione del neuromediatore dopamina. Sia la cocaina che le metamfetamine ed i loro derivati esercitano la loro azione direttamente a carico di queste strutture cerebrali, ma si differenziano tra loro essenzialmente per la durata dell'effetto e per il coinvolgimento di altri circuiti del snc. Per ecstasy generalmente s'intende un numeroso gruppo di sostanze, tra loro molto simili, definite metamfetamine. Pur condividendo lo stesso effetto finale della cocaina, si differenziano per alcune caratteristiche, come riportato nella tabella che segue

tipo di sostanza	metamfetamine	cocaina
Origine	Sintesi chimica	Derivato botanico
Durata effetto	8-24 ore	20-30 minuti
Tempo di eliminazione dall'organismo	12 ore	1 ora
Uso medico	Limitato	Anestetico

Le ragioni di un così scarso afflusso ai servizi da parte di coloro che fanno uso di cannabinoidi e di droghe sintetiche sono essenzialmente due:

- la prima è legata al "vissuto" dei soggetti. Infatti, chi fa uso di queste sostanze non ritiene di trovarsi in uno stato di bisogno o di avere necessità di aiuto a causa del suo rapporto con la droga. La grande maggioranza di questi soggetti non si pensa come "malata" e non ritiene che il rapporto con le

droghe possa comportare problemi che vadano al di là della pura trasgressione;

- la seconda deriva dall'inadeguatezza dei Servizi oggi esistenti. Essi si presentano spesso non preparati, né attrezzati, a dare risposte in questo campo. Ne deriva così un'immagine che contribuisce a tener lontani i soggetti anche qualora si trovino in stato di bisogno.

Le caratteristiche operative dei Ser.T.

Il Ser.T. è un servizio fortemente caratterizzato: è il servizio dei tossicodipendenti e, più in particolare, degli eroinomani. Tale caratterizzazione fa sì che, prima di varcarne la soglia per chiedere aiuto, il soggetto debba compiere un percorso psicologico complesso e difficile, debba progressivamente costruirsi un'identità di persona tossicodipendente o con forti problemi di rapporto con la sostanza, debba sentirsi in stato di bisogno o malato. Coesiste, tuttavia, una quota di "domanda" che perviene ai Ser.T. anche per costrizione o per paura di sanzioni. Ma per quanto tempo e con che risultati, questi soggetti possono essere inseriti in programmi terapeutici? Permane infatti un ragionevole dubbio sull'efficacia del trattamento di soggetti consapevoli di aver deciso di curarsi pur non ritenendosi malati, di entrare in trattamenti clinici non ritenendone di aver bisogno, di frequentare un luogo chiaramente caratterizzato non riconoscendosi nelle condizioni dell'utenza. Tutto questo si esalta enormemente qualora i servizi offrano risposte e trattamenti predefiniti, uguali per tutti, a prescindere dalla condizione del soggetto che si presenta loro; o quando hanno una varietà di offerte terapeutiche, che, per quanto apparentemente diversificate, si riducono nei fatti ad una sola. La persona che si rivolge al servizio percepisce chiaramente l'immagine che il servizio offre di sé; un'immagine precisa e definita sia in termini di offerte e opportunità che in termini di rapporti interni, di coesione e coerenza di risposta (oltre che di garanzia di riservatezza, come sanno bene tutti coloro che operano in centri piccoli).

A meno di non trovarsi in una situazione disperata o nell'assoluta impossibilità di compiere altre scelte, nessun cittadino si rivolgerebbe mai ad un servizio che ritiene inadeguato o incapace di rispondere ai propri bisogni. Allo stesso modo, un consumatore di sostanze conosce bene le risposte che verosimilmente lo attendono in un dato servizio ed è anche in base a ciò che decide o meno di rivolgersi ad esso.

Lo sviluppo di programmi terapeutici specifici per le sostanze stimolanti

Gli approcci terapeutici attualmente disponibili per il trattamento, farmacologico e non, dei soggetti dediti alla cocaina o all'ecstasy, rappresentano più che altro tentativi di cura. L'intervento farmacologico si avvale di terapie empiriche rivolte al contenimento dei sintomi. Vengono così impiegati i neurolettici in presenza di scompenso psicotico, gli antidepressivi per situazioni di umore depresso, antiepilettici per controllare il fenomeno dell'ipereccitabilità neuronale (kindling), i precursori della dopamina ed altri farmaci utilizzati nel trattamento del morbo di Parkinson per compensare il possibile deficit didopamina. Sia per cocaina che per ecstasy non sono noti farmaci in grado di controllare efficacemente il craving verso queste sostanze. L'approccio non farmacologico, comunque sempre presente ad integrazione delle terapie con farmaci, è costituito da counseling specifico e colloqui di supporto, piuttosto che da psicoterapia cognitivo-comportamentale. Queste rappresentano le modalità di intervento più efficaci specialmente nel mantenimento dello stato drug-free, sia nei programmi ambulatoriali che in quelli condotti presso Comunità Terapeutiche. Il consumo di sostanze psicostimolanti come cocaina ed ecstasy favorisce il manifestarsi di patologie che possono essere ritenute atipiche in riferimento alla giovane età del soggetto (patologie cardiache o cerebrali su base ischemica), o all'improvvisa modalità di manifestazione (scompenso psicotico improvviso in un individuo sano). In situazioni di questo tipo è sempre consigliato porre, in diagnosi differenziali, l'eventualità di un quadro clinico scatenato da assunzione di sostanze stupefacenti con effetto psicostimolante.

Unitamente alla tipologia delle prestazioni offerte, anche le modalità d'accoglienza e di trattamento giocano un importante ruolo nel favorire o meno l'accessibilità al servizio. L'esistenza di barriere o vetri divisori (presenti in molti, troppi, servizi), ad esempio, indica una paura al rapporto ed al contatto con gli utenti; la presenza di guardie giurate armate enfatizza la pericolosità dei soggetti; l'abbandono e lo squallore degli spazi di attesa ripropongono l'anonimato della piazza ed il degrado ambientale in cui molto spesso i tossicodipendenti vivono quotidianamente. Questi aspetti, apparentemente formali, assumono un'importanza centrale nella decisione del soggetto di rivolgersi al servizio, e spesso generano un senso di repulsione in chi non è, o non si pensa, tossicodipendente.

Il fatto che solo una bassissima percentuale di consumatori "ludici" e problematici di cannabis e droghe sintetiche acceda ai servizi pone alcuni problemi fondamentali, da affrontare e risolvere il più velocemente possibile.

Innanzi tutto, i servizi devono pensarsi ed organizzarsi come struttura che si occupa dell'intera problematica legata alle sostanze stupefacenti e psicoattive, legali ed illegali.

E' infatti impensabile, per motivi economici ma soprattutto tecnico-scientifici, ipotizzare la creazione di strutture specifiche per singole sostanze (sarebbe un rincorrere infinito e perdente).

Va inoltre specificato che, molto probabilmente, la figura del mono consumatore è una pura utopia. I dati sulle sostanze secondarie, la pratica clinica e le ricerche confermano ampiamente quest'ipotesi.

Ogni soggetto tossicodipendente ha una "droga preferita", ma, una volta entrato nella dimensione dell'uso o nella disponibilità all'esperienza, può facilmente associarvi perlomeno tutte le sostanze con effetti similari

L'uso combinato delle droghe

Un ulteriore aspetto di particolare rilevanza, per quanto riguarda le sostanze psicostimolanti, è il loro uso combinato o in associazione con altri stupefacenti e/o con l'alcol. Quest'ultimo è già di per sé una sostanza con notevoli effetti psicotropi di tipo deprimente ed a suo carico sono state anche riconosciute una serie di tipiche patologie correlate (epatopatia, neuropatia e cardiomiopatia su base alcolica, compromissione del snc – sindrome di Wernike-Korsakoff – e delirium tremens). Il consumo di ecstasy è molto frequentemente associato a una concomitante assunzione di alcol, con conseguente potenziamento dell'alterazione della percezione spazio-temporale e peggioramento della prontezza di riflessi in risposta a stimoli. L'attività motoria può risultarne molto compromessa e la coordinazione dei movimenti ulteriormente alterata. L'assunzione congiunta di cocaina ed alcol induce la formazione di un composto metabolico intermedio (cocaetilene) estremamente epatotossico. Tra le altre sostanze assunte insieme agli stimolanti si devono porre anche le benzodiazepine, spesso utilizzate per contrastare l'ansia scatenata sia dalla cocaina che dall'ecstasy. Va puntualizzato che, pur essendo farmaci molto noti e prescritti, le benzodiazepine hanno un elevato potere di abuso e possono indurre molto facilmente forme di dipendenza; questa condizione è evocata con maggior frequenza nei soggetti con comportamenti di abuso di sostanze stupefacenti. La cocaina risulta spesso essere una delle sostanze di abuso secondario in soggetti primariamente eroinomani: da varie casistiche nazionali ed internazionali emerge che, il consumo di cocaina in tossicomani con dipendenza primaria da eroina può raggiungere fino il 40% dei casi. Analoga frequenza è riscontrabile nella popolazione di utenti dei Ser.T. sottoposta a trattamento sostitutivo con metadone. Dalle statistiche annuali eseguite presso i Ser.T. risulta un discreto incremento della percentuale di soggetti che consumano cocaina come sostanza secondaria (11,7% vs 18,4%; 1991 vs. 1998). La particolare forma di assunzione combinata di eroina e cocaina per iniezione endovenosa è definita con il termine anglosassone *speed-ball*.. Il suo utilizzo permette al soggetto di percepire le sensazioni derivate dagli effetti specifici delle due sostanze, ma al contempo espone anche ai rispettivi rischi psichiatrici ed infettivologici. Le possibilità di consumo di più sostanze in contemporanea sono estremamente varie e sottolineano la necessità di approfondire le conoscenza della potenziale dannosità di questi cocktail farmacologici, anche al fine di meglio puntualizzare gli eventuali nuovi quadri clinici e le possibili modalità di intervento.

Il problema principale appare, dunque, essere quello del consumo diffuso dell'intera gamma di sostanze disponibili. Si tratta di un problema ancora tutto da affrontare e contrastare, sia in termini clinici, sia al fine di una riduzione della domanda, dei rischi e dei danni ad esso correlati.

Dal punto di vista organizzativo, la dimensione dipartimentale prevista dall'Accordo Stato - Regioni per la riorganizzazione dei servizi d'assistenza ai tossicodipendenti, è stata pensata anche per rispondere alle esigenze di differenziazione e moltiplicazione delle risposte, oltre che per favorire il coinvolgimento di più soggetti e di più servizi, nell'impossibilità di ottenere da un unico servizio risposte esaustive dell'intero problema.

Dal punto di vista culturale, l'attuale formazione e preparazione degli operatori (ottenuta, quasi esclusivamente, con il lavoro "sul campo") è principalmente centrata sui problemi della tossicodipendenza da eroina. Per far fronte alle nuove tipologie di tossicodipendenza, le Regioni e le Aziende USL dovranno favorire un'adeguata formazione e supervisione degli operatori sul problema del consumo diffuso dell'intera gamma delle sostanze d'abuso. Dovranno, inoltre, attrezzare i servizi con strumenti adeguati ai nuovi bisogni, affrontando anche il problema degli spazi entro cui accogliere questo tipo d'utenza (consultori per giovani, centri d'ascolto, servizi che non presentano una chiara caratterizzazione clinica, spazi specifici al di fuori del Ser.T.)

I consumatori di cannabis e di droghe sintetiche arrivano ai servizi quasi esclusivamente per segnalazione della Prefettura (vedi art. 121 e

art.75 del DPR 309/90), o perché accompagnati da genitori disperati e impotenti.

Considerato che il consumo di sostanze è comunque un problema che comporta rischi, spesso sottovalutati, si può immaginare un modo per raggiungere coloro che fanno uso di queste sostanze là dove essi si trovano e dove prevalentemente le consumano.

Le unità di strada (UdS), possono essere uno strumento particolarmente efficace per questa esigenza. L'UdS non è semplicemente uno strumento o un'appendice estranea od esterna al servizio, ma è il servizio stesso, che va a lavorare là dove c'è il problema. Ciò richiede anche un adeguamento degli orari di servizio, poiché essi difficilmente coincidono con quelli dei consumatori.

A tale proposito, interessanti riflessioni provengono dai risultati di un convegno sulle unità di strada, tenutosi a Bologna.

Le patologie associate

L'uso di psicostimolanti comporta effetti dannosi su diversi sistemi corporei e, in particolare, sul sistema cardiovascolare. Notevole attenzione va posta nelle situazioni in cui un soggetto giovane lamenti disturbi riconducibili ad accidenti cerebrovascolari o cardiaci classicamente osservati in individui di età maggiore: in questo caso non è da escludere una causa da tossici esogeni assunti a scopo stupefacente, anche se solo ad uso ricreazionale.
L'effetto stimolante non è limitato esclusivamente alla sfera neuropsichica ma coinvolge altre funzioni fisiologiche. L'assunzione di psicostimolanti induce una notevole attivazione del sistema simpatico con aumento della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca, sia per stimolazione diretta che per vasocostrizione penferica. Non sono quindi da escludere, specialmente nel caso di assunzione di cocaina, eventi cardiovascolari anche letali ,come ictus o infarto del miocardio, legati a spasmo arteriolare. Disturbi della conduzione cardiaca (aritmia, asistolia, fino al collasso cardiovascolare) sono osservabili in consumatori di ecstasy, ma anche in cocainomani. L'uso continuo di cocaina è anche in grado di determinare direttamente una cardiomiopatia congestizia, con insufficienza cardiaca responsabile di gravi aritmie (fino alla fibrillazione ventricolare). Il verificarsi di accidenti cerebrovascolari (ictus, attacchi ischemici transitori) può peggiorare il quadro di deterioramento neuropsichico correlato all'effetto neurotossico diretto di alcuni psicostimolanti. Gli psicostimolanti, in virtù di caratteristiche proprie legate alla modalità di assunzione e di preparazione, interessano differenti distretti corporei più limitati. L'assunzione di cocaina per via endonasale (*sniffata*) provoca alterazioni infiammatorie e necrotiche della mucosa nasale. Il vasospasmo indotto dalla cocaina procura una condizione ischemica locale che, se reiterata nel tempo, conduce a necrosi dei tessuti coinvolti, fino alla perforazione del setto nasale. Del tutto recentemente si sono osservate, a carico della mucosa nasale, patologie infiammatorie croniche di tipo granulomatoso probabilmente riconducibili all'effetto di sostanze da taglio. Il consumo di crack, una preparazione di cocaina free-base che va assunta per inalazione attraverso l'utilizzo di una particolare pipa, porta a disturbi respiratori per insulto diretto a livello polmonare. Ne possono derivare insufficienza respiratoria, edema polmonare e pneumotorace: una forma patologica molto particolare è stata definita *polmone da crack*. In alcune situazioni è stata rilevata una ARDS (adult respiratory distress syndrome) che necessita di ricovero in terapia intensiva con ventilazione assistita. Gli effetti legati all'assunzione di crack sono paragonabili a quelli legati all'assunzione di cocaina per via endovenosa: infatti la sostanza inalata viene immediatamente assorbita dalla superficie di scambio polmonare (quantificabile nell'adulto in 70-80 metri quadrati), producendo un elevato picco plasmatico del tutto simile a quello osservato nel corso di iniezione endovenosa. In aggiunta a ciò, si rileva qui un effetto più rapido, dovuto all'immediato transito nella parte sinistra del cuore e quindi nel torrente ematico cerebrale. Il consumo di ecstasy può essere causa di epatopatie su base tossica, DIC (coagulazione intravascolare disseminata – particolare forma morbosa che facilita l'insorgenza di eventi trombotici), rabdomiolisi, insufficienza renale acuta ed ipertermia maligna. L'ipertermia maligna è una grave forma di dis-regolazione della temperatura corporea osservabile in corso di assunzione di ecstasy. Una strenua attività fisica (come il ballo), condotta in ambienti caldi e senza una adeguata idratazione, rappresenta un cofattore che favorisce lo scatenarsi dell'episodio e ne aumenta la gravità. Oltre ai quadri clinici tipicamente conseguenti all'uso di sostanze ad azione psicostimolante, esistono situazioni di esposizione a rischi generici, derivati dalla pratica tossicomanica. La possibilità di assunzione per via endovenosa di cocaina e di alcune amfetamine ripropone il rischio di trasmissione di agenti patogeni responsabili di infezioni virali ,come HIV ed epatite B e C. Dai dati del 1998 risulta che il 23,6% dei soggetti in trattamento presso i Ser.T. per cocaina (come sostanza primaria) la consuma per via endovenosa. Dai dati raccolti da diverse "unità di strada" (modalità di intervento che prevede la presenza di operatori che, opportunamente addestrati, si recano nei luoghi di spaccio e consumo delle sostanze stupefacenti) che operano scambio/consegna di materiale da iniezione sterile risulta che il numero di consumatori di cocaina per via endovenosa non è irrilevante. Nei confronti di questa popolazione vanno pertanto adottate le usuali procedure di riduzione del danno indirizzate ai soggetti consumatori per via iniettiva. Infatti, per quanto la distribuzione di materiale da iniezione sterile riduca l'uso condiviso di siringhe, spesso vengono omesse altre procedure di igiene (disinfezione della sede di inoculo), che a loro volta possono esporre a rischi infettivi di altra natura (dermatiti, flebiti, endocarditi). L' approccio verbale consente agli operatori un contatto diretto con il consumatore ed offre la possibilità di "rinforzare" l'intervento. La disinibizione comportamentale e la conseguente propensione a favorire rapporti sessuali occasionali o promiscui espone comunque a potenziale esposizione, sia alle infezioni virali più sopra citate, che alle cosiddette malattie sessualmente trasmesse. Infatti, dai dati del Centro Operativo AIDS (COA), supportati da studi

specifici che indagano il tasso di sieroconversioni all'interno di una ampia popolazione di tossicodipendenti del nord italia (NISDA Study – Northern Italy Seronegative Drug Abusers), risulta che il gruppo di soggetti di età superiore ai 30 anni presenta una incidenza aumentata di sieroconversioni per HIV in seguito ad esposizione a contatti sessuali non protetti. Un altro gruppo ad incidenza elevata è rappresentato da una fascia più giovane (sotto i 25 anni), che si espone al contatto per scambio di siringhe o altro materiale da iniezione infetto. Il fattore di rischio derivante da rapporti sessuali non protetti ha sicuramente un impatto di dimensione diversa verso la popolazione generale; e, per effetto della loro maggiore recettività, i soggetti di sesso femminile risultano più esposti al contagio per questa via. In Italia, un'evoluzione pressoché identica è riferibile alla diffusione delle epatiti virali. L'epatite C, sostenuta da un virus particolarmente virulento, rappresenta la patologia infettiva più largamente diffusa tra i consumatori di stupefacenti per via endovenosa. In Italia, oltre il 60% dei soggetti risulta sierologicamente positivo per tale patogeno. Nei confronti dell'epatite B, invece, la disponibilità di un vaccino specifico esplica una sicura protezione nei confronti dell'infezione. Il consumo di crack negli Stati Uniti è stato grandemente favorito, oltre che dal basso costo di questo preparato di cocaina base, anche dalla possibilità di accedere ad ambienti creati ad hoc (crack-house), dove la disponibilità della sostanza è affiancata ad ampi mercati di prostituzione. In Italia, questa forma di assunzione è ancora molto limitata, ma si deve considerarne il rischio potenziale.
Anche i soggetti dediti al consumo di sostanze psicostimolanti , dunque, non sono scevri dal rischio di contrarre patologie infettive tipicamente attribuite ai "classici" soggetti eroinomani. Questo tipo di popolazione necessita di un'adeguata sensibilizzazione su questi temi (ad esempio, autilizzo del preservativo), e pertanto, ad essa vanno indirizzati adeguati interventi di prevenzione ed educazione sanitaria.

Le iniziative messe in atto

Nel corso del 1999, così come rilevato da un progetto nazionale condotto dal reparto sostanze d'abuso dell'Istituto Superiore di Sanità (cui hanno aderito e partecipano molto attivamente, la maggior parte delle Regioni e Province Autonome italiane), molti servizi, enti ed associazioni hanno attivato iniziative e progetti d'intervento nel settore delle droghe sintetiche e del consumo in generale.

Queste iniziative (in parte finanziate col Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in parte dalle Aziende Sanitarie e dalle Associazioni) riguardano tutti i settori d'intervento, dalla ricerca alla riduzione della domanda, dalla clinica alla riduzione dei rischi e dei danni, seguendo gli stimoli offerti, nell'ottobre 1998, a Roma da un Convegno sulle droghe sintetiche.

Nel campo della ricerca, si è appena conclusa una rilevazione sperimentale sui rapporti fra uso di sostanze e sfera sessuale maschile. Sono stati coinvolti i servizi di quattro Regioni: Liguria. Umbria, Basilicata e Calabria. Dopo l'analisi dei questionari, è previsto l'allargamento dello studio a tutte le altre Regioni.

Il servizio "Drogatel" sta conducendo una rilevazione (basata su chi vi si rivolge per informazioni) circa gli effetti traumatici, psicopatologici o indesiderati dell'assunzione di sostanze diverse da eroina ed alcool. Questa rilevazione sarà condotta per tutto l'anno 2000.

L'Università di Torino, in collaborazione con la Regione Piemonte, ha messo a punto una ricerca sulla cosiddetta "doppia diagnosi" (cioè sullo studio degli effetti che l'assunzione di sostanze sintetiche può determinare sulla sfera psichica) e sulla ricerca di preesistenti problematiche psichiatriche capaci di favorire l'assunzione di tali sostanze.

A livello nazionale, continuano le ricerche "Multirischi" (condotte dall'ISS) ed "Espad" (condotta dal CNR di Pisa), che al momento attuale rappresentano gli strumenti più efficaci per capire la portata dell'uso di sostanze tra i giovani.

Seppure in zone territorialmente limitate, sono oggi in corso molte altre ricerche. Si tratta per lo più di studi disegnati dai servizi in un'ottica di preparazione di nuove tipologie d'intervento, o di ricerche che, fatto questo molto rilevante ed originale per il settore, vogliono valutare l'incidenza degli interventi condotti.

Nel campo della riduzione della domanda, vanno segnalati, in particolare, due nuovi settori d'intervento, ovvero le scuole guida ed i corsi di apprendistato previsti dalla legge 626 sulla sicurezza sul lavoro.

L'intervento dei servizi nelle scuole guida si sta diffondendo in tutta Italia. Questa scelta è stata operata in considerazione del fatto che la scuola guida rappresenta un luogo privilegiato, nel quale passa circa il 90% dei giovani diciottenni italiani. Possono qui essere fornite le fondamentali informazioni sui rischi di incidenti stradali a seguito di assunzione di sostanze.

Molti servizi, soprattutto in zone periferiche e in piccoli centri, intervengono direttamente, utilizzando materiale appositamente studiato. Altri servizi, invece, privilegiano la formazione degli insegnanti.

Uno degli obiettivi dichiaratamente perseguiti è quello di rendere l'informazione sulle sostanze parte integrante dei corsi per il conseguimento della patente. A tale scopo, domande specifiche sul tema dovrebbero essere inserite nei quiz d'esame: ai fini della sicurezza stradale, è certamente più utile conoscere gli effetti e i rischi dell'assunzione di sostanze, che non il funzionamento del motore.

Sostanze psicoattive e guida di veicoli

Le sostanze psicoattive influenzano attenzione, concentrazione e adeguatezza di risposta agli stimoli esterni. L'abitudine di associare più sostanze fra loro può comportare grossi effetti anche per livelli limitati di sostanza, in virtù anche della variabilità biologica individuale (differenze legate alle abitudini d'uso del soggetto ed alla eventuale tolleranza sviluppata). Alcune sostanze, cannabis in primis (soprattutto se combinate con l'alcool), sono erroneamente ritenute di nessuna pericolosità per la guida. In realtà, tali sostanze possono provocare tachicardia, difficoltà nella messa a fuoco sia degli oggetti che dello sfondo, difficoltà di attenzione e concentrazione, in altre parole un rischio nell'esplicazione di funzioni complesse come la guida di un veicolo. Si può concludere evidenziando che la sicurezza alla guida è incompatibile con l'uso di sostanze psicoattive, anche se assunte in maniera occasionale.

Gli incidenti stradali, il più delle volte invalidanti ma spesso anche mortali, rappresentano una fra le conseguenze più negative connesse all'assunzione di cannabis e di sostanze sintetiche.

I rischi indotti dall'uso degli stimolanti

L'effetto "ricreazionale", ricercato ed ottenuto con l'assunzione di stimolanti, porta il soggetto a vivere esperienze in cui si sente estremamente reattivo, disinibito, euforico ed in possesso di performances cognitive e motorie aumentate. Ciò porta spesso i soggetti ad azzardare molto, ed a sproposito, in diversi campi. In alcune situazioni è possibile raggiungere anche condizioni di perdita di controllo, intesa come manifestazioni di etero e/o auto aggressività conseguente alla riduzione del livello di coscienza e della capacità di giudizio e di critica. Sia cocaina che ecstasy alterano la percezione temporale soggettiva: le azioni compiute ed i pensieri elaborati si inseriscono in una realtà vissuta a "velocità" diversa, in quanto aumentata. Il flusso dell'ideazione e delle azioni appare molto più rapido, ma spesso si associa a problemi di coordinazione motoria e ad una distorsione della percezione spaziale. Da questo ne deriva che lo svolgimento di alcune attività, quale la guida di autoveicoli, assume una notevole pericolosità per la distorsione spazio-temporale presente ma non avvertita dal consumatore.

Gli interventi nei corsi obbligatori d'apprendistato per i minori (previsti dalla legge 626 sulla sicurezza nei luoghi di lavoro) sono meno frequenti e sviluppati, ma in alcune zone, come la Toscana, l'esperienza comincia a consolidarsi e svilupparsi.

Sinora il mondo del lavoro è stato quasi del tutto ignorato dai servizi, ma alcune ricerche, condotte in Toscana, dimostrano che l'assunzione di sostanze ha un notevole peso in buona parte degli incidenti mortali sul lavoro che coinvolgono i giovani. Dal che si deduce quanto l'importanza di un'attenta e periodica informazione rivolta a chi entra nel mondo del lavoro.

Un altro campo dove iniziano ad impegnarsi i servizi e, soprattutto, le associazioni di volontariato o di privato sociale è quello dei grandi eventi musicali e dei raduni giovanili.

Grazie allo sviluppo delle unità di strada, queste iniziative si stanno radicando sempre di più, e ormai rappresentano elementi insostituibili nelle campagne nazionali di informazione.

Nel campo della clinica, è in corso una rilevazione (da parte del gruppo tecnico interregionale, che collabora al progetto nazionale dell'ISS sulle droghe sintetiche) che coinvolge presso i Ser.T. di tutte le Regioni. Si tratta di uno studio sulle attività di accoglienza e di trattamento, relativamente ai soggetti che si rivolgono ai Ser.T. per problemi connessi all'assunzione di cannabis e droghe di sintesi.

Attraverso questa rilevazione, si vogliono individuare le pratiche cliniche e le metodiche di trattamento più efficacemente utilizzate dai servizi, gli strumenti più idonei e di maggiore efficienza, i tempi medi di trattamento, i risultati ottenuti, i contesti ed i luoghi più opportuni per accogliere e trattare questi soggetti.

Da questo punto di vista sono sempre più numerosi i servizi che si pongono il problema di dove accogliere e trattare i consumatori di cannabis e di droghe sintetiche, o meglio i consu-

matori che non hanno ancora maturato una stato di tossicodipendenza. Il quesito che si pone è se questo trattamento debba avvenire all'interno dello stesso servizio in cui sono trattati i soggetti con una lunga esperienza di tossicodipendenze alle spalle, (servizio generalmente connotato in modo netto dal punto di vista sintomatologico) o se, piuttosto, non sia meglio attrezzare spazi-specifici che non favoriscano l'insorgere di una identità negativa.

Ove esistenti, questi spazi sono generalmente collocati al di fuori dal Ser.T., che però li gestisce tramite operatori "dedicati", che lavorano in stretto collegamento con le agenzie che si occupano di giovani in un'ottica di riduzione del danno. Questi luoghi offrono interventi a livello di accoglienza, di couseling, di trattamenti clinici brevi, d'informazione e prevenzione.

Un'idea delle potenzialità di questi servizi è offerta dal Centro di Couselling del Ser.T. di Cesena. Questo Centro, che opera da circa tre anni, usufruisce di un luogo proprio, distante dalla sede principale del Ser.T., tratta oltre il 15% dell'utenza regionale con problemi connessi all'assunzione di cannabis e di droghe sintetiche. Non a caso, dunque, i Ser.T. che si sono dati un'organizzazione specifica presentano un'utenza di questo tipo mediamente più alta.

Originali e di grande potenzialità, meritevoli di particolare interesse sono alcune esperienze di centri di ascolto mobili (CAM), particolarmente sviluppati nel goriziano. Attraverso uno specifico sistema di informazione e di contatti telefonici, I CAM accolgono i soggetti o sul mezzo mobile o in luoghi del tutto inusuali per la tradizionale attività clinica, quali ad esempio i parchi o i giardini urbani.

Nel campo della riduzione dei rischi, le esperienze, portate avanti dai Ser.T. e dalle associazioni di volontariato e del privato sociale, sono davvero numerose.

Gli interventi finalizzati alla riduzione dei rischi, (gli unici veramente possibili ed incisivi verso chi non ritiene di essere in uno stato di bisogno o di avere problemi a causa dell'assunzione di sostanze) non possono assolutamente prescindere dagli ambiti e dai luoghi di aggregazione in cui le sostanze vengono più frequentemente consumate.

Poiché l'uso di droghe sintetiche è prevalentemente associato alla ricerca del divertimento, i luoghi di divertimento collettivo (in particolare, le discoteche) sono di fondamentale importanza per gli interventi finalizzati al contrasto della diffusione, all'informazione e alla limitazione dei rischi e dei danni conseguenti l'uso e l'abuso di queste sostanze.

In tal senso, sono già state sperimentate attività, molto efficaci ed incisive, con unità di strada specificamente attrezzate, in particolare sulla riviera maremmana, su quella adriatica e nel vicentino. Si tratta d'interventi che, finalizzati alla prevenzione ed all'educazione, hanno luogo di notte davanti alle discoteche, e che utilizzano materiale informativo e di profilassi, nonché alcoolimetri.

Altre esperienze, particolarmente significative, sono condotte, soprattutto in Lombardia, grazie all'istituzione di InfoPoint all'interno dei locali.

Per lo sviluppo di queste attività un grande contributo può venire dal protocollo sottoscritto dal Governo con i gestori delle discoteche, che, per rendere il divertimento sempre più sicuro, si sono impegnati ad una stretta collaborazione con i Servizi.

Ma, nel campo della riduzione dei rischi, un tema di assoluta essenzialità è quello del monitoraggio delle polveri o delle compresse, al fine di determinare qualità e quantità del principio attivo e di quant'altro contenuto in ciò che è venduto in strada, onde valutarne il rischio assuntivo.

Su questo tema non esistono esperienze italiane cui riferirsi, ma esse sono invece presenti in molti altri Paesi europei.

Per noi si tratta di individuare le esigenze reali e di studiare, sulla base dei servizi analitici presenti nel Paese, le possibilità di intervento compatibili con la legge attuale, anche nell'ottica delle esigenze del sistema di allerta rapido, nel rispetto degli impegni assunti dall'Italia a livello europeo.

Obiettivo ambizioso, ma possibile, è quello di creare un coordinamento nazionale di tutti i servizi analitici (PMP, ARPA, Tossicologie Forensi, Centri Universitari, Dogane), servizio che non avrebbe uguali in Europa e sarebbe in grado di rispondere pienamente agli impegni assunti dal nostro governo.

Strategie di riduzione della domanda

Esistono ricerche, alcune di ottimo livello scientifico, riportate nella Relazione al Parlamento 1998, condotte da soggetti diversi, in ambiti e situazioni differenti, che attestano come il consumo di sostanze sia elevato e diffuso, interessando un po' tutte le categorie sociali e tutte le fasce di età (a partire già dai 13 - 14 anni), e come le sostanze disponibili siano sempre più numerose, e si assista alla loro continua immissione sul mercato. Le sostanze illegali nettamente più usate e facili da reperire sono i cannabinoidi, seguiti a distanza, ma con consumo in aumento, da Cocaina, Ecstasy e Anfetamine.

Sulle motivazioni, gli effetti e le conseguenze d'uso di queste sostanze si rimanda alla Relazione al Parlamento dello scorso anno; qui si vogliono evidenziare alcuni problemi connessi alla loro diffusione. L'aumento costante del consumo, in particolare di cannabis e di droghe sintetiche, attestato dalle ricerche locali, dalle segnalazioni ai sensi degli articoli 75 e 121 del DPR 309/90 e dai sequestri, impone attente riflessioni sulle strategie di riduzione della domanda sin qui adottate ed un approfondito studio sugli involontari meccanismi favorenti il consumo.

Nonostante gli sforzi dissuasivi e le campagne condotte in questi anni, sia a livello nazionale che a livello locale, sembra non sia affatto passato il messaggio circa la loro dannosità. In molti vi è l'idea che esse siano meno nocive del tabacco e dell'alcool e che i rischi dichiarati siano piuttosto aleatori , e del tutto accettabili rispetto ai piacevoli effetti prodotti. In particolare, i più giovani sembrano avere nei confronti dalla cannabis e delle droghe sintetiche lo stesso rapporto che, sino a qualche anno fa, mostravano avere verso il tabacco: trasgressione, qualcosa che va fatto di nascosto ma che in fondo fanno in tanti se non tutti, piacere a basso costo e, soprattutto, a basso rischio. C'è una fortissima discrepanza tra le strategie adottate, i risultati attesi e la realtà. Un punto fondamentale su cui riflettere è la credibilità dei messaggi. Per essere credibili essi non devono essere contraddittori, devono essere ben veicolati e soprattutto contenere informazioni veritiere. In particolare per i cannabinoidi, ma sempre più spesso anche per la droghe di sintesi, sembrano esserci due correnti di pensiero, che prescindono del tutto dalle evidenze scientifiche: per taluni sono il peggiore dei mali possibili, per altri hanno quasi esclusivamente poteri benefici o piacevoli. Le energie assorbite dal dibattito antropologico, etico e culturale dovrebbero , invece, essere focalizzate alla ricerca del modo più efficace per contrastare l'offerta e la domanda di droga e i danni conseguenti, e mai disperdersi in uno stravolgimento delle acquisizioni e delle evidenze scientifiche. Prendendo ad esempio ciò che è successo contro la diffusione e i danni da tabacco, bisogna rilevare che non vi è nessuno (oggi, neppure i produttori), che esalti le qualità del tabacco; c'è piena consapevolezza, generalizzata, che il fumo fa male, e su questa base cresce sempre di più la riprovazione sociale verso chi ne fa uso. Le campagne allarmistiche e terrorizzanti, che puntavano tutto sullo spavento delle persone, enfatizzando solo gli aspetti negativi e negando le motivazioni d'uso, hanno avuto tutte un esito disastroso, spesso controproducente; al contrario, quelle che senza tralasciare il messaggio sugli effetti fisici, hanno puntato sulle motivazioni e sul coinvolgimento hanno avuto ed hanno esiti assolutamente vincenti. Che il fumo da tabacco provochi direttamente o indirettamente circa 8.000 morti l'anno viene ripetuto continuamente ed ormai tutti lo sanno, ma ciò non vale a distogliere chi già fuma o a fermare chi vuole fare questa esperienza. Enfatizzare che la cannabis è l'anticamera dell'eroina (e quindi della tossicodipendenza) rischia di essere poco credibile perché ciò è vero solo per una percentuale bassissima (1 - 3%), che arriva all'eroina per ben altre motivazioni che non l'aver fumato. Dalla ricerca Multi Rischi condotta in alcune scuole medie superiori romane si apprende che il 70% dei fumatori di tabacco ha fatto esperienza di "canne" mentre tra i non fumatori la percentuale passa a circa il 10%. Eppure, nessuno afferma che il tabacco è l'anticamera della droga! Enfatizzare i danni neurologici, che indubbiamente ci sono e possono essere anche gravi, ed ignorare del tutto gli effetti piacevoli e motivazionali dell'uso di queste sostanze, rischia di risultare, ancora una volta, poco credibile. Quasi sempre, infatti, questi danni sono poco apprezzabili e difficili da cogliere; intervengono con tale gradualità da poter essere del tutto disconosciuti. Il messaggio che passa è dunque quello di un allarme ingiustificato.

Prima di parlare dei danni delle sostanze, si deve innanzi tutto circoscrivere il campo e puntare l'attenzione sui danni prevalenti: ad esempio non si parla quasi mai dell'incidenza negativa, accertata e incontrovertibile, che la cannabis ha su chi guida. Per provare ad invertire la tendenza e sperare di incidere sulla realtà, oggi bisogna sforzarsi di studiare con molta più attenzione le motivazioni d'uso. E' su queste che si deve agire, anche intervenendo a modificare tutti quei messaggi che esaltano l'arrivare, le prestazioni e l'apparire come conseguenza diretta dell'uso di un "qualcosa".

A03: I decessi droga correlati

La qualità dei dati raccolti
I decessi droga correlati (DRD) possono essere considerati, con alcune cautele, un indicatore indiretto di prevalenza d'uso di droga, o meglio di uso più problematico di droga.

Infatti, le variazioni spaziali e temporali di questa statistica possono riflettere, non solo una variabilità del fenomeno ma, purtroppo, anche l'effetto concomitante dei mutamenti di alcuni fattori legati alla definizione dei casi e alle modalità di raccolta dei dati, o di altri fattori fisiopatologici legati al contenuto di principio attivo delle sostanze utilizzate, alle modalità di assunzione, alle associazioni con altre sostanze assunte, allo stato fisico dei singoli soggetti al momento del consumo e del conseguente decesso.

La statistica si presenta, quindi, particolarmente sensibile all'azione dei cosiddetti fattori di confondimento (spesso correlati con la fonte di provenienza dei dati); la sua utilizzazione ai fini del monitoraggio del fenomeno dipende, dunque, in modo rilevante dalla capacità di tenere sotto controllo il numero più alto possibile di questi fattori.

I sistemi di rilevazione
Nel nostro Paese, i DRD vengono rilevati attraverso due sistemi distinti, il Registro nazionale di mortalità ed il Registro speciale dei decessi droga correlati, entrambe caratterizzati da una copertura nazionale del territorio, ma distinti per definizione di caso, specificità, articolazione della procedura di rilevamento, tempi e modi di produzione dei dati e loro verifica.

Il Registro nazionale di mortalità, curato dall'ISTAT, riguarda tutti i decessi avvenuti nella popolazione generale e le cause di morte sono codificate secondo un sistema di classificazione internazionale.

Dal 1995, l'ISTAT è passato da un sistema di codifica manuale ad un sistema di codifica automatica. Tale sistema consente di gestire l'informazione sia delle cause iniziali dei decessi sia di quelle finali. Dal punto di vista pratico, ciò permette di disporre di tutte le cause associate al decesso e rende possibile un'analisi di multimorbosità.

I certificati di morte, base stessa del Registro nazionale di mortalità, che riportano variabili demografiche come sesso, età e data di nascita, sono generalmente accurati, ma presentano una discreta variabilità nella qualità delle codifiche delle cause di morte.

I certificati riflettono, infatti, le limitazioni nelle conoscenze specifiche del caso da parte del medico compilatore, la limitata disponibilità d'informazioni al momento del decesso, le variazioni nelle modalità con cui il medico compila il certificato, le limitazioni con cui vengono, a monte, classificate le cause che sottendono al decesso (es. cause violente come suicidi o omicidi, morti accidentali per trauma, decessi correlabili a droghe o altri agenti tossici).

Ne conseguono una variabilità ed una sottostima che, allo stato attuale, limitano l'utilizzo dell'indicatore DRD. Questa limitazione è ancora più evidente per sostanze come ad es. la cocaina, che più facilmente di altre porta a misclassificazioni della causa di morte. Per completezza d'informazione, è utile ricordare che ogni Comune possiede un proprio registro di mortalità generale.

Le statistiche ufficiali che ogni anno il nostro Paese produce in termini di DRD, sono realizzate sistematicamente dal Ministero dell'Interno attraverso la DCSA (Direzione Centrale per i Servizi Antidroga), che utilizza un Registro speciale di mortalità droga-correlata.

Queste statistiche si riferiscono esclusivamente ai decessi direttamente correlati alla droga, ovvero dovuti ad overdose, incidente di assunzione (principalmente per iniezione di eroina) o effetto ipertossico di sostanze concomitanti (soprattutto in miscele di strada). In una parte dei casi, le cause del decesso vengono, successivamente stabilite attraverso accertamenti tossicologici ed autoptici, generalmente effettuati solo quando necessario e richiesto dalla Magistratura.

Le statistiche in tal senso prodotte dal Gruppo italiano dei tossicologi forensi (GTF), sono sistematicamente raccolte dal GTF stesso e, dal 1999, risultano disponibili per il flusso nazionale dei dati DRD.

Morti da droga e morti droga correlate: una differenza importante da conoscere per capire il fenomeno.

Il Gruppo Tossicologi Forensi (GTF), appartenente alla Società Italiana di Medicina Legale e delle assicurazioni (SIMLA), ha attivato nel 1999 uno studio, cui ha partecipato la maggior parte delle sezioni universitarie. Le "morti da droga" in esso considerate sono state quelle in cui l'assunzione dello stupefacente ha svolto un ruolo causale di necessità nel determinismo del decesso. La "morte da droga" è infatti quella che il Codice Penale (art. 586) considera reato, come "morte in conseguenza di altro delitto", in quanto la sostanza che ha causato direttamente la morte è stata necessariamente ceduta alla vittima da "terzi" (reato di cui all'art. 73 del D.P.R.309/90).
Le "morti da droga" non devono essere confuse con quelle che vengono definite le "morti droga-correlate", le quali comprendono oltre ai suicidi, gli incidenti stradali, le morti da patologia connessa e tutte quelle morti in cui la droga può aver giocato un qualche ruolo, specie a livello del comportamento, pur senza avere avuto alcuna influenza sul suo determinismo. L'approccio diagnostico, attraverso cui i casi inclusi nello studio sono stati selezionati, è quello usato nella valutazione dell'avvelenamento, basata sulla criteri medico-legali classici. In definitiva si tratta di "morti da droga" assolutamente certe e cioè di avvelenamenti acuti letali da droga.

I decessi indirettamente correlati alla droga (come omicidi, suicidi, incidenti stradali e sul posto di lavoro, epatiti, AIDS ed altro) non sono attualmente inclusi nel Registro speciale, né sono oggi derivabili dal Registro nazionale di mortalità.

Entrambi i sistemi ufficiali di rilevamento presentano ancora, come detto, alcune limitazioni e incompletezze. I dati del Registro nazionale di mortalità sono disponibili con quasi due anni di ritardo rispetto l'anno in cui è avvenuto il decesso. Ciò rende, di fatto, impossibile un loro utilizzo diretto nel monitoraggio e nello studio dei nuovi elementi o trend emergenti nella mortalità droga correlata. D'altro canto, questi dati sono i soli di cui si oggi si disponga, al fine di rilevare (se pur con un ritardo fisiologico, e con necessarie modifiche di procedura e di codifica) le cause ed i fattori che sottendono direttamente e indirettamente questi eventi.

Il Registro speciale, che opera in tempi più brevi, fornisce solo i dati sui DRD direttamente correlati alla droga, con pochi riferimenti di contesto. Mensilmente, il Ministero dell'Interno, attraverso la DCSA, rende pubblici i dati dei decessi avvenuti nei singoli ambiti territoriali, riservandosi la possibilità di operare rettifiche (legate ad ulteriori approfondimenti) nel compendio annuale disponibile nei primi mesi dell'anno successivo.
Il Registro speciale raccoglie, verifica e riporta i casi di DRD rilevati dalle Forze di polizia sul territorio e su base indiziaria, cioè non verificati da riscontri autoptici e tossicologici. Da sottolineare che, quando effettuati, tali riscontri pervengono alla DCSA con un naturale e imprevedibile ritardo.

Il Registro Speciale è quindi basato sui casi rilevati dalle Forze di polizia e, dal punto di vista geografico, i casi sono riferiti all'ambito territoriale in cui il decesso è avvenuto, e non al luogo di residenza o domicilio del soggetto deceduto. L'elevata "pendolarità" dei soggetti, consumatori o tossicodipendenti, rende importante sottolineare questo aspetto, anche se il dato della residenza è comunque disponibile nel registro.

Entrambi i registri, dunque, anche se per ragioni differenti, sottostimano la reale entità dei DRD. Ad oggi, non è stato possibile, essenzialmente per differenti tempi di raccolta dei dati, per mancanza di tradizione e per mancanza di esigenze pregresse, collegare in modo complementare e sinergico i due sistemi ed archivi. Un collegamento tra i due registri e con i registri forensi, potrebbe compensare questa

limitazione, a vantaggio della completezza e della qualità dell'indicatore.

Gli sviluppi futuri del sistema di rilevazione

Il nostro Paese è attualmente impegnato in questa direzione, sia per implementare i flussi informativi nazionali sulla droga, sia per sviluppare una modalità di produzione e raccolta dati più idonea alle esigenze di armonizzazione e qualità dell'indicatore decessi droga correlati a livello europeo, sia per esigenze di comprensione-intervento (poiché i decessi si verificano non solo tra i tossicodipendenti per via iniettiva, ma, sempre più spesso, anche tra assuntori di sostanze diverse dagli oppiacei).

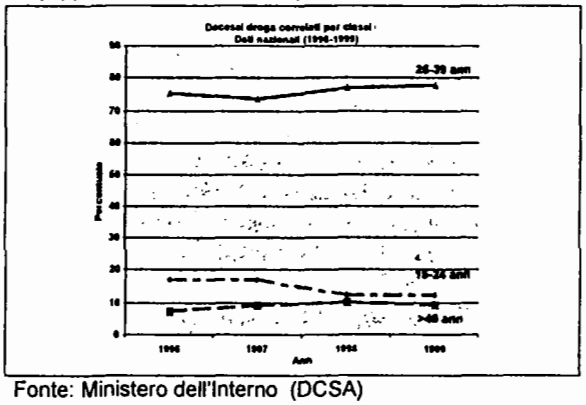
Nel corso del 1999, presso il Punto Focale Italiano, si è studiata la fattibilità e l'operatività di un tavolo di lavoro che, in questo campo, si sforzi di adeguare questo indicatore alle componenti istituzionali (ISTAT e Ministero dell'Interno-DCSA), alla ricerca (Istituto Superiore di Sanità) ed alla realtà forense (Gruppo italiano tossicologi forensi).

E' stata, in tal senso, individuata una strategia praticabile, per l'attuazione della quale verrà formalizzato, nei primi mesi del 2000, un tavolo di lavoro specifico, volto a migliorare ulteriormente la qualità e il contenuto informativo dell'indicatore DRD, anche ai fini di un suo adeguamento allo standard europeo promosso dall'OEDT. Si stanno inoltre valutando possibilità e modalità per collegare i dati dei due registri nazionali con i dati di coorte sulla mortalità in gruppi di tossicodipendenti e forti consumatori di droga, che saranno prodotti in studi specifici promossi dal Ministero della Sanità.

I dati del 1999

Nel 1999, il numero globale dei DRD nel paese risulta ridotto del 29,4% rispetto all'anno precedente, ma ciò non deve indurre a facili ottimismi. La riduzione è evidente in tutte le Regioni italiane (con fluttuazioni tra lo 0% ed il 50%), fatta eccezione per la Campania, dove si continua a registrare un incremento, se pur modesto (+3,7%), dei decessi per droga. Sempre in Campania, circa il 20% dei deceduti ha meno di 24 anni, a fronte del 13% del dato nazionale, uguale a quello dell'anno precedente. Segue la Toscana con il 17.6% dei soggetti sotto i 24 anni, quindi l'Umbria, il Friuli e l'Emilia Romagna

Decessi droga-correlati distribuzione per classi d'età: dati nazionali 1996-1999



Fonte: Ministero dell'Interno (DCSA)

Nel grafico precedente è riportato, per gli ultimi quattro anni, il dato dei decessi in relazione alle diverse classi d'età. I valori della distribuzione percentuale confermano un leggero incremento della classe centrale d'età (+3%) ed un modesto decremento nella classe più giovane.

E'opportuno comunque segnalare l'incremento di un punto percentuale nei decessi di soggetti con meno di 20 anni nell'ambito della classe 15-24 (13,5% di contro al 12,5% del '98 e all'11,4% del '97).

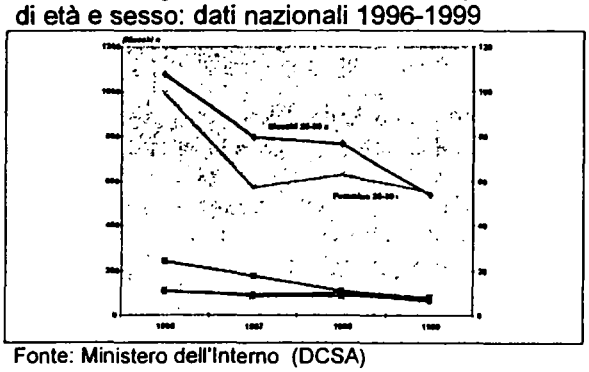
Il dato evidenzia, ancora una volta, la necessità di una maggior attenzione sul particolare aspetto dei decessi nei giovani con meno di 20 anni, anche considerando che gli operatori sul territorio riferiscono frequentemente di soggetti molto giovani con abitudini d'assunzione particolarmente a rischio.

La lettura dei dati riferiti dal Gruppo italiano dei tossicologi forensi tende a definire un modello in cui, la componente dei decessi per eroina in popolazione tossicodipendente, viene sostituita dalla componente dei decessi conseguenti ad abuso di sostanze come la cocaina, avvenuti in soggetti non propriamente tossicodipendenti ed in situazioni in cui, senza specifici accertamenti tossicologici, risulta difficile identificare la sostanza come causa diretta del decesso.

Un'attenzione più mirata ed un uso più esteso degli accertamenti tossicologico-legali sui decessi, potrebbero fornire utili informazioni, e permettere un'analisi più approfondita della questione. Ugualmente utile potrebbe risultare, il miglioramento (già in corso) della codifica sulle cause dei decessi, ed un valido aiuto potrebbe derivare da una lettura comprensiva dei dati di mortalità prodotti in specifici studi, su coorti di tossicodipendenti.

Nei grafico seguente, è riportata la distribuzione per classi di età, rispettivamente per i maschi e per le femmine, dei decessi avvenuti nel periodo 1996-1999.

Decessi droga correlati distribuzione per classi di età e sesso: dati nazionali 1996-1999



Fonte: Ministero dell'Interno (DCSA)

Dall'analisi dei dati si rileva che il 31% dei decessi nella classe 15-19 ed il 15% nella classe 20-24 é rappresentato da soggetti di sesso femminile, contro un media del 10% nelle altre classi.

Contrariamente a quanto osservato per i maschi, che nell'ultimo anno hanno fatto registrare una decisa riduzione dei DRD sia globalmente (-30%) sia in relazione a tutte le classi di età, tra le femmine si è evidenziata una riduzione globale del 18%, a carico delle sole classi maggiori di età.

E' rimasto invariato il numero, fortunatamente contenuto, dei DRD femminili nella classe 15-19. E' utile ricordare che una maggiore diffusione dell'uso di droghe problematico tra le donne, è osservata dagli operatori in più parti del territorio. Tutto ciò suggerisce l'opportunità di sviluppare in tempi ragionevoli, o intensificare ove presenti, programmi mirati a consumatori e tossicodipendenti di sesso femminile.

Le morti da droga: uno studio da sviluppare

Nello studio attivato nel 1999, sulle morti da droga, dal Gruppo tossicologi forensi (GTF) della Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni, sono stati raccolti dati sui decessi avvenuti in 19 aree provinciali. I dati, quindi, fanno riferimento solo ad una parte della casistica nazionale e la mancanza di alcune grandi aree metropolitane e una non sempre capillare richiesta di accertamenti autoptici con consulenza tossicologica da parte dell'autorità giudiziaria rendono il campione non utilizzabile per stime a carattere nazionale.

Dal punto di vista organizzativo e metodologico, l'indagine si caratterizza come uno studio pilota, che potrà essere riportato su scala più ampia e con maggiore interazione con le Autorità Giudiziarie.

L'analisi dei dati raccolti mostra l'assenza di particolari picchi nella distribuzione mensile di morti da droga. Non si evidenziano, infatti, periodi dell'anno con particolare concentrazione di decessi: su una media di 50 morti mensili, la fluttuazione non si discosta più del 10%, con un valore minimo a novembre (38 morti) e massimo in dicembre (65 morti).

Se si considerano il sesso e l'età, si evidenzia l'attesa e nota preponderanza del sesso maschile (circa il 90% dei decessi nel corso dell'intero periodo). La fascia d'età più colpita risulta quella tra 31 e 40 anni (48%) seguita dalla fascia 25-30 (31%).

Questo dato porta ad un confronto con quanto riportato nel "Libro Bianco" dello studio precedentemente realizzato dal GTF e relativo al periodo 1991-1996. Lungo quest'arco di tempo, la fascia 25-30 anni risultava quella più colpita (40%), mentre la classe 31-40 anni risultava seconda, con il 33% dei casi. In definitiva, l'evoluzione del fenomeno ha portato ad un'inversione tra le fasce più colpite, correlata con l'invecchiamento della popolazione tossicomanica. E' importante notare che, nelle fasce più giovani, si ha un dimezzamento della percentuale di mortalità,

11% nel periodo di studio (1999) contro un 22% nel periodo 1991-96. Tra i deceduti con meno di 25 anni, circa l'8% non era ancora maggiorenne. La tabella seguente mostra la distribuzione dei decessi nelle arre territoriali scelte per lo studio, in relazione alle sostanze individuate come causa della morte.

Morti da droga secondo la sede dell'Istituto di Medicina Legale e secondo le sostanze causa del decesso, registrati nel corso del 1999

Morti 1999	Eroina				Cocaina				Metadone e altre sostanze				Totale
Laboratori di Tossicologia Forense	unica	+ alcool	+ altre sostanze	+ alcool ed altre sostanze	unica	+ alcool	+ altre sostanze	+ alcool ed altre sostanze	unica	+ alcool	+ altre sostanze	+ alcool ed altre sostanze	
Ancona	3	0	5	3	0	0	0	0	0	0	0	0	11
Brescia	8	16	11	3	5	1	0	0	1	0	0	0	45
Cagliari	4	3	7	0	0	0	0	0	1	0	0	1	16
Catania	4	5	2	0	3	0	0	0	0	0	0	0	14
Firenze	11	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	14
Macerata	5	5	6	2	0	0	0	0	0	0	0	0	18
Messina	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3
Milano	18	7	35	16	5	2	2	1	1	0	0	1	88
Modena	6	3	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26
Napoli 1°	32	0	16	3	4	0	0	0	0	0	0	0	55
Napoli 2°	16	4	2	0	6	1	0	0	0	0	1	0	30
Padova	3	12	9	8	0	0	0	0	1	1	0	0	34
Parma	4	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11
Pavia	14	11	11	3	0	0	2	1	1	0	2	0	45
Perugia	2	2	11	1	0	0	1	0	0	0	0	0	17
Pisa	3	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	8
Roma SAP	18	16	17	6	1	1	0	0	0	0	0	0	59
Roma TOR	6	4	6	2	1	0	0	0	1	0	0	0	20
Roma CAT	21	3	4	1	6	0	0	0	3	0	0	0	38
Siena	4	2	2	0	0	0	0	0	0	1	1	0	10
Trieste	3	0	4	3	0	0	0	0	0	0	2	0	12
Verona	15	2	12	0	3	0	0	0	0	0	1	0	33
Totale	200	98	187	53	35	5	6	2	9	2	8	2	607

Fonte: studio dal Gruppo Tossicologi Forensi (GTF) della Società Italiana di Medicina Legale e delle assicurazioni

I 200 casi in cui è stata rilevata la sola presenza di eroina, costituiscono il 33% dell'intera casistica: se a questa quota si aggiungono i casi in cui c'è stata compresenza di alcool (98 casi, 16%), di altri stupefacenti (187 casi, 31%) o di entrambi (53 casi, 9%), l'eroina rappresenta la causa di morte in 538 casi su un totale di 607, ovvero nell'89% dei decessi registrati nel campione.

Diverso il caso della cocaina (48 casi, 8%) che, quando è causa della morte, si ritrova quasi sempre come sostanza unica (73% dei decessi da cocaina), e che, nella restante metà dei casi, è associata ad alcool.
La maggior parte delle morti (89%) per narcotismo acuto incluse nello studio, sono causate da eroina, ma è interessante notare che la cocaina, con una quota dell' 8%, si evidenzia in notevole aumento rispetto al valore del 3% di decessi del primo studio (periodo 1991-96).

Il ruolo svolto dalla cocaina all'interno del discorso circa le cause di morte, è confermato anche dall'analisi della tabella successiva, inerente le sostanze ritrovate unitamente allo stupefacente responsabile del decesso. La cocaina rappresenta, infatti la sostanza più frequentemente presente (130 casi), e ciò indica un suo sempre più frquente consumo anche in soggetti consumatori abituali di altre sostanze.
Ulteriore conferma di questo dato si ottiene dalla consttazione che, laddove nel 1999 le sostanze trovate con più frequenza sono state

la cocaina, le benzodiazepine ed i cannabinoidi, nel periodo 1991-96 le sostanze più utilizzate risultavano essere le benzodiazepine, seguite dai cannabinoidi e, in ultimo, dalla cocaina.
Data la tendenza, da più parti segnalata, all'incremento dell'uso-abuso di cocaina non solo tra i tossicodipendenti, i dati rilevati dal GTF motivano la necessità di una maggiore attenzione ai problemi associati al consumo di questa sostanza.

Morti da droga secondo la sede dell'Istituto di Medicina Legale e secondo le sostanze associate, registrati nel corso del 1999

Laboratori di Tossicologia Forense	Amfetamine	Antidepressivi	Barbiturici	Benzodiazepine	Cannabinoidi	Cocaina	Oppiacei	Metadone	Altre	Totale
Ancona	1	0	0	1	3	5	0	0	1	11
Brescia	0	0	0	3	2	6	0	0	0	11
Cagliari	1	0	0	5	1	1	0	1	0	9
Catania	0	0	1	2	0	0	0	0	0	3
Firenze	0	0	0	0	0	2	1	0	0	3
Macerata	0	0	0	1	0	6	0	1	0	8
Messina	0	0	0	2	0	1	1	0	0	4
Milano	0	5	1	19	12	37	0	14	9	97
Modena	0	1	0	8	1	9	0	2	0	21
Napoli 1°	0	0	0	5	3	13	0	0	2	23
Napoli 2°	0	0	0	2	2	1	0	0	0	5
Padova	2	1	1	11	3	4	2	0	0	24
Parma	0	0	0	6	1	5	0	0	1	13
Pavia	0	1	0	8	8	11	3	0	0	31
Perugia	1	0	0	4	1	9	0	3	0	18
Pisa	0	0	0	0	3	1	0	0	0	4
Roma SAP	0	0	2	27	12	7	0	0	0	48
Roma TOR	0	0	0	2	2	5	0	0	0	9
Roma CAT	1	0	0	5	5	3	0	2	4	20
Siena	0	0	1	2	1	0	0	1	0	5
Trieste	0	1	2	9	3	1	3	0	3	22
Verona	0	0	0	4	4	3	0	0	1	12
Totale	6	9	8	126	67	130	10	24	21	401

Fonte: studio dal Gruppo Tossicologi Forensi (GTF) della Società Italiana di Medicina Legale e delle assicurazioni

A04: Il servizio DROGATEL

Come funziona il servizio
"Drogatel", servizio telefonico nazionale anonimo e gratuito, è curato dal Dipartimento per gli Affari Sociali (DAS) della Presidenza del Consiglio dei Ministri. Anche nel 1999, ha rappresentato un importante punto di riferimento per necessità di tipo informativo e di supporto psicologico in merito a problemi connessi all'uso o abuso di sostanze.

"Drogatel", che dal 1° gennaio 1999 si caratterizza tecnologicamente come "call-center", dispone di 4 postazioni telefoniche, attive tutti i giorni, dalle ore 09.00 alle 21.00. Può contare su un'èquipe composta da 12 psicologi, 1 educatore, 1 assistente sociale, 1 consulente medico, 1 consulente legale, 1 operatore tecnico di segreteria ed una coordinatrice del DAS. L'equipe, che si aggiorna anche grazie a contatti (diretti o indiretti) con Servizi pubblici e privati, svolge attività di:

- informazione sulle tematiche connesse alla tossicodipendenza ed all'alcoldipendenza;
- counseling telefonico, mirato a ridefinire il problema posto dall'utente ed a prospettare una gamma di possibili soluzioni;
- orientamento dell'utente verso servizi e strutture, pubbliche o convenzionate, adeguate ai problemi emersi durante il colloquio telefonico;
- invio di materiale informativo sulle sostanze stupefacenti;
- incontro con esperti del settore, per conoscere le nuove terapie ed i risultati di studi e ricerche; acquisizione di testi, articoli o altre fonti, con particolare attenzione a "nuove droghe" e nuove modalità di consumo,
- promozione del servizio attraverso l'invio di locandine, adesivi, depliant; realizzazione di spot televisivi e radiofonici, partecipazione a trasmissioni radiofoniche su specifica richiesta, consulenza per articoli d'informazione sulle "droghe", con particolare riguardo alle riviste rivolte ai giovani.

Le telefonate sono codificate grazie ad un sistema di data-entry "on-line", che consente l'immediata e articolata raccolta dei dati relativi agli utenti, nonché la diretta consultazione di un archivio computerizzato dei Centri di riferimento psico-socio-sanitari, presenti sul territorio nazionale.

L' attivita' svolta da "Drogatel" nel 1999
Sono state "gestite" circa 20.000 telefonate, il 46,20% delle quali è stato effettuato da cittadini che non avevano mai contattato altri servizi connessi a questo tipo di problemi.

"Drogatel", dunque, sembra essere capace di raggiungere l'utenza "sommersa", cui viene così offerta l'opportunità di un primo approccio con le strutture ed uno spazio per riflettere sull'opportunità di rivolgersi agli specialisti disponibili sul territorio.

Rilevante, inoltre, l'azione informativa svolta da "Drogatel" a favore di cittadini che spesso non conoscono i servizi disponibili sul territorio (Ser.T., consultori, servizi di alcologia, associazioni convenzionate, ecc.), ed ancor meno l'ampia gamma d'interventi da essi offerti.

Le caratteristiche dell' utenza sommersa"
La popolazione "sommersa" che si rivolge a "Drogatel" è prevalentemente giovane. La maggiore incidenza si registra nella fascia di età 19-25 anni (24% del totale). Di contro, la fascia d'età che più rappresenta i soggetti già utenti di altri servizi per la tossicodipendenza è quella compresa tra 26 e 35 anni (28% del totale).

La popolazione "sommersa" è particolarmente orientata verso la richiesta d'informazioni sulle sostanze, soprattutto in relazione ai loro effetti a breve termine ed alla probabilità di dipendenza psicofisica. Giungono, in tal senso, richieste d'informazione circa i cannabinoidi (20%), la cocaina (13%), l'ecstasy (5%) e l'LSD (2%)

Gli utenti già in contato con i servizi richiedono maggiori informazioni su cocaina (4,7%) e cannabinoidi (4,6%).

L'utenza "sommersa" consuma in prevalenza cannabinoidi (28,73%), eroina (20,13%) e cocaina (19,1%). Il consumo di eroina è, invece,

nettamente prevalente nei soggetti già in contatto con i servizi (44,9%), seguito poi dall'uso benzodiazepine (15,2%).

Caratteristiche dei consumatori
Tra i soggetti che, direttamente o tramite terzi, si sono rivolti a "Drogatel", vi è un 72,4% di consumatori abituali di sostanze stupefacenti o psicotrope, un 15,2% di consumatori occasionali e un 12,5% di consumatori non meglio definiti.

La sostanza maggiormente usata è l'eroina (33,84%), seguita dai cannabinoidi (26%) e dalla cocaina (18,9%).

Dall'incrocio tra tipo di sostanze utilizzate e classi d'età dei consumatori, i cannabinoidi appaiono essere la sostanza più usata nel corso della prima adolescenza. Nell'età "giovanile" all'uso di cannabinoidi si affianca quello di eroina, quasi a pari livello. Rispetto a per questa fascia d'età, è particolarmente interessante anche la percentuale relativa al consumo di cocaina.

Nei giovani adulti, la sostanza maggiormente utilizzata è l'eroina (quasi 50% dei casi), seguita a distanza dalla cocaina e dall'alcool. Nell'età adulta all'eroina si affianca l'uso di alcool e psicofarmaci. Nelle due ultime fasce d'età, l'alcool e gli psicofarmaci diventano le prime sostanze di consumo.

Caratteristiche della persona che chiama Drogatel
A "Drogatel" telefonano maggiormente i consumatori abituali (23,6%), seguiti dalle madri (20%), dal partner (9,6%), dai "cittadini" (7,8%), - definendo "cittadino" la persona che chiama pur non avendo problemi legati all'uso di sostanze, né un ruolo all'interno di questo settore - dagli amici (7%) e dai consumatori occasionali (5,9%).

E' interessante osservare che le telefonate di madri e padri presentano un rapporto simile a quello delle sorelle rispetto ai fratelli. In entrambe i casi, i parenti di genere femminile mostrano un accesso al servizio nettamente superiore, confermando così una maggiore disponibilità della popolazione femminile alla "presa in carico" di tali problematiche, nonché una sua maggiore apertura verso i servizi di riferimento.

Rapporto fra persona che chiama e tipo di richiesta
Il Consumatore Abituale richiede innanzitutto sostegno o consigli di tipo psicologico (50%), informazioni sui servizi (46%) e sulle sostanze (40%). Si differenzia dalle altre categorie di utenti "Drogatel" per una maggior richiesta di informazioni di tipo medico, per le domande su benzodiazepine, antidepressivi, barbiturici, antipsicotici e alcool, e per la richiesta d'informazioni sulle terapie con psicofarmaci.

La Madre richiede prevalentemente sostegno o consigli di tipo psicologico (78%), informazioni sui servizi (50%) e sulle sostanze (36%). Si caratterizza per quesiti di tipo psicologico (soprattutto in relazione ai comportamenti da tenere ed alla gestione delle proprie crisi d'ansia), e per la richiesta d'informazioni sui cannabinoidi.

Rispetto all'invio ai servizi territoriali, "Drogatel" orienta frequentemente le madri, verso consultori, distretti socio sanitari, associazioni e servizi di psicoterapia.

Il Partner pone una richiesta di sostegno e di consiglio di tipo psicologico (77%), informazioni sui servizi (55%) e sulle sostanze (39%). Si caratterizza, appunto, per le richieste di sostegno psicologico, soprattutto in relazione a comportamenti ed atteggiamenti da tenere. Richiede, inoltre, numerose informazioni sulle sostanze (soprattutto cocaina ed alcool) e sulla loro capacità di generare dipendenza psicofisica.

Il "cittadino" richiede informazioni sui servizi (38%), sulle sostanze (29%) e consigli di tipo psicologico (26%). Le telefonate sono caratterizzate dalla specifica richiesta di "telefoni utili" e numeri verdi e da quesiti relativi all'AIDS ed alle malattie sessualmente trasmissibili.

L'amico/a chiede sostegno e consiglio di tipo psicologico (67%), nonché informazioni sui servizi (43%) e sulle sostanze (39%). Si caratterizza per la richiesta di suggerimenti circa il comportamento da tenere nei confronti della persona che abusa di sostanze e per la richiesta

d'informazioni sulla cocaina, sulle possibilità di dipendenza psicofisica da droghe e sui loro effetti a lungo termine.

Il consumatore occasionale richiede informazioni sulle sostanze (61%) e sui loro effetti collaterali (44%), nonché sostegno e consiglio psicologico (47%). Si rivolge a "Drogatel" soprattutto per richiedere informazioni sulle sostanze (cannabinoidi, cocaina, ecstasy ed LSD), sui loro effetti a breve e a lungo termine e sul loro livello di tossicità. Il consumatore occasionale si caratterizza, inoltre, per una notevole richiesta d'informazioni in merito alle analisi tossicologiche. Tale richiesta è spesso legata alla imminenza della visita militare o ad eventuali controlli richiesti dai genitori.

La distribuzione territoriale delle chiamate
Il 25% delle chiamate proviene dal Centro Italia e la stessa percentuale si registra per il Sud; le chiamate dal Nord Ovest rappresentano il 24% del totale e quelle dal Nord Est pesano per il 12%. Il 10% delle chiamate proviene dalle Isole.

PAGINA BIANCA

A05: Uso endovena di droghe: patologie infettive correlate

Le complicanze infettive
E' noto che i comportamenti associati all'uso endovenoso di sostanze stupefacenti determinano un eccesso di morbosità e di mortalità, attribuibile ad una molteplicità di cause.

Nell'ambito delle patologie correlate alle tossicodipendenze, le malattie infettive rappresentano senz'altro il capitolo più importante (es. infezione da HIV ed epatiti). Il contagio può avvenire tramite lo scambio di siringhe contaminate o, in misura minore, attraverso i rapporti sessuali. In alcuni casi, le infezioni sono dovute a scarsa igiene nelle pratiche iniettive (es. endocarditi, ascessi, etc.) e non necessariamente alla riutilizzazione di siringhe usate da altri.

I dati di mortalità mostrano l'importanza del ruolo giocato da diverse patologie infettive, quali l'AIDS e le endocarditi, e dalle loro principali sequele, quale ad esempio la cirrosi epatica.

Nel presente approfondimento, verranno presi in considerazione i principali capitoli delle complicanze infettive legate alla tossicodipendenza, nonché gli andamenti temporali delle principali infezioni, quali l'HIV e le epatiti.

Infezione da HIV
Negli anni '90, l'infezione da HIV è diventata la principale causa di mortalità fra i tossicodipendenti, superando persino quella da "overdose".

Inizialmente, l'infezione da HIV tra i tossicodipendenti si é trasmessa soprattutto attraverso lo scambio di siringhe contaminate; nel tempo, è andata aumentando la percentuale di infezioni contratte attraverso rapporti sessuali.

Infatti, i tossicodipendenti, pur essendo stati capaci di modificare le abitudini relative alle modalità di assunzione delle sostanze, non hanno altrettanto modificato le abitudini sessuali. Ciò ha comportato, soprattutto per le donne tossicodipendenti, un aumento del rischio di trasmissione dell'infezione per via sessuale.

A questo proposito, è importante evidenziare che il Ministero della Sanità raccoglie, di routine, i dati relativi all'andamento della prevalenza di infezione da HIV nei tossicodipendenti afferenti ai Ser.T.. Altre fonti d'informazione derivano da studi e ricerche finanziate nell'ambito del Progetto ricerche AIDS del Ministero della Sanità-Istituto Superiore di Sanità. Infine, il Centro Operativo AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità raccoglie dati relativi all'andamento dei casi di AIDS.

I dati del sistema di sorveglianza segnalano che la frequenza della sieropositività all'HIV dei maschi tossicodipendenti è stimata intorno al 17%. Il rapporto maschi/femmine è circa 5:1 e la maggioranza delle donne tossicodipendenti ha partner tossicodipendenti.

Buona parte delle donne tossicodipendenti é, dunque, legata ad un partner tossicodipendente e quindi potenzialmente infetto ed in grado di contagiarla. Tale situazione è meno presente nella vita sessuale dei tossicodipendenti maschi che, nella metà dei casi, hanno partner non dediti all'uso di sostanze.

Considerato che l'AIDS si sviluppa diversi anni dopo l'acquisizione dell'infezione, sono stati implementati sistemi di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV che forniscono (in alcune Regioni) un'immagine aggiornata della situazione.

Infezioni virali (epatiti virali e infezioni da altri retrovirus, papillomavirus umano)
Le epatiti da virus B e C rappresentano un rilevante problema di sanità pubblica: i tossicodipendenti rappresentano il principale serbatoio di infezione. Mentre per l'epatite virale B è disponibile un vaccino sicuro ed efficace, per l'epatite da virus C non esiste alcuna possibilità di prevenzione al di fuori del cambio dei comportamenti (evitare pratiche iniettive a rischio infettivo). Com'è noto, le epatiti B e la C si trasmettono entrambe per via ematica (es.: scambio di siringhe), ma nell'epatite B gioca un ruolo importante anche la trasmissione sessuale.

Le fonti d'informazione sull'andamento temporale e sulla distribuzione geografica di tali infezioni sono date dal sistema di sorveglianza del Ministero della Sanità (relativo ai tossicodipendenti afferenti ai Ser.T.), dal SEIEVA (sistema di sorveglianza gestito dall'Istituto Superiore di Sanità) e da diversi studi e ricerche di carattere nazionale o locale.

Per quanto riguarda l'epatite B, i dati raccolti riguardano la positività di almeno un marker d'infezione, solitamente indicativo di un'infezione avvenuta nel passato (ma che non corrisponde necessariamente ad un'infezione in atto).

Esistono poi altre infezioni virali frequentemente riscontrabili nei tossicodipendenti. Tra le donne tossicodipendenti e con elevata promiscuità sessuale si evidenzia una notevole circolazione del virus del papilloma umano (HPV).

L'infezione da HPV, responsabile della displasia e, in misura minore, del tumore della cervice uterina, è particolarmente pericoloso nelle donne con infezione da HIV. In queste, infatti, l'immunodepressione HIV-correlata determina un'accelerazione della progressione dell'infezione da HPV verso forme più avanzate di displasia cervicale.

Infine, un'altra virosi trasmessa per via ematica, quale l'infezione da HTLV-II, ha prevalenza variabile fra il 5% ed il 10%. Questo dato è di notevole interesse, anche se l'espressività clinica di questo retrovirus non è nota e sembra comunque essere bassa.

Infezioni batteriche

I tossicodipendenti che assumono sostanze per via endovenosa hanno un rischio di endocardite batterica piuttosto elevato. Il microrganismo più spesso chiamato in causa è lo stafilococco, ma non sono da escludere altri agenti infettivi batterici e fungini (es. Candida). Uno studio eseguito a Roma ha mostrato come circa il 60% dei decessi per endocardite sia di fatto attribuibile ad abitudini legate alla tossicodipendenza.

Fra le patologie infettive caratterizzate da bassa incidenza, ma ad elevata letalità, merita un cenno il tetano. La revisione dei casi verificatisi in Campania negli ultimi cinque anni ha evidenziato che circa la metà dei casi colpiti da tetano riguardava tossicodipendenti d'età per lo più avanzata.

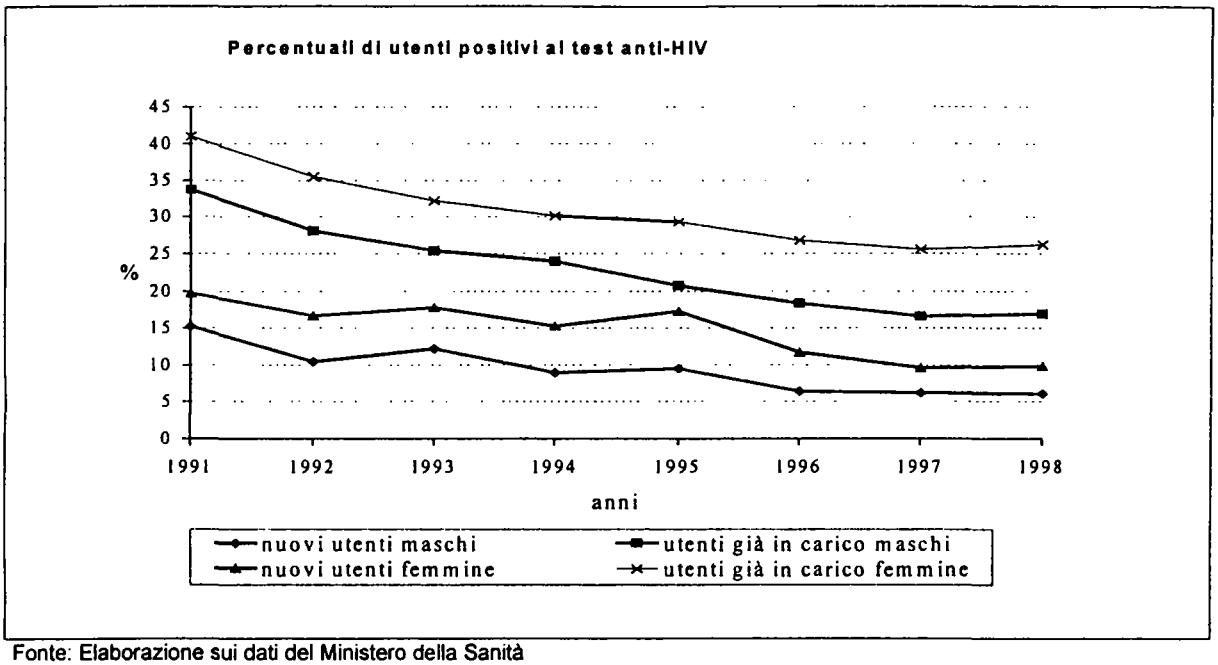
Ciò sembra essere in rapporto con l'invecchiamento dei gruppi di tossicodipendenti, la maggior parte dei quali presenta vene sclerotiche che aumentano il rischio di "fuori-vena" e la conseguente formazione di ascessi sottocutanei nei quali si crea un ambiente anaerobio che consente lo sviluppo delle spore eventualmente inoculate con la dose. A fronte di un tale dato ed al fine di un'eventuale strategia preventiva, potrebbe essere auspicabile promuovere un'indagine sulla copertura vaccinale della popolazione tossicodipendente.

Trend delle principali infezioni: infezione da HIV

I dati raccolti dal Ministero della Sanità relativamente alla morbidità per le principali patologie infettive, mostrano negli ultimi tre anni una stabilizzazione della prevalenza che fa seguito al continuo declino della prevalenza, osservato, invece, negli anni precedenti (vedi figura sotto riportata).

Come atteso, i vecchi utenti presentano livelli d'infezione più elevati rispetto ai nuovi utenti. Ciò è in parte dovuto alla maggiore durata dell'esposizione dei vecchi utenti, ma anche al cambiamento dei comportamenti verificatosi negli ultimi anni. E', inoltre, presente un maggior livello d'infezione nelle donne rispetto agli uomini. Tale differenza é probabilmente attribuibile alla trasmissione sessuale.

Trend 1991-1998 della distribuzione percentuale degli utenti Ser.T. positivi al test anti-HIV



Fonte: Elaborazione sui dati del Ministero della Sanità

Test sierologico anti-HIV: percentuale di test positivi sul totale dei test eseguiti

REGIONE	1991 N. esami 51256	1992 N. esami 61401	1993 N. esami 59826	1994 N. esami 67901	1995 N. esami 69941	1996 N. esami 73513	1997 N. esami 76096	1998 N. esami 71759
PIEMONTE	21,7	19,1	19,7	17,2	15,1	14,5	12,9	11,6
VALLE D'AOSTA	15,8	12,7	2,8	0,5	3,1	11,2	1,2	0,6
LOMBARDIA	42,3	39,2	36,8	37,3	32,2	29,7	28,2	27,7
BOLZANO	31,2	17,3	18,0	16,9	6,6	7,3	7,3	21,2
TRENTO	26,3	14,2	29,0	23,7	23,4	21,9	20,7	16,2
VENETO	25,7	14,7	18,4	16,8	14,2	13,1	14,6	12,1
FRIULI V.GIULIA	14,0	13,3	11,1	12,5	12,2	11,5	8,6	8,4
LIGURIA	38,4	33,3	27,5	29,0	21,0	34,0	23,4	16,5
EMILIA ROMAGNA	40,7	34,2	29,0	28,2	26,6	23,2	22,0	28,2
TOSCANA	21,6	20,9	17,1	14,6	13,7	9,8	11,8	12,2
UMBRIA	30,6	21,5	12,9	12,9	12,0	10,4	9,6	6,0
MARCHE	30,0	23,2	22,8	17,8	21,3	16,6	13,8	13,6
LAZIO	28,5	30,1	33,6	25,1	28,3	24,7	22,5	21,6
ABRUZZO	14,4	9,6	8,8	13,4	7,2	7,0	5,8	4,7
MOLISE	9,7	5,2	7,8	6,5	3,4	3,0	4,0	4,0
CAMPANIA	5,8	5,0	7,0	5,0	4,4	3,3	3,4	3,8
PUGLIA	12,5	10,8	12,8	13,0	11,2	9,2	8,0	13,4
BASILICATA	22,1	14,3	23,3	16,6	13,1	14,5	10,7	13,7
CALABRIA	30,3	24,0	25,9	16,5	10,5	8,4	9,0	6,2
SICILIA	10,9	8,4	11,3	9,3	11,3	6,5	7,8	7,1
SARDEGNA	34,6	15,7	17,3	26,2	22,2	20,9	20,1	21,7
ITALIA	28,8	23,6	23,0	21,3	19,4	16,9	15,7	16,2

Fonte: Elaborazione su dati del Ministero della Sanità

Emilia-Romagna e Lombardia sono le Regioni a più elevata sieroprevalenza, seguite da Sardegna e Lazio.

Rimane bassa la prevalenza nelle Regioni poco colpite dall'epidemia sin dal suo esordio, quali la Campania, l'Abruzzo e il Molise (vedi tabella sopra riportata). La stabilizzazione della prevalenza potrebbe in parte essere dovuta ad un arresto del declino del tasso di incidenza di nuove infezioni.

A questo proposito, uno studio longitudinale condotto a Roma ha evidenziato una diminuzione del tasso di incidenza di nuove infezioni da HIV nei tossicodipendenti (dal 9% anni-persona nel periodo 1985-87 al 5% nel triennio 1987-89, al 4% nel triennio successivo).

Un trend di incidenza simile si era riscontrato a Milano, mentre a Napoli l'incidenza restava costantemente al di sotto dell'1% anni-persona. A Milano, dove lo studio è stato protratto, si è osservato un ulteriore decremento del tasso di incidenza.

Il declino dell'epidemia fra i tossicodipendenti trova riscontro sia nei casi di AIDS che nelle nuove diagnosi di infezione da HIV, che mostrano come la quota di casi attribuibili alla tossicodipendenza sia inferiore a quella attribuibile a contatti sessuali.

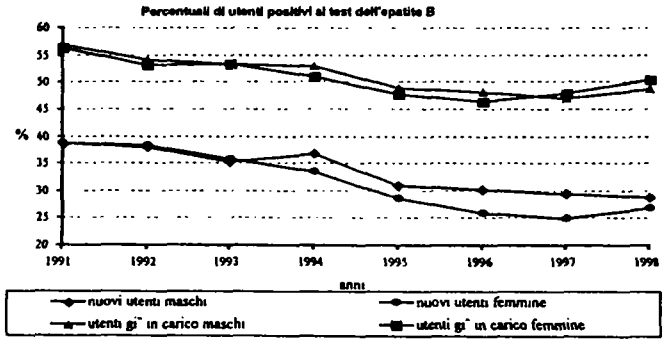
Ciò è dovuto, in parte, al decremento del tasso di incidenza di nuove infezioni nei tossicodipendenti ed in parte al declino dell'epidemia di tossicodipendenza per via endovenosa.

Infezione da HBV e HCV

Dati pressoché analoghi a quelli relativi all'infezione da HIV si rilevano per l'epatite da virus B, anche se la tendenza alla diminuzione risulta meno accentuata (vedi figura sottostante).

Sorprendentemente, la prevalenza dei markers d'esposizione risulta mediamente più elevata nelle regioni del Nord, con esclusione della Liguria (tabella seguente). Ciò fa ipotizzare una maggiore influenza delle pratiche legate all'uso di droga rispetto alla diversa diffusione dell'infezione nella popolazione generale (più elevata nel Sud) nel determinare la circolazione virale fra i tossicodipendenti.

Trend 1991-1998 della distribuzione percentuale degli utenti Ser.T. positivi ai test per l'epatite



Fonte: Elaborazioni sui dati del Ministero della Sanità

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

REGIONE	1991 N. esami 46700	1992 N. esami 56258	1993 N. esami 54526	1994 N. esami 62853	1995 N. esami 62955	1996 N. esami 69092	1997 N. esami 68062	1998 N. esami 64629
PIEMONTE	56,9	53,1	61,0	54,5	52,5	50,9	52,5	51,6
VALLE D'AOSTA	49,4	47,6	50,0	29,9	7,4	29,8	43,6	62,2
LOMBARDIA	60,8	57,2	56,8	58,9	56,1	53,6	54,0	54,0
BOLZANO	66,5	52,1	52,3	56,7	39,6	60,2	43,1	73,5
TRENTO	7,4	4,6	7,9	8,1	5,8	4,8	38,7	35,2
VENETO	46,0	47,7	49,8	46,4	42,8	49,2	49,9	47,7
FRIULI V.GIULIA	51,7	52,7	55,4	57,5	51,4	54,3	56,7	59,6
LIGURIA	49,9	51,3	51,4	-	61,8	47,3	37,3	22,8
EMILIA ROMAGNA	60,5	60,1	55,0	51,4	52,7	47,5	50,0	62,0
TOSCANA	43,0	43,1	49,5	44,9	37,5	32,3	43,6	45,9
UMBRIA	41,4	46,1	49,1	25,7	28,3	25,2	27,7	19,1
MARCHE	46,9	36,6	45,0	43,3	33,4	33,7	25,8	24,8
LAZIO	49,9	51,4	19,4	62,9	15,1	25,0	40,6	43,3
ABRUZZO	50,6	57,7	44,8	36,8	35,8	32,2	27,4	33,6
MOLISE	51,0	50,4	38,7	33,8	23,4	32,9	28,6	38,1
CAMPANIA	52,3	41,2	37,1	36,1	39,1	44,4	35,7	34,5
PUGLIA	38,8	37,4	42,9	41,9	41,0.	37,3	36,2	42,0
BASILICATA	46,4	38,7	55,0	38,5	32,1	33,8	39,2	39,2
CALABRIA	45,6	66,9	46,3	56,6	36,9	48,9	30,6	33,8
SICILIA	28,3	31,0	34,2	32,3	38,8	29,0	25,5	33,1
SARDEGNA	51,4	44,1	50,1	41,3	46,5	41,2	49,8	49,2
ITALIA	50,9	48,7	48,6	48,3	44,1	43,8	43,6	45,3

(*)=la percentuale di positività è calcolata sul totale dei test eseguiti
Fonte: Elaborazione su dati del Ministero della Sanità

Ancora relativamente ridotta si presenta la percentuale di tossicodipendenti sottoposti a vaccinazione (tabella seguente). Una leggera differenza si osserva per quanto riguarda nuovi e vecchi utenti, dovuta probabilmente al maggior tempo di contatto con Ser.T.. Questo dato deve comunque far riflettere sulle potenzialità preventive offerte dalla vaccinazione anti-HBV. E' infatti doveroso ricordare che l'infezione da HBV è in genere la prima ad essere contratta da parte dei tossicodipendenti, data la sua elevata prevalenza (che condiziona un'elevata probabilità di esposizione) e l'alta contagiosità per via ematica. Il contatto precoce e l'offerta attiva della vaccinazione da HBV produrrebbe un enorme risparmio in termini di riduzione di morbidità, mortalità e costi associati al ricovero e alle cure.

Utenti per condizione rispetto all'infezione del virus dell'epatite B (%) Anno 1998

	NUOVI UTENTI		GIA' 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 E' DISPONIBILE IL DATO SULL'INFEZIONE	26,4	24,0	14,1	16,0

*= rispetto al totale degli utenti dei SERT
**= appartengono a tale gruppo i soggetti che non hanno mai eseguito il test e coloro che, essendo risultati negativi ad un test effettuato in precedenza, non lo hanno ripetuto nel corso dell'ultimo anno
Fonte: Elaborazione su dati del Ministero della Sanità

Per quanto riguarda l'epatite C, la sieroprevalenza è rimasta stabile negli ultimi 2 anni e risulta omogeneamente distribuita sul territorio nazionale (vedi tabella seguente). Non si evidenziano, al contrario di quanto osservato per l'HIV, rilevanti differenze nella prevalenza fra maschi e femmine.

TEST EPATITE VIRALE C: percentuale di test positivi sul totale dei test eseguiti

	1997	1998
REGIONE	(numero esami = 65911)	(numero esami = 72336)
PIEMONTE	66,8	68,5
VALLE D'AOSTA	69,7	86,9
LOMBARDIA	73,5	71,4
PROV. AUT.BOLZANO	86,2	93,0
PROV. AUT.TRENTO	n.r.	74,8
VENETO	73,9	70,5
FRIULI V. GIULIA	78,7	79,9
LIGURIA	91,0	77,4
EMILIA ROMAGNA	n.r.	79,8
TOSCANA	71,9	73,5
UMBRIA	77,6	74,5
MARCHE	66,8	65,4
LAZIO	66,0	65,2
ABRUZZO	59,5	53,4
MOLISE	58,5	69,2
CAMPANIA	45,8	51,5
PUGLIA	61,2	60,3
BASILICATA	70,0	66,0
CALABRIA	50,9	58,6
SICILIA	67,9	65,0
SARDEGNA	80,5	72,0
ITALIA	67,3	67,6

Fonte: Elaborazione su dati del Ministero della Sanità

Come precedentemente accennato, accanto ai dati di prevalenza raccolti dal Ministero della Sanità esistono altre fonti in grado di fornire informazioni complementari.

I dati del Sistema Epidemiologico Integrato per l'Epatite Virale Acuta (SEIEVA), gestito dall'Istituto Superiore di Sanità (che copre il territorio di 261 U.S.L. corrispondenti al 40% della popolazione italiana) mostrano una tendenza alla diminuzione dei tassi d'incidenza di nuovi casi di epatite virale (da 30/100.000 nella prima meta degli anni '80 a 12/100.000 nella seconda meta degli anni '90). Il decremento è più evidente per l'epatite B (da 12 a 3/100.000) che per l'epatite C (da 5 a 2/100.000).

La proporzione media di casi riportata in tossicodipendenti nel periodo 1985-1994 era del 21% per l'epatite B e del 22% per l'epatite C. Mentre per quanto attiene all'epatite B non si è registrato un chiaro trend (la proporzione di casi in tossicodipendenti è salita dal 15% nel 1986 ad un massimo di 29% nel 1990, per poi diminuire al 19% nel1994), per l'epatite C si é registrato un aumento costante (dal 14% del 1986 al 25% del 1994).

Studi longitudinali eseguiti su tossicodipendenti, inizialmente negativi per HCV hanno mostrato come l'impatto di tale infezione sia anche maggiore di quanto si rilevi dai dati relativi ai soli casi sintomatici segnalati al SEIEVA.

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

In conclusione, le patologie infettive correlate alla tossicodipendenza costituiscono un importante problema di sanità pubblica, che pesa sia in termini di sofferenze umane che di costi legati all'assistenza ed al trattamento.

E' pertanto importante continuare gli interventi di prevenzione indirizzati alla riduzione del rischio infettivo, tenendo conto che è più difficile modificare i comportamenti sessuali che non quelli legati alle modalità di uso delle droghe.

Inoltre, la disponibilità di un vaccino efficace per l'HBV è sicuramente un utile strumento preventivo da offrire più attivamente. Per quanto riguarda il futuro, è incerto se le nuove droghe, per lo più non utilizzate per via iniettiva, possano comportare un aumento del rischio di trasmissione sessuale di infezioni quali l'HIV. E' importante, a tale proposito, considerare come priorità di ricerca la valutazione del rischio infettivo legato all'uso di sostanze psicotrope non iniettabili.

A06: L'offerta attiva: gli interventi delle unità di strada

Come nascono e cosa fanno le unità di strada

Gli interventi di strada (comunemente indicati come "lavoro di strada", dal termine inglese "outreach work", che così denomina specifiche finalità operative e di approccio a soggetti che fanno uso di sostanze illecite) sono presenti, anche nel nostro Paese, da oltre un decennio.

Le prime esperienze di intervento di strada sono state sviluppate negli Stati Uniti e successivamente in Olanda e in molte città europee. Questa tipologia d'intervento, rivolta a persone che vivono una condizione di tossicodipendenza, tende ad offrire un'opportunità di contatto e di socializzazione che porti ad una riduzione del rischio ed alla riscoperta di alternative di vita.

La gran parte degli interventi italiani, avviati attraverso sperimentazioni condotte sia nell'ambito del servizio pubblico sia per iniziativa di gruppi del privato-sociale (e prevalentemente finanziate dal Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga), ha avuto come obiettivo principale il contenimento della diffusione dell'infezione da HIV tra i consumatori di sostanze per via iniettiva (data la prevalenza di tale problema nella popolazione tossicodipendente italiana).

Entrare in contatto con tale popolazione (soprattutto quella non in carico ai servizi) era ritenuto un obiettivo importante ed urgente e, pertanto, perseguito attivamente, attraverso iniziative volte ad incontrare i soggetti negli abituali luoghi di incontro e di aggregazione.

Viene così superato il modello concettuale che vedeva i servizi "attendere" il cliente; si afferma, inoltre, un principio di competenza delle persone tossicodipendenti circa la tutela della propria salute; si diffonde la convinzione della possibilità ed efficacia dell'intervento, anche in presenza di un consumo attivo. Tali sperimentazioni, soprattutto dopo il dibattito emerso nel corso della Conferenza di Napoli del 1997, sono andate sempre più consolidandosi ed estendendosi in quasi tutte le Regioni italiane.

Gli obiettivi di lavoro

L'obiettivo di prevenzione (che mantiene comunque la propria validità ed attualità) si è gradualmente arricchito sulla scorta delle esperienze realizzate ed ha posto al centro dei progetti di intervento la tutela e la promozione della qualità di vita complessiva delle persone tossicodipendenti e non già solamente la prevenzione delle infezioni.

Da un lato, alle forme tradizionali dell'intervento di strada per la riduzione del danno (distribuzione e scambio di presidi di profilassi) si sono affiancate attività volte specificamente alla tutela della vita e, in particolare, programmi finalizzati a contenere il rischio di overdose da oppiacei, sia attraverso training mirati sia mediante la distribuzione di naloxone ai consumatori. Dall'altro, è andata crescendo l'attenzione posta al problema dei bisogni delle persone tossicodipendenti (assistenziali, sociali, relazionali o sanitari) e, conseguentemente, alla connessione ed alla collaborazione con la rete locale dei servizi, sia pubblici che privati, sia specificamente mirati al problema droga sia destinati alla generalità dei cittadini.

In forme diverse viene, in molti casi, promosso e sostenuto un supporto tra pari, nella consapevolezza che anche le persone coinvolte nel problema abbiano un sapere ed una competenza da porre a disposizione degli altri consumatori.

Nel tempo, inoltre, l'intervento delle unità di strada si è orientato a nuove forme di problematicità, sia legate al consumo di sostanze di sintesi (le cosiddette "nuove droghe") con azioni destinate al "popolo della notte" o ai giovani consumatori, sia rivolte ad ampie fasce di popolazione in condizioni di disagio come soggetti stranieri, senza fissa dimora, ex detenuti, emarginati ecc... (svolgendo, di fatto, attività di orientamento e di segretariato sociale).

I destinatari degli interventi e gli strumenti di intervento

Gli obiettivi del lavoro di strada si differenziano in relazione a tre aree di destinatari: i consumatori di sostanze (popolazione target), la popolazione generale, le istituzioni ed i servizi (cui spetta la programmazione generale e la realizzazione degli interventi socio-sanitari ed assistenziali nel territorio).

Rispetto ai consumatori di sostanze, si tratta essenzialmente di ricercarne attivamente il contatto attraverso l'acquisizione di una buona lettura delle caratteristiche del fenomeno sul territorio (mappatura), per migliorare le loro conoscenze, informarli sui rischi, promuovere consapevolezza e stili di consumo meno dannosi, contenere i disagi, facilitare il contatto con la rete locale dei servizi.

Le azioni si realizzano sia attraverso strumenti relazionali (ascolto, counselling, accompagnamento ecc...) sia mediante la distribuzione e lo scambio di presidi di profilassi (siringhe, profilattici, acqua distillata ecc...), sia con la produzione e la distribuzione di materiali informativi mirati (anche in lingua straniera).

Di particolare rilievo la distribuzione di naloxone, volta a contenere il rischio di vita in caso di overdose da oppiacei, il soccorso in caso di overdose o malore, la medicazione di piccole ferite, ascessi ecc...

Per la popolazione generale, l'azione delle unità di strada si caratterizza come concorso alla tutela della salute pubblica e al mantenimento di una buona convivenza tra consumatori di sostanze e cittadini.

Oltre che quelle destinate direttamente ai consumatori, che concorrono a ridurre i costi socio-sanitari derivanti da infezioni, eventi drammatici ed altro ancora, le azioni realizzate sono volte a limitare l'abbandono di siringhe, sia attraverso il meccanismo dello scambio sia mediante istruzioni al corretto smaltimento da parte dei consumatori e la loro raccolta diretta svolta dagli operatori.

Viene inoltre dedicata particolare attenzione all'azione educativa nei confronti dei consumatori perché limitino eventuali comportamenti scorretti, quali abbandono di rifiuti, atteggiamenti aggressivi ecc...

Un ulteriore elemento di vantaggio per la popolazione generale è costituito dal fatto che, riducendo rischio e danno tra i consumatori, si contribuisce alla riduzione del rischio derivante dall'interazione tra la popolazione dei consumatori e quella generale (si pensi in proposito alla trasmissione di infezioni per via sessuale).

Per la programmazione locale, le unità di strada svolgono una funzione di sensore e di osservatorio, producendo dati conoscitivi sul fenomeno, sulle sostanze consumate, sulle caratteristiche dei consumatori e sui loro bisogni nonché, a volte, un concorso alla progettazione di iniziative e servizi innovativi (es. centri a bassa soglia, drop-in ecc...). Rispetto alla gestione degli interventi, vi è una forte e continua interazione con i servizi territoriali, sovente una gestione condivisa di percorsi e progetti di assistenza, oltre ad azioni informative ed orientative.

Pur essendo questo tipo di lavoro di strada specificamente destinato ai consumatori di sostanze, la condizione stessa della strada, ove non si possono selezionare preliminarmente gli interlocutori, pone, di fatto, gli operatori in contatto con una molteplicità di utenti (interventi di unità di strada vengono realizzati anche nell'ambito della prostituzione, della prevenzione destinata alle aggregazioni giovanili informali ecc...).

L'incontro con le differenti tipologie è determinato, il più delle volte, da scelte operative legate ai luoghi prescelti per l'intervento, ad esempio stazioni piuttosto che nei pressi dei Ser.T., luoghi di spaccio e di consumo piuttosto che parchi pubblici frequentati da chiunque, discoteche e locali piuttosto che piazze ed altro ancora, e alla popolazione con cui si intende prevalentemente interagire (consumatori "tradizionali" o "nuovi", italiani o stranieri ecc...)

Le tipologie

Le tipologie ricorrenti sono comunque costituite da:

tossicodipendenti in carico ai servizi; in tal caso l'intervento di strada si pone come integrativo del trattamento terapeutico, volto a migliorare la "compliance", a limitare e contenere gli abbandoni e ad affrontare gli aspetti che, per molteplici ragioni, non vengono trattati nei servizi (es. il persistere dell'uso, se pur ridotto, le difficoltà nel rapporto con gli operatori ecc...);

tossicodipendenti non in carico ai servizi; in tali casi il lavoro è volto a contenere le condotte rischiose, a migliorare i comportamenti e gli stili di vita, a facilitare con modalità diverse (promozione del contatto, accompagnamento ecc...) il rapporto con i servizi sanitari e/o assistenziali;

tossicodipendenti stranieri; come nel caso precedente, con la complessità derivante dalle difficoltà di accesso ai servizi soprattutto per le persone in condizioni di irregolarità (ci si orienta prevalentemente a servizi del privato sociale);

nuovi consumatori e giovani in genere; l'intervento assume più marcate caratteristiche preventive, puntando molto sull'informazione sulle sostanze e sui rischi che ne derivano, sulle modalità meno rischiose per il consumo; forte attenzione viene dedicata inoltre al tema dei rischi infettivi connessi ai comportamenti sessuali;

stranieri non tossicodipendenti proprio per la collocazione, sovente l'unità di strada diventa luogo di riferimento per persone straniere in condizione di irregolarità, anche se non direttamente coinvolte nel consumo di sostanze. Le attività prevalenti sono di orientamento e di prevenzione delle infezioni per via sessuale;

fasce di marginalità sociale o di sofferenza psichiatrica; come per gli stranieri si tratta di utenti incontrati proprio per le caratteristiche "di strada" dell'intervento. Anche in questo caso le prestazioni sono essenzialmente di ascolto e di orientamento ai servizi assistenziali;

Alcuni dati di riferimento

Le caratteristiche socio-demografiche degli utenti, soprattutto tra i consumatori di sostanze per via iniettiva, descrivono una maggioranza di maschi (circa 1 a 5) rispetto alle femmine, una scolarità di livello medio inferiore, una condizione di integrazione sociale modesta o precaria, con ricorrenza di disoccupazione ed instabilità abitativa, frequenti problemi di carcerazione o di pendenze penali in corso.

ELABORAZIONI SUI DATI DELLE UNITA' DI STARDA DI ALCUNE GRANDI CITTA' ITALIANE

Quota di soggetti non conosciuti dai servizi pubblici specifici (Ser.T).	21%
Quota di soggetti stranieri	11%
Quota di soggetti non utilizzatori di sostanze per via endovenosa (non IDUs)	9%
Quota di soggetti maschi	82%

Fonte: Elaborazione sui dati del Progetto "Unità di Strada" - ASL Città di Milano, www.indirizzo.it, Osservatorio aziendale sulle tossicodipendenze, Azienda USL città di Bologna www.ossdipbo.org/UMobile, Fondazione "Villa Maraini" www.villamaraini.it

I servizi per le tossicodipendenze sono molto conosciuti ed utilizzati: infatti, circa un utente su due riferisce di essere in carico al servizio al momento del contatto o sono stati utilizzati in precedenza. Ricorrenti i precedenti inserimenti in comunità terapeutiche residenziali.

I comportamenti a rischio sono costituiti ancora dall'uso promiscuo di siringhe (anche se i dati di monitoraggio del fenomeno segnalano una flessione), dall'uso promiscuo dei materiali usati per la preparazione iniettiva e, soprattutto, dalla persistenza di comportamenti sessuali non protetti sia per i maschi che per le femmine, comportamenti sostenuti anche negli assuntori di sostanze stimolanti. Circa il rischio di overdose, cui molti utenti riferiscono di essere stati soggetti, si registra una scarsa conoscenza dei sistemi preventivi, in particolare dell'uso del naloxone ed un aumento del rischio in presenza di abuso di alcool e benzodiazepine. La presenza ed il contatto con tossicodipendenti stranieri appare di rilevante entità (circa 1 su 7) ed in incremento. Le etnie maggiormente presenti sono costituite da maghrebini e centro-africani; in crescita il contatto con est-europei.

Sullo scenario nazionale le sostanze consumate variano, anche in maniera considerevole, in relazione a numerosi fattori, quali i circuiti di consumo e di riferimento dei consumatori, le loro abitudini, la disponibilità di sostanze e la situazione del mercato locale, il controllo esercitato dalle forze dell'ordine e, più recentemente, la provenienza etnica.

Generalizzando i dati delle diverse esperienze, si può affermare che tra i consumatori italiani "tradizionali" si mantiene elevato il consumo di eroina per via iniettiva (anche se i nuovi utenti ne evidenziano sempre più l'uso per inalazione), ma appare in fortissimo incremento anche il consumo di cocaina (sempre per via iniettiva). A queste due sostanze, che costituiscono il consumo primario, vengono associati frequentemente alcool, benzodiazepine, cannabinoidi e metadone illegale (proveniente dal mercato grigio).

Tra i consumatori stranieri prevale il consumo delle medesime sostanze (eroina e cocaina), ma il metodo d'assunzione più frequente é quello per inalazione. Infatti, per fattori culturali e religiosi, l'uso iniettivo è meno praticato; ove presente, con preparazioni particolari, non sempre sufficientemente chiare ("free base", cottura delle sostanze ecc...) costituisce un indicatore significativo di gravità. Appare inoltre di particolare rilievo il consumo di alcool.

In altri circuiti di consumo, prevalentemente connessi alla ricreazionalità, sono presenti psicostimolanti (MDMA e affini), cocaina, ketamina, allucinogeni (LSD); elevato il consumo di alcool (assunto volutamente per ubriacarsi) ed in crescita quello accessorio di eroina in funzione sedativa. E' da notare come, in tali circuiti, soltanto nei confronti dell'uso iniettivo (in particolare di eroina) esista un forte atteggiamento di resistenza tra i consumatori (presumibilmente per la correlazione con lo stereotipo del tossicodipendente "eroina/siringa/AIDS"), cui si associa una notevole disponibilità al policonsumo. Sia tra gli italiani che tra gli stranieri, inoltre, il solo uso iniettivo porta al riconoscersi come persone con un consumo problematico.

L'interazione costruttiva con gli utenti

Le unità di strada, proprio per le caratteristiche della azione svolta (andare incontro, cercare attivamente il contatto) e per i luoghi ove tale azione si realizza (la strada, i luoghi di aggregazione o di incontro dei consumatori, i luoghi del divertimento o dell'emarginazione ecc...) costituiscono indubbiamente un punto molto avanzato di osservazione del fenomeno, ma anche un ambito in cui si realizzano specifiche interazioni con gli utenti.

In molti casi (giovani consumatori, consumatori stranieri ecc...) l'operatore di strada è il primo del sistema d'intervento sulle tossicodipendenze con cui questi soggetti entrano in contatto. Si realizza così un incontro "precoce" tra utente e sistema dei servizi, estremamente utile a contenere i rischi derivanti da comportamenti "inesperti" e nel frattempo, ove possibile, a ridurre i tempi di latenza tra inizio dell'assunzione di sostanze e ricorso ai servizi. Tutte le ricerche internazionali indicano nei primi anni dell'esperienza del consumo di sostanze il periodo di maggior esposizione al rischio di infezione o di overdose accidentale; le medesime indagini stimano in alcuni anni il periodo di latenza ed evidenziano il fattore di forte protettività costituito dall'essere in carico ad un servizio.

I TEMPI DI LATENZA DI ACCESSO AI SERVIZI PUBBLICI PER LE TOSSICODIPENDENZE (Ser.T.) IN ITALIA

Da uno studio sulle stime di incidenza effettuato nel corso del 1999 in collaborazione con l'Osservatorio Europeo (OEDT), il Dipartimento di Matematica dell'Università di Tor Vergata di Roma mette in evidenza che la latenza fra primo uso di eroina ed accesso ai servizi risente poco delle differenze nei fattori legati alle diverse tipologie dei servizi o alla diversa situazione socio-economica o culturale dei soggetti studiati. Non risente dell'età anagrafica dei soggetti, né dell'anno di calendario di inizio d'uso. Si evidenziano invece differenze se si considerano le aree metropolitane di Roma e Milano rispetto ai centri minori. Dallo studio emerge che l'età del primo uso dell'eroina si colloca per il campione di circa 11.000 soggetti fra i 18 e i 19 anni, mentre l'età della prima richiesta di aiuto nei confronti dei servizi si colloca fra i 23 e i 24 anni.

Fonte: OEDT Lisbona, Extended annual report on the state of the drugs problem in the EU. www.emcdda.org

Una seconda considerazione è rappresentata dalla "unicità" della relazione con gli operatori di strada. Per molti consumatori, soprattutto quelli occasionali o quelli con un'assunzione di breve durata, l'operatore dell'unità di strada è l'unico che viene incontrato e accettato perché si trova nei luoghi "naturali" del consumo o dell'aggregazione e non in un servizio cui non ci si rivolge perché non si ritiene di averne bisogno.

Analogamente, soprattutto per i consumatori stranieri in condizione di irregolarità, l'operatore di strada può essere, anche per periodi prolungati, l'unico riferimento, stante le fortissime limitazioni che persistono all'accesso di questa utenza nella normale rete dei servizi socio-sanitari ed assistenziali.

La "credibilità" maggiore deriva dal fatto che l'operatore di strada non pone come premessa della relazione d'aiuto la cessazione dell'uso di sostanze o l'impegno a perseguirla. Egli focalizza invece l'attenzione sui comportamenti e sulle pratiche rischiose, fornendo informazioni e presidi di profilassi utili a contenere le conseguenze indesiderate del consumo.

La scelta di percorsi maggiormente impegnativi viene lasciata alla discrezionalità dell'utente, pur essendo l'operatore di strada sempre pronto a coadiuvarla e a facilitarne l'avvio. E' proprio questo approccio che facilita l'instaurarsi di una relazione di fiducia, in cui la critica allo stile di vita del consumatore non assume valore di giudizio o di richiesta di cambiamento, ma di attenzione volta al miglioramento della consapevolezza del soggetto circa la propria condizione. Attraverso questo atteggiamento, molte unità di strada sono riuscite ad avviare percorsi riabilitativi anche con utenti apparentemente indisponibili a qualsiasi tipo d'intervento.

Lavorare in strada (con efficacia) non è facile e richiede una serie di attenzioni, oltre alle difficoltà derivanti dal rapporto con l'utenza (i contatti sono, a volte, molto veloci e discontinui, alcuni utenti possono essere sotto effetto di sostanze che rendono più difficile lo scambio comunicativo, in caso di stranieri possono esistere barriere linguistiche e differenze culturali ecc...). Si tratta di saper scegliere i luoghi e gli orari giusti, ricordando però che solo attraverso un consenso trovato a più livelli (cittadini, istituzioni, forze dell'ordine, ma anche consumatori e piccoli spacciatori) l'intervento diventa effettivamente possibile.

Gli spazi operativi

Per scegliere i luoghi e gli orari appropriati, é indispensabile una buona conoscenza preliminare del territorio. Vi é quindi la necessità di ottenere informazioni da una pluralità di soggetti (operatori dei servizi, forze dell'ordine e vigilanza urbana, realtà sociali del territorio, farmacisti, negozianti, cittadini della zona ma soprattutto dagli stessi consumatori). Questo consente di valutare se, in un determinato luogo, l'intervento possa essere "efficiente" (sarebbe estremamente diseconomico fare uscite per incontrare tre o quattro utenti).

Il consenso della cittadinanza e delle istituzioni locali (es. consigli di circoscrizione) si ottiene solo se si riesce a far capire che non sono le unità di strada a determinare l'afflusso di tossicodipendenti in una zona (è noto che questo è determinato dalla presenza di spacciatori, dal controllo esercitato dalle forze dell'ordine ecc...) e che, viceversa, la loro presenza contribuisce alla sicurezza ed alla riduzione delle conseguenze del fenomeno in un dato territorio.

Per lavorare effettivamente in un territorio é necessario adottare un atteggiamento di equidistanza tra i vari attori. Ai consumatori deve essere chiaro che possono rivolgersi all'unità di strada senza timore di schedature o segnalazioni (l'anonimato è sempre garantito), ma che non possono aspettarsi connivenze, aiuti o protezioni per attività illecite.

Agli spacciatori deve essere chiaro che non si intende interferire con la loro attività (la repressione dello spaccio spetta ad altri soggetti), ma che si lavora per la tutela della salute di tutti.

Alle forze dell'ordine deve essere chiaro che l'unità di strada non è una "zona franca" ma, al tempo stesso, che non può essere usata come "specchietto per le allodole" per la attività di controllo dei consumatori (si richiede un

atteggiamento discreto e rispettoso dell'intervento). A tale proposito, sono in atto iniziative volte a stabilire procedure rispettose delle specifiche competenze, ma anche capaci di garantire il reciproco supporto fra i diversi operatori.

Conclusioni

Le unità di strada hanno, in questi anni, dimostrato la validità e l'efficacia della propria azione secondo differenti punti di vista.

Hanno contribuito a migliorare lo stile di comportamento, la consapevolezza e le conoscenze preventive dei consumatori di sostanze, contenendo così le occasioni di trasmissione di infezioni o addirittura di morte; hanno supportato ed integrato l'azione dei servizi territoriali, hanno contribuito all'avvio di percorsi riabilitativi e, in molti casi, hanno tutelato questi percorsi sostenendo la motivazione degli utenti; hanno fornito alle Istituzioni ed ai servizi conoscenze ed informazioni dirette sull'andamento del fenomeno sul territorio, contribuendo in tal modo ad una programmazione mirata degli interventi; si sono impegnate, nella loro azione quotidiana, a tutelare la salute della cittadinanza *generale; hanno soprattutto raggiunto utenti* che, diversamente, sarebbero rimasti lontani dai servizi.

Si tratta a questo punto di uscire definitivamente dalla sperimentalità degli interventi, estendendoli e trasformandoli in attività ordinaria, normalmente integrata e parte integrante della rete locale dei servizi e dei sistemi di monitoraggio epidemiologico. Debbono essere fissati standard operativi minimali, definiti i profili professionali degli operatori, verificati sistematicamente i risultati raggiunti, valutate le prestazioni, i costi sostenuti e l'utilità per i singoli e per il territorio.

Devono essere anche superati, attraverso azioni forti di riconoscimento e di sostegno, anche culturale, gli atteggiamenti di squalifica, le accuse di connivenza e di facilitazione al consumo di sostanze, i giudizi di rinuncia alla lotta alla tossicodipendenza, l'ostilità dei cittadini e di parti consistenti del mondo istituzionale, cui sono esposte le strategie di riduzione del danno e con esse le unità di strada e gli operatori che vi lavorano.

A07: La tossicodipendenza al femminile

Un'area di studio da approfondire

Dal punto di vista clinico, la specificità della tossicodipendenza femminile rappresenta un tema ancora poco approfondito dal contesto della comunità scientifica italiana. Oltre a ciò, la tossicodipendenza femminile risulta poco studiata anche per quanto attiene l'aspetto più squisitamente sociale del fenomeno: le informazioni disponibili sono pressoché limitate alla conoscenza del rapporto numerico tra maschi e femmine utenti dei servizi che si occupano di questa popolazione.

In relazione alla tossicodipendenza femminile, i rari studi recenti parlano dell'esistenza di particolari contesti e meccanismi psicologici connessi alla prima assunzione, offrono indicazioni sul grado di consapevolezza della donna circa la scelta compiuta, nonché sul tipo di risorse economiche utilizzate per acquistare la droga. A quanto pare, l'insieme di questi elementi concorre a caratterizzare significativamente il mondo della tossicodipendenza femminile.

Il vissuto della tossicodipendenza al femminile

Il vissuto della tossicodipendenza al femminile è riferibile a giovani donne che si avvicinano alla droga in età preadolescenziale, coinvolte da partner già tossicodipendenti, prive di una piena coscienza (anche in considerazione della giovane età) del potere psicologico (oltre che fisico) della sostanza. La prima assunzione, consumata proprio in compagnia del partner e, prevalentemente, nell'intimità di un'automobile, ha probabilmente un preciso valore rituale ed è funzionale allo stare insieme in un "viaggio a due". Queste ragazze appaiono chiaramente indifese, oltre che per la giovane età, anche per la frequente presenza di un disagio familiare: lontano (intenzionalmente o meno) dall'affettuoso controllo di una famiglia-guida, sembrano ingenuamente trovare un sostegno psicologico ed un punto di riferimento importante nella figura del partner.
Una volta inserite "nel giro", la loro esperienza di tossicodipendenza evolve in modo diverso secondo i mezzi economici a disposizione. Chi può contare su risorse economiche personali riesce a vivere nella legalità; chi ne è priva sperimenta molto spesso la drammatica esperienza della prostituzione, vivendo quindi la propria storia di tossicodipendenza in modo ancora più pericoloso e traumatico. Soffermandosi a considerare il ruolo giocato dal soggetto nella determinazione dei propri comportamenti, si nota il verificarsi di una forma di tossicodipendenza spesso vissuta con ingenuità ed inconsapevolezza, più da "spettatrici di se stesse" che da "protagoniste" più per una sfortunata serie di circostanze (cattive compagnie commiste ad una situazione familiare difficile) che per una precisa volontà personale. La figura femminile si propone come "ombra" di quella maschile. Ad un vissuto di tossicodipendenza particolarmente drammatico da un punto di vista psicologico si accompagna un'idea di donna come soggetto "doppiamente emarginato": perché donna e perché tossicodipendente.
Infine, poiche la primaria modalità di reperimento della sostanza è rappresentata dalla prostituzione, si è indotti a pensare alla tossicodipendenza femminile come ad una condizione non troppo esposta alla punibilità (e quindi più "tranquilla" rispetto a quella maschile), talvolta senza riflettere in modo sufficiente sulle drammatiche situazioni di sfruttamento a ciò connesse.

Fonte: note estratte dal testo "Tossicodipendenza tra coinvolgimento e autocontrollo: una tipologia multimediale" di L. Vanni; in "Le Case di vetro" M.S. Agnoli, A. Fasanella, et. alt., Sociologia e ricerca sociale, Milano, F.Angeli.

Le situazioni emergenti

Negli ultimi anni, all'incremento del numero di donne che abusano di sostanze ha fatto seguito l'acuirsi di una problematica particolarmente delicata quale quella della maternità in condizione di rischio, a sua volta aggravata dall'emergenza del fenomeno AIDS.

In Italia, le donne rappresentano circa il 14% di tutta la popolazione tossicodipendente; circa un terzo di esse ha figli minori. Naturalmente, il dato si presenta molto eterogeneo nelle varie Regioni e, all'interno di una stessa Regione, il fenomeno può mostrare caratteristiche alquanto diversificate a seconda della zona.

La focalizzazione sui diversi elementi della specificità femminile continua ad essere alquanto difficile. I dati epidemiologici rilevati dai Ministeri dell'Interno, della Giustizia e della Sanità continuano a non prevedere alcun elemento circa la popolazione femminile e la maternità.

I dati rilevati dal Ministero della Sanità dicono che, nel 1998, i servizi pubblici per le tossicodipendenze (Ser.T.) hanno trattato 18.916 donne, con un rapporto maschi/ femmine di 6,3/1. Il dato del 1998 conferma, purtroppo, l'andamento crescente della presenza femminile. Il fenomeno, che appare molto più marcato nelle Regioni del nord-est (rapporto di 3,9 in Friuli-Venezia Giulia), si riduce gradatamente spostandosi verso sud (rapporto di 15,9 in Calabria).

Gli unici dati epidemiologici disaggregati per maschi e femmine riguardano le infezioni da HIV e l'epatite B e C. I dati sull'epatite B non evidenziano differenze significative fra i due sessi; rispetto agli anni precedenti, l'epatite C si mostra in lieve aumento nella popolazione femminile.

Per quanto riguarda l'infezione da HIV, la percentuale di pazienti adulti di sesso femminile è andata progressivamente aumentando, passando dal 16% del 1985 al 24,6% del 1° semestre 1999. Al 30 giugno 1999, la distribuzione della sieropositività da HIV, suddivisa per categoria di esposizione, evidenzia il 59,3 % (5.585 casi su un totale di 9.425) di donne sieropositive a seguito di pratiche associate all'uso di sostanze stupefacenti per via endovenosa (dati provenienti dal Centro Operativo AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità).

Le notizie sulla dipendenza da alcool sono ancora più carenti, ma i dati nazionali disponibili (relativi al 1996) parlano di un rapporto M/F pari al 3,2. Anche questo rapporto varia in funzione della distribuzione geografica: si passa dal 5,8 di Sardegna, Calabria e Molise, al 2,8 di Toscana, Veneto e Lombardia. Diversamente da quanto accade per l'uso di sostanze illegali, il rapporto M/F si abbassa in alcune regioni del Sud (3,1 in Sicilia, Basilicata e Puglia).

A livello nazionale non sono ancora disponibili dati disaggregati per sesso in relazione ad altre patologie (somatiche o psichiche) correlate alla tossicodipendenza o ai trattamenti (farmacologici, psicologici, sociali o educativi) mirati. Resta tutta da indagare l'incidenza della specificità di genere nelle nuove forme di dipendenza (nuove sostanze d'abuso e dipendenza dal gioco). Mancano informazioni circa la situazione familiare delle donne dedite all'uso di sostanze e le notizie sono particolarmente carenti per quanto riguarda la prole e la conseguente capacità genitoriale. Il diverso andamento e la diversità delle forme di espressione della dipendenza femminile porta, dunque, ad individuare la differenza di genere come una variabile significativa, testimoniando la necessità di dar vita a studi specifici.

Ad una bassa prevalenza di donne tossicodipendenti nel rapporto M/F fa fronte una cospicua prevalenza femminile nei disturbi della condotta alimentare.

Alla differenza di genere sembrano, dunque, essere legate anche differenze psicopatologiche, che suggeriscono l'esistenza di un collegamento tra l'area dei disturbi dell'alimentazione (anoressia-bulimia) e la tossicodipendenza. A quanto noto, l'oscillazione lungo l'asse anoressia-bulimia può rappresentare un equivalente della dipendenza da sostanze psicotrope.

Pur essendo percentualmente meno rilevante di quella maschile, la tossicodipendenza femminile spesso si mostra più grave e più difficile da trattare. Numerose, ad esempio, sono le pazienti tossicodipendenti con doppia diagnosi psichiatrica (con netta prevalenza delle forme depressive dei disturbi bipolari), che contribuisce ancor più ad una loro emarginazione sociale e familiare.

Le conseguenze e gli interventi di supporto

La condizione femminile di dipendenza ha, spesso, un effetto più devastante che nell'uomo. A ciò concorrono problematiche di vario genere, non ultima quella del ricorso alla prostituzione quale mezzo per procurarsi le sostanze. La situazione diventa ancora più complessa nel caso di tossicodipendenti madri di minori. Nella nostra cultura, infatti, ricade sulla madre gran parte degli oneri connessi al ruolo di genitore, ma la dipendenza spesso si accompagna ad una alterazione delle capacità genitoriali.

Risulta importante pensare alla creazione di strumenti ed interventi specifici finalizzati al sostegno ed allo sviluppo della competenza genitoriale delle madri tossicodipendenti, predisponendo anche strutture di sostegno (sia territoriali che residenziali) all'intero nucleo familiare. All'occorrenza, è anche necessario aiutare queste donne ad affrontare situazioni particolarmente stressanti (quale ad esempio la separazione dal figlio, nel caso in cui ciò si rendesse inevitabile) senza aggravare ulteriormente la loro condizione di dipendenza.

Occorre evidenziare che, soprattutto nel caso di madri tossicodipendenti, gli interventi istituzionali mostrano attualmente carenze e difficoltà operative riconducibili a:

- difficoltà generalizzata nei rapporti di rete tra i servizi pubblici o del privato sociale e le strutture sanitarie e ospedaliere che si occupano della maternità;
- difficoltà alla programmazione di interventi preventivi di primo livello sul minore figlio di madre tossicodipendente (difficoltà all'espletamento di un efficace livello di controllo sanitario e alla presa in carico della donna in termini di riduzione del danno anche per il figlio);
- totale assenza di modalità di valutazione istituzionale del follow-up rispetto ai figli minori e alla genitorialità.

Alla luce di quanto esposto, appare necessario attivare, in un prossimo futuro, una serie di interventi finalizzati

- alla integrazione tra i vari sistemi di rilevazione dei dati ed alla rilevazione delle caratteristiche dei soggetti di entrambi i sessi con figli;
- alla istituzione di un registro nazionale delle risorse formali e informali che si occupano di questi problemi;
- all'analisi del fabbisogno di servizi specifici; alla costruzione di una base conoscitiva mirata ai diversi aspetti della maternità e della genitorialità in condizione di tossicodipendenza;
- ad un'ampia diffusione delle informazioni circa gli effetti di tutte le sostanze d'abuso sulla gravidanza e sul feto (tale informazione è stata finora centrata sugli effetti degli oppiacei);
- all'avvio di una nuova strategia di offerta dei servizi volta a favorire l'accesso delle donne e lo studio delle problematiche legate alla specificità femminile; alla promozione e sperimentazione di un modello operativo di rete a facile accessibilità, volto alla tutela della salute del minore e della famiglia e in grado di attivarsi in maniera coordinata sin dall'inizio della gravidanza;
- all'avvio di un sistema di monitoraggio delle situazioni problematiche o a rischio per la salute dei minori;
- alla costruzione di una pagina web, che contenga informazioni utili e link con siti internazionali che si occupano di questi specifici temi.

A08: Le comunità terapeutiche tra permanenza e cambiamento

L'evoluzione del fenomeno ed il cambiamento dell'offerta

Il fenomeno delle tossicodipendenze ha subito, negli ultimi anni, cambiamenti profondi e significativi. Bisogni legati ad un nuovo tipo d'utenza stanno portando anche le comunità terapeutiche verso un ripensamento profondo dei propri modelli operativi e delle modalità d'approccio.

I più recenti dati hanno evidenziato profonde trasformazioni: l'età sempre più elevata degli utenti dei servizi pubblici e privati; la diminuzione delle richieste d'inserimento nei programmi terapeutici "classici" (fino al -10% in alcune annualità); l'aumento delle richieste di presa in carico con farmaci sostitutivi; la maggior richiesta di interventi individualizzati e specifici.

La tossicodipendenza "classica", per la quale erano stati ipotizzati interventi prevalentemente pedagogico-relazionali, sta sempre più lasciando spazio ad utenti con bisogni estremamente specifici e diversificati quali:

- le persone tossicodipendenti con problematiche psichiatriche "franche" o disturbi di personalità non sempre diagnosticati dai servizi pubblici (tali problematiche sono talvolta precedenti o conseguenti all'uso di stupefacenti e richiedono una particoalre innovazione di professionalità, tempi e percorsi di presa in carico, interventi terapeutico e di reinserimento);
- le coppie tossicodipendenti, i nuclei familiari o le donne da sole, spesso con bambini, in cui l'intervento richiede una complessiva presa in carico di tutto il "sistema", onde non creare separazioni o rotture difficilissime da recuperare e talvolta dannose al percorso terapeutico;
- i minori consumatori e tossicodipendenti segnalati dal Tribunale dei Minori, che necessitano d'interventi ed ambienti specifici, di professionalità a forte carattere pedagogico e di supporto psicologico;
- i tossicodipendenti stranieri, spesso senza permessi di soggiorno e con gravi problemi legali (basta verificare le denunce per reati relativi al D.P.R.309/90 o le presenze straniere in carcere), per i quali l'unico intervento applicato rischia di essere quello della detenzione, cui segue l'espulsione una volta scarcerati. Questi soggetti presentano problemi connessi al tema della mediazione culturale e dei processi d'inclusione. Il dato proveniente dal lavoro dei servizi a bassa soglia (unità mobili, drop in, equipe di strada ecc.) segnala una fortissima presenza di tossicodipendenti e spacciatori di provenienza straniera, non in carico ai servizi per le tossicodipendenze anche perché spesso privi di permesso di soggiorno;
- i tossicodipendenti ormai cronicizzati, con alle spalle decenni di abuso e dipendenza (soprattutto di eroina), cui sono correlate gravi problematiche sociali e sanitarie. In moltissimi casi si tratta di soggetti a forte rischio di esclusione sociale, senza fissa dimora, con vari tentativi falliti di uscita dalla droga, con patologie gravi e trascurate, con rotture violente dei legami familiari, ecc.., che richiedono un ridimensionamento degli obiettivi dei percorsi classici;
- i policonsumatori con un uso estremamente diversificato e combinato di sostanze stupefacenti. Un approccio "classico" non permette loro di trovare punti di riferimento adeguati al riconoscimento dei loro bisogni;
- gli utenti in carico ai servizi con farmaci sostitutivi, che non hanno trovato ulteriori sistemi di stabilizzazione relazionale e che, talvolta, sommano tali somministrazioni con altri consumi (cocaina, alcool, psicofarmaci ecc.) o che semplicemente necessitano di un accompagnamento relazionale e di un supporto psicosociale integrativo al farmaco, richiedendo quindi un lavoro parallelo (e non solo alternativo) alla somministrazione.

Quelle sopra enunciate non sono che alcune delle possibili tipologie di utenza che sempre meno richiedono alle strutture comunitarie accoglienza o aiuto.

Tale diversificazione ha portato molte delle strutture di accoglienza ad operare un ripensamento e ad immaginare lo sviluppo di progetti

specifici e diversificati che prevedono il lavoro di professionalità integrate ed interagenti (educatori, psicologi, pedagogisti, operatori di comunità, psichiatri ecc.), nonché tempi di permanenza ed organizzazione delle strutture fortemente differenziati (centri diurni, drop in, residenzialità brevi, comunità di vita progettualmente ridefinite, centri per il reinserimento, percorsi di inserimento lavorativo, cooperative di lavoro, corsi di professionalizzazione ecc.).

Le comunità che non hanno avuto paura di seguire questi percorsi trovano oggi un valido aiuto nel nuovo Atto d'intesa tra Stato e Regioni, uno strumento che riconosce e legittima il loro cambiamento.

L'impegno futuro va verso un decisivo processo d'integrazione tra pubblico e privato volto alla ricerca comune di risposte a bisogni sempre più complessi e diversificati.

Il lavoro per progetti e la capacità di costruire percorsi individualizzati diventano, così, la prospettiva futura su cui molte delle realtà del privato sociale stanno investendo. Una particolare attenzione è attualmente offerta alle nuove tipologie di utenza, che mercato e nuovi stili di approccio e consumo delle sostanze stanno proponendo.

L'impegno diventa, quindi, di ritrovare capacità di ascolto dei bisogni e di costruire un sistema d'intervento forte, integrato ed egualmente diffuso in tutte le parti del Paese (gravato dalla presenza di una estrema eterogeneità territoriale nell'offerta di servizi e di risposte).

La definizione di sistemi d'intervento integrati e accreditati, una capacità diffusa e condivisa di lettura e monitoraggio dei fenomeni, luoghi di progettazione e verifica, condivisi tra pubblico e privato appartengono alla scommessa da cui dipenderà gran parte dell'efficacia dei futuri interventi.

A09: L'informazione sulle droghe e la sua diffusione

Quale informazione

Nel campo della dipendenza da sostanze stupefacenti l'informazione può essere considerata elemento di conoscenza indispensabile. Grazie ad essa è possibile dare una risposta ai numerosi interrogativi sollevati dal fenomeno. Solo una corretta informazione, infatti, consente di avvicinarsi alla comprensione della natura, della dimensione, dell'evoluzione e delle motivazioni sottostanti al problema. L'informazione, infine, è elemento indispensabile alla valutazione d'impatto degli interventi messi in atto a livello preventivo, riabilitativo e di riduzione del danno.

In un contesto in cui, sempre più, le politiche di contrasto al fenomeno devono essere basate su dati accertati e non su affermazioni generiche o di carattere moralistico o ideologico, il problema della costruzione e diffusione dell'informazione si unisce a quello della raccolta e della elaborazione dei dati disponibili.

Un flusso informativo sulle tossicodipendenze affidabile, costante ed aggiornato rappresenta, dunque, una piattaforma fondamentale per le scelte politiche, amministrative, professionali e culturali di contrasto. In questo senso, occorre identificare soggetti, fonti, tempi e strumenti che possano concorrere a costruire la strategia di raccolta dei dati, di elaborazione, di costruzione e diffusione dell'informazione.

In tale direzione deve essere considerato il contributo che l'Osservatorio permanente sul fenomeno delle droghe e delle tossicodipendenze è chiamato a dare. Per meglio affrontare la questione dell'informazione sulle droghe e della sua diffusione, si presentano alcuni degli elementi fondamentali.

L'informazione è un processo di comunicazione bidirezionale. La trasmissione di valide conoscenze può avvenire da un gruppo di esperti alla popolazione generale (ad esempio campagne di prevenzione attraverso i mass-media), solo a patto che il gruppo di esperti acquisisca dalla popolazione generale le informazioni necessarie per individuare in quale campo (sanitario, sociale, economico) e su quale argomento (malattie infettive, interruzione prematura degli studi, costi della tossicodipendenza, mercato illecito) è più opportuno focalizzare le risorse di comunicazione e diffusione dell'informazione.

Nel campo delle dipendenze si equivoca spesso, l'informazione viene considerata quale mezzo a carattere squisitamente preventivo. Ma, in realtà, il fine prioritario è di tipo divulgativo e quanto trasmesso deve derivare da osservazioni eseguite in contesti reali o sperimentali con un riscontro applicabile e d'interesse per la popolazione generale.

L'informazione deve essere calibrata al destinatario, anche se più gruppi di soggetti possono essere interessati a ricevere uno stesso tipo d'informazione.

In relazione a questo punto, nel campo delle tossicodipendenze si possono identificare come destinatari:

- i soggetti politici che hanno il compito di legiferare sull'argomento e sono interessati ad una visione aggiornata e certa del fenomeno, delle sue evoluzioni, dei grandi problemi emergenti;
- le Amministrazioni centrali e regionali, che necessitano di dati, di letture ed interpretazioni valide ed aggiornate per procedere alla definizione di motivati atti di governo;
- gli Amministratori locali, che hanno bisogno di ricevere dati di confronto e di valutazione per compiere scelte coerenti relativamente alla prevenzione ed al sistema degli interventi;
- gli operatori del settore, che necessitano di un'adeguata informazione scientifica al fine di migliorare le pratiche e la progettualità;
- i ricercatori, per i quali l'informazione rappresenta una fonte essenziale di studio;
- i mass media, interessati a ricevere informazioni, dati e letture del fenomeno affidabili, conprensibili e continuative, capaci di consentire una corretta informazione del pubblico;

- i cittadini, che hanno diritto ad essere informati sul tema.

E' dunque importante identificare un tipo di informazione capace di offrire dati, notizie e riflessioni adeguati alle aspettative e facilmente utilizzabili e leggibili dai soggetti interessati al fenomeno.

Gli strumenti ed i tempi

Va ricordato che i diversi destinatari dell'informazione possono essere raggiunti da differenti strumenti di comunicazione, quali:

- strumenti cartacei: rapporti, newsletters, lettere circolari;
- strumenti elettronici: supporti magnetici (CD Rom o floppy), pagine Web, posta elettronica;
- strumenti audiovisivi: spot, trasmissioni dedicate.

Non a caso, l'Osservatorio permanente per le tossicodipendenze, nell'ambito delle attività istituzionali di diffusione dell'informazione, concentrerà i futuri sforzi in queste direzioni:

- avvio di una biblioteca virtuale. In connessione con altri centri di documentazione e banche dati, il sito conterrà informazioni di carattere generale sul fenomeno dell'abuso di droghe e sulla sua evoluzione, informazioni sulle opportunità di trattamento e sulle azioni preventive esistenti nel territorio nazionale, materiale bibliografico finalizzato anche ad una lettura sociologica ed antropologica e non solo sanitaria del fenomeno, materiale giuridico specifico;
- avvio di un sistema di offerta di notizie e brevi documenti indirizzati ai mass media;
- avvio di un servizio di bibliografia professionale e scientifica destinato agli operatori del settore.

Le modalità del processo

Le modalità di attuazione del processo informativo rappresentano un altro elemento estremamente importante al fine di una maggior correttezza ed efficacia dell'informazione e della sua divulgazione .

In relazione ai diversi soggetti coinvolti, devono, dunque, essere utilizzate le modalità e gli strumenti informativi più opportuni e maggiormente capaci di giungere a destinazione. A tal fine, esistono, a seconda dell'obiettivo, diverse strategie.

Se, ad esempio, l'obiettivo è quello della riduzione dei rischi di infezione correlati alla pratica iniettiva dei tossicodipendenti attivi non in contatto con servizi, si rende opportuna l'istituzione di modalità di intervento (unità o operatori di strada) capaci di intercettare e di avvicinare questi soggetti (consegna di siringhe o altro materiale sterile, consegna di materiale informativo sui rischi infettivologici correlati alla pratica iniettiva e disponibilità al confronto verbale).

Se, per contro, l'ipotesi di intervento è rivolta ad individui giovani che consumano sostanze psicostimolanti in ambienti e circostanze specifiche, luoghi di elezione dell'intervento saranno le scuole, le discoteche ed altri centri di aggregazione giovanile.

Un altro esempio di operatività specifica è legato alla seconda metà degli anni ottanta, momento in cui è andato evidenziandosi anche in Italia il problema dell'infezione da HIV e del rapido diffondersi tra i tossicodipendenti e gli omosessuali.

L'epidemia ha comportato la necessità di intervenire su questi soggetti con modalità specifiche di diffusione dell'informazione. Contestualmente alle iniziative dedicate ai sottogruppi ad elevato rischio, è stato necessario intraprendere campagne divulgative (rivolte alla popolazione generale) volte ad evitare l'insorgenza di una "psicosi di massa" nei confronti del problema.

La circolarità dell'informazione

Un altro aspetto confinato allo specifico campo delle dipendenze è quello della circolarità dell'informazione tra le varie Agenzie, Enti ed Istituzioni che, secondo finalità e punti di osservazione diversi, si occupano del problema. Com'é plausibile attendersi, ogni fonte (scuole, forze dell'ordine, centri di trattamento e

riabilitazione, ecc.) fornisce elementi e focalizza la propria richiesta di informazioni a seconda dell'ottica con cui si pone nei confronti del fenomeno.

Emergono quindi i presupposti per immaginare la possibilità di convogliare il flusso delle singole rilevazioni all'interno di un contesto consuntivo, in grado di assemblare le varie informazioni e di offrire un quadro il più possibile esaustivo della situazione complessiva.

Il ruolo dell'OEDT

Vista la necessità di un'informazione specifica per il settore delle tossicodipendenze, la Commissione europea ha costituito un centro di monitoraggio (OEDT) con sede a Lisbona. Ognuno degli Stati membri dell'UE ha definito un proprio centro di raccolta dati locale ("focal point"). L'OEDT si occupa di raccogliere i dati relativi alla situazione dei singoli Stati e di monitorarne l'andamento nel tempo.

Il "report" annuale dell'OEDT riepiloga l'andamento dei diversi aspetti del fenomeno all'interno dell'UE e propone confronti tra le nazioni in merito, ad esempio, ai decessi droga-correlati, alle quantità di sostanze sequestrate differenziate per tipo, alla prevalenza dei casi denunciati di AIDS, al censimento dei centri per il trattamento e la riabilitazione, al numero di soggetti in contatto con tali centri. Su questa stessa struttura è costruito anche l'attuale rapporto nazionale italiano sullo stato delle tossicodipendenze.

Sviluppare l'informazione ovvero migliorare il sistema della raccolta dei dati

La presenza di un contemporaneo interesse e coinvolgimento di molteplici parti istituzionali (Ministero dell'Interno, Ministero della Giustizia, Ministero della Sanità, Ministero della Difesa, Dipartimento per gli affari sociali, Regioni, ecc..) nei confronti delle tossicodipendenze contribuisce ad esasperare la complessità del fenomeno della raccolta dei dati e della diffusione delle informazioni. Ognuna delle parti si pone come osservatore e referente privilegiato di una delle dimensioni del problema e non sempre considera l'esistenza di una possibile sovrapposizione degli ambiti e di una relazione sinergica tra gli stessi.

Ogni ambito istituzionale possiede una specifica area d'osservazione su cui basa anche la valutazione della propria attività. Ma, ad esempio, la variazione del numero di sequestri per una certa sostanza rappresenta solo una parte di una situazione, che deve invece essere confrontata con elementi derivati da dati provenienti da altre fonti, come ad esempio l'andamento dei problemi sanitari correlati all'uso della stessa sostanza. In presenza di dati tra loro non congruenti (ad esempio, riduzione del numero di sequestri per cocaina ma drammatico aumento dei casi di ricorso al strutture di emergenza per problemi correlati al suo consumo), si impone la necessità di approfondire l'indagine sui motivi per cui le rilevazioni risultano discordanti.

In genere, l'osservazione di eventuali variazioni indotte da un intervento sociale o sanitario consente di verificare l'impatto più o meno incisivo dell'azione.
A questo proposito, va ricordato che una stessa ipotesi può imporre metodologie di rilevazione e diffusione dei dati alquanto diverse, a seconda dei gruppi indagati e delle tipologie di intervento messe in atto (si dovrebbero, ad esempio, utilizzare modalità diverse nella ricerca di informazioni di ritorno sull'impatto avuto dalle campagne di prevenzione nei confronti della diffusione del virus HIV all'interno della popolazione generale, della popolazione a rischio o dei soggetti in contatto con i centri di trattamento)

Un abbandono precoce degli studi aumenta a distanza di tempo il rischio di contatto con le droghe ed in quale misura? Il tipo e la quantità di sostanze stupefacenti sequestrate permette di prevedere l'attesa di consumatori di specifiche droghe e, quindi, l'istituzione di interventi preventivi, di trattamento e di riabilitazione mirati?

Queste sono solo alcune delle numerose domande cui l'informazione scientifica dovrebbe saper rispondere in modo costante ed aggiornato. Un'accurata e globale osservazione dei vari aspetti, finalizzata alla ricerca di relazioni causa-effetto (con modelli anche complessi d'indicatori multipli) faciliterebbe la

creazione e la diffusione di previsioni a breve, medio e lungo termine, con un'accuratezza variabile in funzione del tempo.

La complessità dei modelli, che deriva dalla reciproca interferenza di più indicatori e dal "peso" variabile con cui questi partecipano alla definizione dell'evento da prevedere, potrebbe essere in parte superata grazie al consolidamento del loro uso nel tempo.

L'applicazione pratica dei modelli, unita ad una costante disponibilità d'informazione, potrebbe allora favorire la crescita di un'idonea programmazione di interventi capaci di fronteggiare le diverse situazioni.

Le componenti di base dell'informazione

Un aspetto fondamentale della qualità dell'informazione riguarda la dimensione e le caratteristiche della popolazione utilizzata per trarre i dati (e quindi le informazioni da generalizzare). Essendo praticamente impossibile osservare la totalità dei casi appartenenti all'universo oggetto di studio, ci si affida generalmente ad un gruppo campione, rappresentativo dell'universo da esaminare.

Il concetto è lo stesso che si applica per gli exit-pool elettorali: si utilizza una parte della popolazione coinvolta nell'evento per prevedere e stimare quale sarà o, meglio, quale potrebbe essere il risultato finale.

Nel caso specifico degli exit-pool, il risultato stimato è poi confrontabile con quello reale. Ma ciò non è ovviamente possibile nelle ricerche socio-sanitarie condotte su ampie popolazioni.

Pertanto, un dato che, basandosi su un campione di 1000 ragazzi, segnala la presenza nella regione Piemonte del 4,9% di diciottenni maschi che consuma ecstasy, offre semplicemente indicazioni di tipo probabilistico sulla possibile dimensione locale del fenomeno.

Certo che se, nella stessa realtà, questo dato risultasse confermato anche da altre ricerche eseguite con diversa metodologia di indagine, la deduzione logica porterebbe a concludere che il dato si approssima effettivamente di molto all'entità reale.

Altro aspetto della qualità dell'informazione è legato all'affidabilità dei dati raccolti sui singoli individui.

Nell'ambito delle tossicodipendenze, la rilevazione dei dati sui casi (intesi come individui sottoposti ad intervento/trattamento) è diretto appannaggio delle strutture che intervengono sui soggetti. I Ser.T., le comunità terapeutiche, le Prefetture, le Forze dell'ordine e le altre strutture che forniscono prestazioni direttamente rivolte all'utenza sono l'elemento basilare per l'avvio del processo di raccolta dei dati e di costruzione dell'informazione.

In riferimento ai singoli soggetti, i contesti informativi su cui focalizzare la raccolta dei dati sono molteplici: esistono aree di competenza sanitaria, sociale, psicologica, giudiziaria, ecc..

Ognuno di questi è variamente correlato allo stato di salute generale o all'uso di sostanze, alla compromissione della situazione familiare, al disadattamento sociale, alle implicazioni psicopatologiche, al coinvolgimento giudiziario, ecc. Le rispettive tecniche d'indagine risultano essere alquanto varie e talvolta si dimostrano disomogenee anche all'interno di una stessa area.

Di contro, l'impiego di questi strumenti, fondamentali per la raccolta degli elementi che stanno alla base stessa dell'informazione, dovrebbe essere caratterizzato dalla semplicità di somministrazione, dalla standardizzazione, dell'applicabilità in contesti ampi e diversificati e dalla validazione da parte della comunità scientifica.

La ricerca come strumento per produrre informazione

La ricerca antropologica, psicologica, sociale, epidemiologica o clinica può rappresentare uno strumento capace di produrre informazione. Infatti, per quanto possano essere intese come entità separate, informazione, valutazione e ricerca tendono spesso a confluire tra loro all'interno di un complesso mosaico.

Ciò è particolarmente vero nel campo delle dipendenze da sostanze stupefacenti dove, per il coinvolgimento contemporaneo di fattori individuali e sociali, le attività informative, valutative e di ricerca, se separate, difficilmente riescono a fornire un quadro di insieme del fenomeno. Appare, dunque, evidente la necessità di implementare lo sviluppo di tecniche basate sul contemporaneo utilizzo di più fonti.

La peculiarità della ricerca, intesa nel senso più stretto del termine, è rappresentata dal metodo scientifico con cui essa deve essere condotta, dalla definizione del protocollo sperimentale, che deve consentire di verificarne la pertinenza e l'adeguatezza delle fasi in cui è articolata e che deve permettere di dare significato ai dati raccolti.

Nel campo delle tossicodipendenze, gli esempi di ricerca sono numerosi ma la loro validità scientifica non sempre è accettabile. La ricerca prevede regole precise, stilate da gruppi di esperti che definiscono i criteri di adeguatezza: il mancato rispetto di anche uno solo di questi può invalidare il significato dei risultati ottenuti.

Non è infrequente che uno stesso protocollo di ricerca, applicato da diversi gruppi di sperimentatori sugli stessi individui, fornisca risultati contrastanti. Emerge allora il dilemma di capire quale delle ricerche eseguite sia più veritiera.
La ripetizione del protocollo in altri contesti o lo svolgimento di studi simili, contribuiscono ad arricchire il corpo delle nozioni acquisite e quindi, aumentando il numero dei risultati, permettono di osservare quale sia la tendenza predominante del risultato complessivamente ottenuto. E' in questo caso che informazione e ricerca si realizzano parallelamente, permettendo di ottenere risultati di elevato significato scientifico e sociale.

In conclusione, rimane da fare una riflessione sul concetto di economicità dell'informazione. La costruzione e la diffusione dell'informazione impongono costi materiali, l'impiego di risorse umane e strumentali e spese di investimento e gestionali non sempre sono contenute. Anche nel campo delle tossicodipendenze, informazione e ricerca sono vere e proprie attività che necessitano di una programmazione e di uno sviluppo autonomo, anche se strettamente collegato alle altre attività. Questa considerazione conclusiva è volta a ricordare la necessità di ipotizzare, nei prossimi anni, un investimento ragionato e produttivo in questi ambiti.

A10: La ricerca sulle tossicodipendenze e la valutazione degli interventi

La necessità di sviluppare ricerca

Nel campo della tossicodipendenza la ricerca, al pari delle attività di intervento come ad esempio quelle preventive, curative e di recupero psico-sociale, rappresenta un'attività di importanza primaria che, almeno in alcuni settori principali, dovrebbe permettere:

- di capire la dimensione e le caratteristiche della popolazione interessata, le sue evoluzioni nel tempo e la sua distribuzione nelle diverse zone del paese;
- di evidenziare i fattori predisponenti e quelli protettivi nei confronti dell'uso delle sostanze e della tossicodipendenza;
- di meglio affrontare la gravita' delle ricadute negative del fenomeno sul piano sanitario, sociale ed economico;
- di sviluppare l'insufficiente conoscenza attuale dei processi biologici, psicologici, antropologici, economici e sociali che sottendono le condizioni che portano all'uso delle sostanze e alla tossicodipendenza;
- di migliorare l'efficacia parziale degli interventi preventivi, curativi e riabilitativi attualmente disponibili;
- di sviluppare e diffondere metodologie per il monitoraggio e lo studio delle nuove droghe e delle nuove modalità di assunzione.

Il livello di sviluppo della ricerca in Italia non sembra tuttavia coerente con questi requisiti operativi. Infatti pur esistendo singole e frammentarie realtà, dove vengono raggiunti livelli di eccellenza, la situazione generale è tale da rendere la nostra nazione quasi completamente dipendente dai risultati ottenuti all'estero.

Una delle conseguenze del limitato sviluppo della ricerca in Italia, anche in questo settore è che solo con notevole ritardo, e con costi elevati, si può usufruire delle conoscenze utili per poter meglio fronteggiare i vari aspetti del fenomeno. In particolare, la lontananza spaziale e culturale della ricerca contribuisce al mantenimento dello iato esistente fra il livello avanzato della ricerca clinica, ad esempio, e quello della assistenza che ne dovrebbe poter utilizzare le indicazioni emergenti.

L'attività assistenziale continua così ad essere erogata in un contesto poco attento alle evidenze scientifiche ed ai processi valutativi e le scelte assistenziali continuano ad essere basate su orientamenti ideologici di non provata efficacia.

Numero di gruppi di ricerca italiani che hanno pubblicato su riviste internazionali nel corso del 1999 per aree di attività

Arre di attività	n.
trattamento dell'abuso di sostanze	7
genetica delle tossicodipendenze e dell'alcolismo	4
droghe e comportamento	6
diagnostica tossicologiaca	6
tossicodipendenze e problematiche internistiche	11
diagnostica nelle tossicodipendenze e nell'alcolismo	3
endocrinologia e metabolismo delle tossicodipendenze	7
neurofisiologia e tossicodipendenze	12
farmacologia e tossicodipendenze	8
problematiche infettivologiche e tossicodipendenze	8
prevenzione	3
Totale gruppi di ricerca	**75**

Fonte: Bibliografia allegata

E' difficile definire quale ricerca sia più utile, oggi in Italia, nel campo della dipendenza da sostanze. Possiamo però affermare che non vi è sufficiente attenzione né investimento di fondi nei confronti, ad esempio, della ricerca di base, quella che mira a svelare le "cause della dipendenza", ma soprattutto sono ancora troppo esigui l'attenzione e gli investimenti in quei campi di ricerca utili ad orientare politiche ed interventi, a definire obiettivi, a valutare risultati, in ultima analisi ad aumentare la qualità e l'efficacia degli interventi. Si consideri, in questo caso, che la ricerca epidemiologica non ha ancora raggiunto in Italia una massa critica di persone e centri che ne possano permettere l'adeguato sviluppo.

Nel corso degli ultimi anni, ed in particolare nel 1999, anche attraverso l'utilizzo del Fondo

nazionale di intervento per la lotta alla droga, vi è stato un maggiore impegno delle amministrazioni pubbliche e a tale proposito sono da citare le iniziative promosse dagli organi centrali dello Stato riportate in altri parti della presente relazione.

Alcune di queste iniziative hanno ottenuto risultati di un certo rilievo (vedi sperimentazione multicentrica di nuovi farmaci), altre, piuttosto promettenti sono in corso di attuazione (vedi studio VEdeTTe sulla valutazione dell'efficacia degli inteventi nei Ser.T..).

L'implementazione e conduzione della ricerca, soprattutto nel campo clinico, ha anche evidenziato quanto la mancanza di procedure amministrative adeguate e di coordinamento fra i diversi settori della pubblica amministrazione possa condizionarne il successo.

Nel futuro si dovrà comunque pensare a sviluppare una struttura di coordinamento a carattere nazionale capace di svolgere un'azione di promozione, stimolo ed eventualmente finanziamento della attività di ricerca scientifica cercando di superare la visione a compartimenti stagni dei diversi aspetti del fenomeno per affrontare con pari intensità ed interesse anche le componenti sociali, antropologiche, economiche, epidemiologiche, ecc..

Va ricordato a questo proposito che per i soggetti privati che operano nel settore della ricerca, il campo dell'abuso di sostanze rappresenta un terreno economicamente poco vantaggioso. Questo fatto aggrava ulteriormente la dipendenza dai finanziamenti pubblici.

La presenza di un organismo governativo con funzioni di coordinamento ed indirizzo potrebbe contribuire a studiare ed eventualmente correggere procedure amministrative, vincoli istituzionali e lentezze burocratiche che rappresentano un costo per l'attività di ricerca ed un limite alla conduzione della stessa.

Una attenzione particolare dovrebbe essere dedicata alla possibilità di sviluppare attività di ricerca nei servizi (o con la collaborazione dei servizi) che operano sui soggetti portatori delle problematiche legate all'uso di droghe.

La presenza di una assistenza territoriale capillare come quella del nostro paese, rappresenta per la ricerca una preziosa risorsa. Tuttavia, la mancanza di una specifica caratterizzazione in tal senso e di uno specifico mandato istituzionale limita fortemente la possibilità di attivare e mantenere la ricerca nel contesto assistenziale più idoneo.

Da questi elementi di conoscenza è possibile identificare, coerentemente con le problematiche e con i settori di interesse messi in evidenza precedentemente, almeno tre grandi arre prioritarie di sviluppo della ricerca per il nostro paese,:

- gli studi che mirano alla stima quantitativa e qualitativa del fenomeno tossicodipendenza;
- le ricerche sugli effetti delle sostanze;
- la valutazione di efficacia degli interventi.

In relazione a queste aree sia il Parlamento che gli Organi di Governo potrebbero prendere spunto per attivare nell'immediato futuro un'azione di promozione e sviluppo della ricerca nazionale.

Al fine di rendere meglio comprensibile lo stato attuale delle diverse problematiche si è ritenuto opportuno approfondire, nel seguito, i diversi settori di ricerca sopra evidenziati.

Dimensione e caratteristiche del fenomeno della dipendenza da sostanze

Politiche ed interventi che mirino alla riduzione complessiva del fenomeno tossicodipendenza necessitano di stime accurate della sua dimensione almeno per due motivi: per una corretta pianificazione degli interventi e per la valutazione del loro impatto.

La stima quantitativa della dimensione del fenomeno dipendenza da sostanze è resa difficile dal fatto che si vuole dimensionare una popolazione nascosta, di conseguenza è necessario utilizzare metodi complessi che permettano stime precise e accurate.

Attualmente le stime di questo tipo sono sporadiche, poco omogenee dal punto di vista metodologico e quindi non confrontabili fra di loro.

Quest'ultima caratteristica rende poco affidabile l'uso di queste stime per evidenziare tendenze temporali del fenomeno, che sono utili alla valutazione di impatto degli interventi.

Per stimare la dimensione del fenomeno a livello nazionale ci si basa essenzialmente su indicatori indiretti quali il numero di utenti e il numero di decessi per overdose, con notevole difficoltà a quantificare la quota sommersa, quella cioè composta da quei soggetti che non accedono ad alcun servizio di cura o che non hanno impatti con le istituzioni (forze dell'ordine, servizi sanitari non specifici).

Le stime che ne derivano risultano quindi poco utilizzabili. La soluzione a questo bisogno di conoscenza sta nello sviluppo, a livello nazionale, di un sistema di indicatori in grado di stimare, perlomeno in maniera riproducibile anno dopo anno, il numero totale di cittadini dipendenti da sostanze, per avere uno strumento di programmazione e di valutazione di impatto di interventi almeno a livello di popolazione.

E' importante evidenziare che grazie all'impegno di alcuni gruppi di ricerca italiani anche in questo settore, il contributo del nostro paese, pur numericamente limitato, è di un notevole spessore scientifico.

Lo sviluppo della ricerca sui metodi per le stime di prevalenza in ambito UE

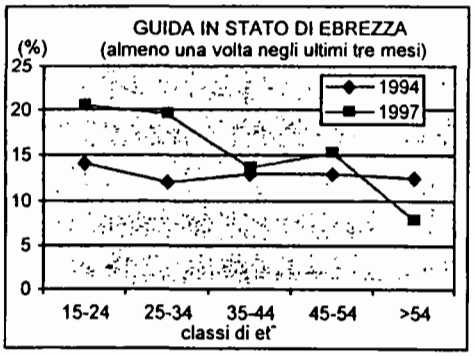
L'Osservatorio Epidemiologico sulle droghe e le tossicodipendenze di Lisbona ha promosso un progetto sullo sviluppo di metodi per migliorare la comparabilità delle stime nazionali di prevalenza dei soggetti che fanno uso endovena, saltuario o continuo, di oppiacei, cocaina e amfetamine. Al fine di ottenere stime comparabili, dove possibile, sono stati utilizzati gli stessi metodi, le stesse definizioni d'uso di droghe e le stesse fonti di dati. Alcuni metodi (quello demografico e quelli basati sulle formule di moltiplicazione), permettono di ottenere stime riferibili alla prevalenza dell'uso problematico di oppiacei, altri metodi come ad esempio quello degli indicatori multipli proposto dall'Italia permette di ottenere stime riferibili agli utilizzatori endovena di eroina. Il metodo della back calculation, sempre proposto dall'Italia permette di ottenere stime sugli utilizzatori endovena di oppiacei. Allo studio partecipano esperti dei diversi paesi UE ed in ogni paese si è cercato di applicare il maggior numero possibile di metodi di stima (la limitazione è definita dalla disponibilità dei dati di base). I risultati della ricerca, sono disponibili sia presso l'Institute for Therapy Research di Monaco di Baviera (www.ift.de) che ha coordinato il progetto, sia presso l'Osservatorio Europeo di Lisbona (www.emcdda.po) o presso i due centri italiani partecipanti (Il Dipartimento di Matematica dell'"Università di Tor Vergata di Roma e l'Istituto di Fisologia Clinica del CNR di Pisa). Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Italia, Lussemburgo e Regno Unito sono stati in grado di applicare più di un solo metodo di stima. Le diverse stime ottenute sono basate su alcune differenze di metodo e di individuazione della popolazione target della stima e, di conseguenza, in alcuni casi non possono essere compparate fra loro in modo semplice e diretto anche all'interno dei singoli paesi.

Fonte: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Study to Obtain Comparable National Estimates of Problem Drug Use Prevalence for all EU Member States, Lisbon: EMCDDA, October 1999.

La partecipazione alle attività di ricerca dell'Osservatorio europeo sulle droghe e le tossicodipendenze (OEDT) di Lisbona sono solo alcuni esempi dell'impegno dei gruppi di ricerca italiani. Altri gruppi ed istituzioni hanno attivato programmi di ricerca, di notevole significato, a carattere nazionale ed internazionale in altri ambiti, come ad esempio lo studio sull'uso e abuso di alcool promosso dall'Osservatorio permanente su giovani ed alcol o lo studio NISDA (Study – Northern Italy Seronegative Drug Abusers), sui soggetti tossicodipendenti e le infezioni da HIV condotto dal Dipartimento di epidemiologia del CNR di Milano o il progetto nazionale sulle nuove sostanze condotto dal Reparto sostanze d'abuso dell'Istituto Superiore di Sanità e dai responsabili di settore di 19 regioni e delle due Province Autonome di Trento e Bolzano attraverso l'istituzione di un Gruppo tecnico interregionale sulle droghe sintetiche.
Nell'ambito di quest'ultimo progetto, di particolare rilevanza, si cerca di capire, ad esempio, quali siano le conseguenze dell'uso e abuso delle sostanze sintetiche nel determinismo degli incidenti stradali, ma anche di stimare le dimensioni del fenomeno, le modalità e le occasioni d'uso e diffusione, le attività e gli assetti organizzativi attuali dei servizi per intervenire sul consumo e soprattutto quale possano essere le "buone pratiche" di intervento terapeutico al fine della loro valorizzazione e diffusione.

La ricerca su "i comportamenti a rischio"

Le attività di ricerca, a carattere scientifico, promosse dall'Ossevatorio permanente sui giovani e l'alcool hanno riguardato sia la realizzazione di indagini demoscopiche periodiche su scala nazionale, sia la realizzazione di approfondimenti monografici di tipo qualitativo e sistemico su temi di particolare interesse quali: l'evoluzione dei consumi, la condizione giovanile, la cultura del rischio, la regolazione sociale del consumo di alcool, le politiche adottate dai diversi paesi europei, ecc.. Nel corso del 1999 nell'ambito delle attività promosse dall'Osservatorio è stato intrapreso uno studio cui partecipano, oltre l'Italia, diversi paesi dell'UE (Francia, Spagna, Grecia, Germania e Regno Unito) sui comportamenti a rischio dei giovani fra i 15 e 24 anni, che può avere significative ricadute anche nel settore delle sostanze illecite. Lo studio ha come obiettivo la messa a punto e la validazione di uno strumento per il monitoraggio della rappresentazione del rischio, della sua percezione, valutazione ed attivazione dei comportamenti. Alcuni dati di interesse, relativi ad una indagine nazionale, in relazione all'uso abnorme di alcool e all'associazione con la guida di veicoli mostrano un'aumento significativo, negli ultimi anni, della percentuale di giovani che rispondono di essersi ubriacati e di aver guidato, in tale stato, un veicolo (vedi grafico sottostante).



Fonte: Osservatorio permanete sui giovani e l'alcool – Doxa (www.alcol.net).

L'esplosione di interesse di questi ultimi anni sui nuovi fenomeni di uso di sostanze (per esempio sulle "nuove droghe") sta rivelando la necessità di dati di tipo quali-quantitativo: è difficile, infatti, programmare interventi efficaci, o percorsi informativi-formativi utili, su questi campi senza una conoscenza approfondita di questi nuovi comportamenti.

Si tratta però di una sfida di conoscenza che richiede un approccio multidisciplinare; i numerosi studi con analoghe finalità condotti negli ultimi anni sono sovente poveri a causa della loro mono-dimensionalità: affrontare solo l'aspetto psicologico o quello sociologico o epidemiologico sovente conduce a risultati deboli e, in ultima analisi, ad uno spreco di risorse.

E' probabilmente il tempo per un grande sforzo culturale ed economico per effettuare una ricerca che sia in grado di utilizzare i punti di vista clinico e quello sociale, insieme allo strumento metodologico messo a disposizione dalla epidemiologia, per definire con accuratezza e rigore il problema e quindi identificare gli strumenti per affrontarlo.

Effetti delle sostanze sulla salute

Il campo della dipendenza da sostanze è fra tutti probabilmente quello in cui è più fragile il confine fra la causa e l'effetto. Quanto, per esempio, dei disturbi del comportamento dell'eroinomane è dovuto alla sostanza e quanto invece è alla base della dipendenza?

E' di questa natura la difficoltà di definizione dei reali effetti delle cosiddette "nuove" sostanze d'abuso e soprattutto dell'ecstasy.

Non possiamo ancora definire con certezza quali siano i suoi reali effetti né quanta parte di questi sia causata dalla sostanza in se, quanto della componente tossicologica globale dei prodotti che circolano come ecstasy e quanta dal corollario di comportamenti che ne accompagnano l'assunzione.

Questa incertezza non ha conseguenze solo culturali, ma rende difficile il target dell'intervento da promuovere: è la sostanza (e allora interventi di prevenzione, o di riduzione del danno attraverso analisi tempestive sul tipo di sostanza distribuita dal mercato) oppure è il comportamento (e allora interventi sugli orari delle discoteche, sulla disponibilità di bevande, sui controlli stradali, ecc)?

Un gruppo di lavoro nazionale, nell'ambito delle attività finanziate dal Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga, si è posto degli obiettivi di conoscenza conseguenti al ragionamento qui sopra abbozzato. Sono in progetto iniziative nazionali che ci forniranno in breve tempo risposte utili ad indirizzare gli interventi.

Per esempio, nell'ambito del gruppo nazionale, si sta progettando una ricerca di tipo caso controllo che arruolerà i giovani che accederanno ad alcuni pronto soccorso con sintomatologia acuta psichiatrica o neurologica, e un campione di giovani sani, per permettere la valutazione della associazione fra tali disturbi e l'uso di sostanze di ecstasy o altre sostanze similari.

Valutazione di efficacia degli interventi

Nel campo del contrasto alla dipendenza da sostanze, come negli altri di confine fra il sociale e il sanitario, gli aspetti ideologici hanno spesso un peso sproporzionato rispetto a quelli delle esperienze o della cultura eziopatogenetica, fra i meccanismi di "decision-making" di politiche o interventi.

Questo per non parlare dei criteri che oggi stanno assumendo, in campo internazionale, ruoli primari nella sanità, come quelli della "Evidence Based Health Care", che sono realmente poco conosciuti e praticati.

Questo è, almeno in parte, giustificato dal fatto che le conoscenze scientifiche, in questo campo, sono ancora frammentarie e il livello di incertezza in cui deve operare un servizio sia esso pubblico o del privato sociale è elevato.

E' allora prioritario effettuare uno sforzo di costruzione del bagaglio di prove di efficacia del contrasto alla tossicodipendenza che possa essere messo a disposizione di chi deve decidere.

E' poi essenziale non confondere i diversi livelli di intervento e quindi riuscire a separare l'effetto delle politiche, da quello dei servizi, da quello degli interventi da quello, ancora più in dettaglio, dei trattamenti.

Utilità dei trattamenti

Valutare l'utilità dei trattamenti per le dipendenze da sostanze, cioè misurare il risultato di tali interventi, è una attività resa complessa da alcuni elementi:

- esiste una pluralità di obiettivi, non solo fra professionalità diverse ma anche entro gruppi omogenei di operatori, che rischia di rendere gli interventi disorganici e complessivamente inefficienti;
- la moderna interpretazione di trattamento è complessa: si parla dell'insieme delle attività che accompagna il soggetto nel suo precorso di riabilitazione;
- esiste una pratica difficoltà ad applicare modelli sperimentali di valutazione di efficacia che renderebbero più valide le misure.

Eppure si sente il bisogno di costruire un nucleo di conoscenze solide che sia di ausilio a tutti gli operatori e che, tenendo conto dei vincoli sopra esposti, aiuti l'operatore a prendere decisioni. Grazie al Ministero della Sanità, all'impegno del Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e all'apporto delle Regioni, negli ultimi anni, ed in particolare nel corso del 1999, sono state sviluppate alcune iniziative di ricerca in questa direzione.

La Collaborazione Cochrane

La *Collaborazione Cochrane*, è una rete internazionale che ha 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'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, in collaborazione con il National Addiction Centre di Londra, il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università di Torino e il Centro Cochrane Italiano, ha *coordinato la costituzione di un gruppo collaborativo* denominato *Cochrane Review Group on Drug and Alcohol.* Gli obiettivi del gruppo sono:

- identificare e rendere accessibili tutti i "trial randomizzati"e controllati" e, possibilmente, altri tipi di studi rilevanti, tramite la costituzione di un Registro specializzato;
- la produzione di revisioni sistematiche della letteratura *sulla efficacia di interventi di prevenzione*, trattamento e riabilitazione della dipendenza da alcool e sostanze stupefacenti;
- l'aggiornamento continuo delle evidenze;
- la disseminazione delle 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, dei referee e dei sostenitori del gruppo. Attualmente il registro specializzato contiene i riferimenti bibliografici di 1234 trial e 469 altri tipi di studio. Il gruppo ha prodotto due revisione sistematica, già pubblicata nella Cochrane Library, 8 protocolli di revisioni e 18 titoli di revisioni.

Lo studio VEdeTTe

L'Italia ha oggi la possibilità di giocare un ruolo fondamentale nella produzione di conoscenza sulla efficacia dei trattamenti. Si tratta di misurare con metodi e strumenti rigorosi quali trattamenti sono più efficaci. Lo studio di Valutazione dell'Efficacia dei Trattamenti per la Tossicodipendenza da Eroina (VEdeTTE) è stato progettato con questo scopo. Si tratta di uno studio longitudinale prospettico su una coorte multicentrica di tossicodipendenti da eroina in trattamento presso i servizi pubblici per le tossicodipendenze (Ser.T.). Lo studio ha l'obiettivo di valutare l'efficacia delle diverse tipologie di interventi effettuati dai Ser.T. italiani, limitatamente, in questa prima fase, alla prevenzione della mortalità acuta (overdose e cause violente) e alla ritenzione in trattamento. La ricerca è iniziata nel 1998, coinvolge già 122 Ser.T. in 12 regioni italiane, i quali hanno arruolato circa 15.000 utenti. con una ripartizione geografica molto omogenea. La ricerca è coordinata dalla Agenzia Regionale di sanità pubblica della Regione Lazio e dal Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università di Torino ed è stata finanziata dal Fondo nazionale di lotta alla droga tramite il Ministero della Sanità. Dalle attuali premesse si può prevedere che lo studio VEdeTTE avrà un numero di soggetti seguiti comparabile con quelli degli studi più importanti nel campo della tossicodipendenza quali il DARP e il DATOS americani e il NTORS inglese. Trattandosi di uno studio prospettico, i primi risultati relativi all'efficacia dei trattamenti saranno disponibili soltanto nel 2001, ma già l'analisi dei questionari di ingresso ha permesso di evidenziare alcuni elementi interessanti e che potranno essere utili fin da subito: la proporzione di utenti che sniffano eroina, un comportamento di consumo meno a rischio per la trasmissione di malattie infettive, è ormai al 15% degli utenti e tende a salire con i nuovi utenti, i rischi di overdose, di HIV e HBV sono concentrati nelle fasce di popolazione appartenenti a categorie sociali svantaggiate. Lo studio VEdeTTE in futuro costituerà una coorte stabile, con il reclutamento di tutti i nuovi utenti nei SerT coinvolti e la raccolta delle informazioni sui trattamenti. Questo permetterà di ottenere dati estremamente ricchi non solo in relazione all'efficacia dei trattamenti ma anche sulla mortalità, sulla morbosità per overdose o altri indicatori di salute, in modo periodico e confrontabile.
Lo studio effettuerà un *follow-up* attivo di una parte degli arruolati, per valutare anche aspetti non compresi in precedenza, quali il consumo di sostanze e il livello di riabilitazione sociale, occupazionale e familiare, dati che saranno utilizzati sia in forma descrittiva che come indicatori di esito dei trattamenti. Il fatto di costituire una coorte stabile di soggetti renderà possibili il suo uso per la progettazione di studi e di valutazioni, che altrimenti avrebbero richiesto l'impianto *ex novo*, e quindi dispendioso e di fatto spesso impraticabile, di nuove coorti di utenti.

La qualità dei servizi

La Regione Emilia-Romagna dal 1993 ha avviato un percorso di orientamento alla qualità dei Ser.T. puntando sulla crescita di una cultura condivisa per la regolazione del sistema dei servizi (in vista dei processi di autorizzazione al funzionamento e accreditamento).

Sono state poi coinvolte altre regioni italiane al fine di individuare alcuni indirizzi comuni. Da questa esigenza è nato il progetto nazionale "La valutazione della qualità dei Ser.T." finanziato tramite il Ministero della Sanità dal Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e coordinato dalla Regione Emilia-Romagna, che vede coinvolte in modo attivo con gruppi locali altre 16 Regioni.

I passi in cui si articola il progetto nazionale sono quattro: I) la ricostruzione del sistema di regolazione, II) la definizione del profilo di qualità dei Ser.T. (sono scaturiti da questa fase, in modo condiviso, i criteri per la valutazione della qualità comuni a livello nazionale), III) l'individuazione dei sotto-criteri di qualità, IV) la congruenza fra sistema informativo e concetto di qualità.

Fino ad oggi sono state realizzate le prime due fasi sia a livello regionale che nazionale ed è in corso di ultimazione la fase di individuazione dei sottocitati. A tali fasi le 14 Regioni che hanno partecipato attivando gruppi locali (che hanno visto un coinvolgimento complessivo di circa 400 operatori) e un momento di sintesi a livello nazionale (previsto entro giugno 2000 per la terza fase). Nel mese di settembre 2000 è inoltre previsto un momento di confronto europeo sui temi della qualità nelle tossicodipendenze (Bologna).

Il progetto, che si concluderà entro il mese di novembre, ha ricevuto ulteriore finanziamento dal Fondo e gli obiettivi della sua prosecuzione sono:

- per le Regioni di far ricadere le concettualizzazioni sul profilo di qualità nei processi di accreditamento (definire ed avviare meccanismi di controllo, stimolare e finanziare progetti di sviluppo della qualità progettati da singoli servizi);
- per i Ser.T. di costruire gli strumenti di misurazione sulla base degli indicatori di qualità comuni fra le Regioni. L'obiettivo sarà dunque l'andare a presentare ai Ser.T. le informazioni da raccogliere, il raccoglierle ed elaborarle, il testare gli strumenti ed implementare il loro utilizzo;
- per gli Enti ausiliari definire i criteri di qualità per l'accreditamento dei servizi offerti dal privato sociale.

Nuovi temi di ricerca e valutazione

Al momento attuale, l'area prioritaria di sviluppo della ricerca è quella di supporto e aiuto alle persone che devono prendere decisioni nel loro difficile compito di definire politiche di contrasto al fenomeno della tossicodipendenza.

Il primo di questi è la valutazione di efficacia delle attività di riduzione del danno. Si tratta di un insieme di attività che hanno come obiettivo la riduzione dei rischi sanitari e sociali legati al consumo di sostanze.

Sono interventi di bassa soglia quali le unità di strada, gli interventi fra pari ecc... Sono interventi sempre più utilizzati, grazie ad una sostanziale coerenza concettuale con i propri obiettivi; esistono però interventi diversi fra cui scegliere, di nessuno dei quali si conosce l'efficacia.

E' prioritario allora, in vista degli investimenti che in futuro verranno fatti in questo campo, progettare e condurre ricerche in grado di definire quale sia la loro capacità reale nel raggiungere i propri obiettivi e quali interventi siano più utili a questo scopo.

Il secondo è la prevenzione della dipendenza da sostanze. Si spendono annualmente molte risorse in progetti più o meno interessanti che hanno per obiettivo la prevenzione dell'uso di droga e alcool. Sono interventi estremamente disomogenei, da quelli di informazione a quelli di educazione, da quelli di apprendimento di abilità specifiche a quelli di semplice animazione.

In realtà ciò è possibile sia per la povertà delle prove di efficacia degli interventi di prevenzione, ma soprattutto per una sorta di extraterritorialità che questi interventi godono: fra le caratteristiche che li rendono "appetibili" vi sono infatti l'interesse, la capacità di aggregare, di coinvolgere, di richiamare l'attenzione dei media, ma non invece quella di essere utili allo scopo per cui vengono messi in pratica.

Sono molti in letteratura gli esempi di interventi di prevenzione che hanno raggiunto risultati opposti a quelli per cui erano stati progettati.

Questo rende molto pericolosa la sottostima dell'aspetto efficacia nella scelta di interventi di prevenzione e diviene prioritario allora indirizzare sforzi e risorse sia in studi di valutazione di interventi che, per le loro caratteristiche, potrebbero, una volta provati efficaci, essere diffusi in altre realtà.

E' necessario, soprattutto, insistere perché tutti gli interventi di prevenzione abbiano dei solidi sistemi di valutazione di risultato su cui effettuare delle valutazioni di efficacia, almeno a posteriori ed ideare nuove strategie di prevenzione che siano sempre più rispondenti alle nuove e sempre più consolidate culture giovanili dell'abuso di droghe.

A11: L'EU a confronto: evoluzione del fenomeno droga negli altri paesi e aspetti legislativi

Le attività dell'Osservatorio europeo
L'Unione europea ha istituito con sede a Lisbona l'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (OEDT) che si occupa, tra l'altro, di raccogliere, elaborare e diffondere i dati relativi alla situazione dei singoli stati membri, ognuno dei quali ha definito un proprio centro di raccolta dati locale ("focal point") per monitorare, su scala nazionale, l'andamento del fenomeno droga nel tempo.

Il rapporto annuale dell'OEDT riepiloga l'andamento dei diversi aspetti del fenomeno all'interno dell'UE, proponendo confronti tra le nazioni in merito, ad esempio, ai decessi collegati alle droghe, alle quantità di sostanze sequestrate differenziate per tipo, alla prevalenza dei casi denunciati di AIDS, al censimento dei centri per il trattamento e la riabilitazione, ed al numero di soggetti in contatto con tali centri. Nel rapporto, si evidenziano anche le tendenze evolutive del fenomeno e gli strumenti legislativi con i quali ciascuna nazione affronta il problema della riduzione e del contrasto della diffusione della domanda di droghe, della lotta al traffico, degli interventi sanitari, ecc..

Nel presente approfondimento vengono presi in considerazione gli aspetti relativi alle regolamentazioni legislative del consumo, attraverso un confronto della situazione dei differenti paesi dell'UE.

Consumo di droga: le recenti tendenze
In base ai dati relativi alle principali indagini demografiche effettuate sulla popolazione generale e sulla popolazione giovanile, la cannabis continua ad essere la sostanza più comunemente disponibile e usata nei paesi dell'Unione europea, con un trend in continua ascesa dai primi anni novanta. In alcuni Paesi, il suo uso nella popolazione giovanile é raddoppiato rispetto al 1990, mentre in altri la tendenza all'aumento e meno marcata o si mantiene stabile. Non si registrano comunque segni di inversione di tendenza e anche se la tipologia d'uso ha, più che altro, carattere saltuario, le infrazioni di legge relative all'uso ed i dati sui sequestri confermano come hashish e marijuana siano largamente le droghe più presenti sul mercato.

CANNABIS
I termini cannabis (la pianta di cannabis sativa che contiene la sostanza psicoattiva), marijuana (le foglie essiccate o le sommità fiorite della stessa pianta) e hashish (la resina estratta dalle gemme) sono di uso comune e talvolta indifferenziato. Si stima che oltre 40 milioni di persone nell'UE ne hanno fatto uso nella vita; questa sostanza viene provata, in media, da circa un individuo su cinque nella fascia di età 15-16 anni e daalmeno uno su quattro nella fasci 15-34 anni.

Fonte: O.E.D.T., Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione Europea 1999. www.emcdda.org

Amfetamine ed ecstasy continuano l'ascesa, mostrando però differenti tendenze di sviluppo nei differenti paesi dell'UE. In alcuni Stati, il consumo di ecstacy sembra essersi stabilizzato o essere addirittura in calo, ma le amfetamine restano molto in auge. In altri Paesi, invece, il consumo e la produzione sono notevolmente aumentati rispetto ai primi anni Novanta. Resta comunque centrale l'uso specifico di queste sostanze in luoghi, tempi e occasioni particolari, dove si associa al consumo di alcool, cocaina, psicofarmaci e meno frequentemente a solventi.

È comunque sempre l'eroina, la sostanza maggiormente capace di determinare gravi rischi per la salute pubblica e alti costi sociali. Il lavoro di prevenzione sui rischi legati all'uso di eroina sembra aver dato i suoi effetti tra le popolazioni giovanili, mentre si mantiene elevata l'età media dei consumatori problematici. L'eroina, combinata con assunzioni di altra natura, continua ad essere la principale causa di domanda di trattamento.
L'uso di cocaina mostra una tendenze all'ascesa in alcuni Stati membri, così come dimostrato anche dalle crescenti richieste di trattamento, dagli aumenti nei sequestri e dal numero crescente di chi ne ha sperimentato gli effetti nella popolazione scolastica.

A fronte di questi dati, le strategie dei Paesi dell'Unione europea si sviluppano su nuovi concetti e paradigmi. Prevenzione, trattamento ricerca scientifica, messaggi obiettivi, valutazione delle iniziative di contrasto, sono le parole chiave delle nuove strategie in campo di droga adottate da un gruppo importante di Stati Membri. Spagna, Francia, Portogallo, Regno Unito hanno approvato (talvolta con accodi trasversali agli schieramenti politici, o con risoluzioni governative) documenti programmatici indicanti le priorità, gli obiettivi e gli elementi di valutazione per la verifica dell'efficacia delle misure di intervento.

Gli aspetti legislativi e il quadro istituzionale
Il panorama normativo internazionale ed europeo delinea un quadro interessante in materia di lotta alla droga, alla criminalità ed al traffico. Il Trattato di Amsterdam riconosce alla Unione un ruolo importante in questi campi; strumenti giuridici più puntuali mirano addirittura al ravvicinamento delle legislazioni e delle prassi operative dei Paesi membri. Uno per tutti, che ci ricollega direttamente all'oggetto trattato nell'ambito di questo approfondimento, è "l'Azione Comune del 17 dicembre 1996 relativa al ravvicinamento delle legislazioni e delle prassi degli Stati Membri (...)".

Questa ricca produzione normativa si concentra più nel campo della riduzione dell'offerta e meno in quello della riduzione della domanda. Ciò vale a dire che la legislazione comunitaria è più completa sul fronte del controllo e riduzione dell'offerta, che su quello della riduzione della domanda.

Le legislazioni europee in materia di droga si sono sviluppate in accordo sia con le norme internazionali, sia con i principi di diritto interno ai singoli Stati. Ne viene fuori una mappa variegata, che vede il settore della riduzione della domanda come quello in cui si notano di più le differenze rispetto al campo dell'offerta.

Elementi comuni alle leggi e alle prassi
L'area più controversa nelle politiche di contrasto alla droga degli stati dell'UE, continua ad essere quella dell'approccio sanitario, sociale e giuridico al tossicodipendente.

in questo ambito, sebbene le strategie e le Azioni avanzate dagli Stati membri dell'Unione continuino sostanzialmente a differire, le recenti tendenze mostrano una certa similarità di obiettivi.

L'approccio giuridico al consumatore di droga
La riduzione dell'abuso di droghe illegali (e, da ultimo, anche legali) nella popolazione è una delle preoccupazioni principali di tutti i governi europei. A fronte di questa preoccupazione comune, le legislazioni variano ancora notevolmente da Paese a Paese.

Entro un reticolo di leggi e direttive, in cui non è facile intravedere tendenze di sviluppo omogenee o elementi comuni, si passa da situazioni di depenalizzazione dell'uso personale e dei suoi atti preparatori, all'incriminazione per il solo uso di droga.

Considerando, ad esempio, l'uso di stupefacenti "a scopo personale", si nota, a fronte di una disomogeneità legislativa, una prassi operativa omogenea.

Il consumo
Le convenzioni internazionali non disciplinano direttamente il consumo personale; conformemente ai principi di diritto interno sono gli atti preparatori punibili penalmente, (produzione, acquisto, possesso ecc.)

In 6 Paesi dell'Unione europea, il consumo di stupefacenti è visto come un reato ed è punibile penalmente; all'opposto, in 4 Paesi il fatto non è punibile, poiché non é considerato un reato; in 5 è punibile solo in determinate e rare circostanze.

Questa semplificazione, benché ineccepibile dal punto di vista giuridico, non rende però giustizia alla pratica.

Difatti, negli 11 Paesi in cui il consumo risulta in qualche modo incriminabile, esso non è realmente perseguito.

In UK ed Irlanda il codice punisce solo l'uso di oppio da fumo, praticamente le altre sostanze d'uso non vengono neanche considerate; in

Spagna l'uso è depenalizzato; Portogallo e Lussemburgo si stanno avviando ad una situazione di depenalizzazione attraverso modifiche alle rispettive leggi sulle droghe.

In Francia ed in Belgio, due rispettive direttive dei Ministeri della giustizia (Belgio aprile 1998; Francia giugno 1999) per i casi di individui che non abbiano commesso altri reati se non quello di consumare droghe illecite raccomandano ai procuratori ed ai magistrati di ricorrere alle misure penali come ultima istanza. In pratica, dunque, si procede verso una non punibilità dell'uso personale di droga.

Questa prassi, s'inserisce in una tendenza che fa capo al principio della "inefficacia e sproporzione" dell'azione legale per reprimere il mero uso di droga.

Il carcere non viene più visto come luogo più appropriato per risolvere problemi di abuso di droga.

La tendenza alla non perseguibilità penale per semplice uso personale di stupefacenti, (mantenuto, comunque, come reato perseguibile amministrativamente), sebbene non la si possa considerare come una regola, rappresenta comunque una prassi consolidata, un elemento comune tra la gran parte degli Stati membri dell'Unione.

Il possesso

Cosa diversa è l'approccio al consumatore di droga fermato per possesso di droghe illecite. Difatti, il possesso di droga è visto dalle Autorità nazionali come un reato più grave del consumo (sebbene talvolta i due reati risultino inscindibili) e le legislazioni di tutti i Paesi membri prevedono adeguate misure penali.

In pratica però non è chiaro se una persona accusata solamente di possesso di stupefacenti venga condannata. La base di giudizio dei vari organi giudiziari nazionali é cosi vasta, (dipendente dalla singola legge, dalle condizioni dell'individuo, dal luogo del reato, dalla quantità posseduta e dalla natura dello stupefacente in oggetto), che sembra impossibile poter disegnare regole comuni, talvolta anche all'interno di uno stesso Paese.

POSSESSO DI DROGHE

È un fatto che il possesso di cannabis venga giudicato meno gravemente che quello di eroina in ragione della diversa presunta pericolosità. Ma ci sono stati casi in cui il possesso di piccole quantità di cannabis sia stato giudicato più duramente del possesso di piccole quantità di eroina per la ragione che quest'ultimo era indotto da una dipendenza, mentre il primo no. O che l'arrestato di una zona rurale avrà' molte più chance di vedere realmente la prigione rispetto al suo collega cittadino. Sono queste singole differenze che rendono possibili incongruenze nella repressione di un identico reato in due paesi dell'Unione o in due regioni dello stesso paese.

Fonte: O.E.D.T., Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione Europea 1999. www.emcdda.org

Ma un'accurata analisi della prassi mostra di fatto l'esistenza di una tendenza comune in Europa.

Esistono, infatti, elementi comuni nelle prassi di tutti gli Stati membri, relativamente all'arresto di una persona adulta per possesso di stupefacenti.

Un primo elemento comune è la finalità del reato. Difatti, una prima valutazione é fatta dagli organi inquirenti sulla ragione del reato: possesso per uso personale o per spaccio.

Questa divisione, netta per alcuni Paesi, più vaga per altri, sta alla base della punibilità del reato di possesso di stupefacenti. In 2/3 degli Stati membri (11 su 15), infatti, il possesso per uso personale é ritenuto un'attenuante ai fini della sentenza, anche se con le dovute differenze a livello di sanzioni.

In 2 Stati membri (Spagna e Italia), quando sia stato accertato il fine per uso personale, si applicano solo sanzioni amministrative. In quest'ottica sta procedendo anche il Portogallo, la cui legge sugli stupefacenti é in via di modifica. Negli altri Pesi, le sanzioni variano da avvisi, a multe e, nei casi più gravi a brevi periodi di custodia cautelare.

Nei restanti 4 Stati membri (FR, SW, GR, FIN) senza che le leggi si esprimano in merito, (come avviene negli altri 11), sono le Autorità giudiziarie che decidono di volta in volta quali siano le misure (penali o non) da prendere in caso di possesso di stupefacenti.

Anche in questi Paesi, vi sono comunque da registrare cambiamenti ed evoluzioni (come la direttiva francese già menzionata o una nuova legge in Grecia che separa il traffico di piccole quantità di droga dalla repressione del grande traffico, nella esigenza di evitare pene severe ai tossicodipendenti, che rivendono una parte delle sostanze destinate al loro uso personale o per finanziare la loro dipendenza.

Un secondo elemento è in relazione alla quantità posseduta. Logicamente, le piccole quantità sono un indice di valutazione, ma nelle diverse legislazioni non sempre è il limite che separa una quantità concepita come spaccio da una considerata per uso personale. Ogni giudice decide in maniera autonoma, a seconda delle circostanze che interagiscono nel reato.

Lo stato psicofisico dell'individuo, è largamente tenuto in considerazione. La persona con evidenti segni di tossicodipendenza, spesso già conosciuta dalla polizia, viene generalmente indirizzata verso soluzioni terapeutiche o di sostegno. Un problema diverso si pone, invece, per coloro non sono ancora propriamente dentro "il circuito della droga". E', infatti, in aumento il numero di consumatori occasionali (i cosiddetti "consumatori da week end") portati davanti alla Giustizia.

Largamente presa in considerazione é anche la natura degli stupefacenti posseduti. Si rileva un consenso a livello delle prassi rispetto ai derivati della cannabis, marijuana e hashish, che vengono giudicati in maniera più lieve rispetto a sostanze definite più pericolose.

La recidività nel reato di possesso di stupefacenti è vista come un'aggravante. Paradossalmente, ci si aspetta che un tossicodipendente non ripeta il reato di possesso di stupefacenti più volte nella propria vita; nei fatti, però, la casistica dimostra che un tossicodipendente appare ripetutamente davanti agli organi giudiziari (da una a tre volte nei primi trent'anni di vita).

Rispetto allo spaccio o alla rivendita di sostanze stupefacenti, lo stato di tossicodipendenza è considerato come una attenuante del reato di traffico, anche se le condanne rivestono comunque una serietà maggiore rispetto a quelle messe in atto per il semplice possesso. La casistica dimostra come l'individuo abbia, di fatto, tre possibilità per acquisire la droga: usare uno stipendio precario, derivante da lavori precari o saltuari; piccoli furti in casa, poi ad amici ed infine a terzi (più raramente di ciò che si possa credere); vendere parte della sostanza illecita per auto finanziarsi il consumo.

Quest'ultimo espediente viene messo in atto dalla stragrande maggior parte dei tossicodipendenti. Ciò fa sì, in accordo agli impianti giuridici degli Stati dell'UE, che i soggetti finiscano per rientrare in una categoria di reati gravi, che implicano uno sicuro ingresso nel circuito penale.

Si può quindi affermare che, pur in presenza di molte divergenze, per i reati riconducibili ad un consumo personale (sia patologico, sia pseudo-ricreativo) vi è una tendenza verso una depenalizzazione *de facto*, o verso approcci medico/sociali, volta anche a ben separarli dai reati che riguardano il traffico di sostanze stupefacenti a mero scopo di lucro.

Di certo, tra le due categorie vi è una zona grigia, non ancora completamente individuata. A questa, si applicano risposte che variano notevolmente tra nazione e nazione. Si é comunque di fronte ad una materia in divenire, che negli ultimi anni ha visto l'affermarsi di una tendenza in base a cui é venuto maturandosi un basilare principio: terapia invece di punizione.

L'adozione di questo principio, può essere interpretata come la necessità di dare una risposta più positiva al problema, cioè a far sì che i tossicodipendentii (benché delinquenti *stricto sensu*) non vengano perseguiti per cause imputabili al loro stato di salute psicofisica, e possano essere aiutati a uscire dalla loro dipendenza. Questa tendenza non deve essere interpretata in nessun senso come un ammorbidimento delle posizioni o una banalizzazzione del problema, ma come una adattamento delle risposte dello Stato differenziate a seconda che l'individuo sia un "malato" bisognoso di assistenza, che consumi droga per una ricerca di soddisfazione estrema, o che sia un elemento pericoloso per la società,

capace di favorire l'entrata nel giro della droga di altri individui.

In pratica, ciò si traduce con il largo uso delle cosiddette "misure alternative". Si tratta di interventi dell'autorità giudicante che, sospendendo un procedimento investigativo/giudiziario verso un individuo tossicodipendente che abbia commesso un reato legato alla droga al quale normalmente corrisponderebbe una pena amministrativa o penale, consenta al suddetto individuo di curare la propria dipendenza (ritenuta come causa scatenante il reato).

In teoria, constatato il reato (minore), l'individuo viene fermato o arrestato ed il procedimento viene sospeso in ragione dello stato psicofisico dell'individuo, cui si propone un programma terapeutico, al quale deve accedere di sua propria volontà.

Sempre in teoria, eseguito con successo il programma, l'individuo è libero ed il caso viene chiuso.

Non entreremo nelle diverse possibilità, previste dalla legislazione degli stati membri, rispetto a chi sia eleggibile all'accesso a questo tipo di programma, a quale debba essere la sua durata, o a quando esso debba essere considerato interrotto.

Ciò che è importante notare è come il principio "terapia invece di punizione" venga ad essere messo in pratica anche attraverso queste misure, tanto da apparire come il 'live motif' dell'approccio legale al tossicodipendente in Europa - campo di estremo interesse in cui l'OEDT approfondirà la ricerca e la valutazione.

Gli elementi comuni alla maggior parte degli Stati membri, nell'applicazione delle misure alternative, sono:

- il reato esente da violenza è definibile come minore;
- vi é necessità di un trattamento ;
- é presente la volontà dell'individuo.

Elementi su cui è necessario riflettere sono invece:

- la disponibilità di centri di trattamento (e le eventuali liste d'attesa);
- la valutazione dell'efficacia delle misure di intervento (che non devono rappresentare solo una favorevole scappatoia da pene ben più dure);
- l'adeguatezza della risposta terapeutica e sociale alle nuove tendenze d'abuso.

Vi sono altri elementi su cui la riflessione è necessaria, come le cosiddette "fixing rooms" o i programmi con sostanze stupefacenti, che si registrano come nuove tendenze, ma anche come nuove posizioni contrastanti sia tra Stati membri che all'interno di singoli Paesi.

Per un numero crescente di Stati dell'UE, la riduzione del danno rappresenta un elemento cardine delle politiche sulla droga, legate oggi al riconoscimento di valore sancito dal art. 152 del trattato di Amsterdam, in merito alla riduzione degli effetti negativi della droga sulla salute.

E' comunque da registrare la differenza di posizioni degli Stati membri sia sulla definizione di politiche di riduzione del danno sia sugli interventi a queste correlati.

Conclusioni

Il principio base affermatosi negli ultimi anni in Europa in materia di politiche anti-droga è quello dell'"approccio bilanciato" (balanced approach) tra azioni nel campo della riduzione della domanda e della riduzione dell'offerta.

Si registra infatti la tendenza alla non perseguibilità penale per semplice uso di stupefacenti ed alla separazione, sempre più evidente, tra i reati riconducibili ad un consumo personale e quelli riconducibili al traffico per fini di lucro.

Questa tendenza non va immaginata come un abbassamento della guardia, o come un diritto alla droga, o come una non applicazione degli accordi internazionali, bensì come una presa di posizione pragmatica: il carcere è uno strumento molto costoso e poco efficace nella prevenzione e nel trattamento delle tossicodipendenze.

Dal punto di vista del traffico di sostanze stupefacenti, la strategia sancita dalle leggi e dai trattati europei orienta oggi gli Stati membri, verso una maggiore e più efficace cooperazione degli organi di polizia, giudiziari, e doganali, al fine di armonizzare gli sforzi contro il traffico e la produzione illecita di stupefacenti, contro la criminalità ad essi legata e contro il riciclaggio del denaro sporco.

Rimane da ricordare che gli Stati membri dell'UE sono chiamati a stabilire obiettivi e target comuni, in linea con la strategia europea anti-droga 2000 – 2004, adottata dal Consiglio europeo di Helsinki al fine di affrontare il problema degli stupefacenti in maniera concertata e mediante azioni comuni.

PAGINA BIANCA

ALLEGATI

Tavole statistiche

Bibliografia

Links di maggiore interesse

PAGINA BIANCA

Tavole statistiche

Ministero della Sanità (Dipartimento per la Prevenzione)

Distribuzione regionale e per anni del numero di soggetti in trattamento presso i Ser.T.. Tav. 2/01

Distribuzione per anni e per classi di netà dei soggetti in trattamento presso i Ser.T.. Tav. 2/02

Età media dei soggetti in trattamento presso i Ser.T.. Tav. 2/03

Distribuzione percentuale per Regioni e per sostanze d'abuso primarie dei soggetti in trattamento presso i Ser.T. – Anni 1998 e 1999. Tav. 2/04

Distribuzione percentuale per sostanza stupefacente d'abuso dei soggetti in trattamento presso i Ser.T.. Tav. 2/05

Distribuzione per Regione e per percentuale di positività ai test diagnostici effettuati sui soggetti in trattamento presso i Ser.T.. Tav. 2/06

Percentuale di positività al test sierologico anti HIV dei soggetti in trattamento presso i Ser.T.. Tav. 2/07

Percentuale di soggetti in trattamento presso i Ser.T. per condizione rispetto all'infezione del virus dell'Epatite B. Tav. 2/08

Percentuale di soggetti in trattamento presso i Ser.T. positivi al test del virus dell'Epatite C. Tav. 2/09

Tipologie di trattamento dei soggetti in carico ai Ser.T. - Anni 1998 e 1999 Tav. 2/10

Tipologie di trattamento psico-sociale e/o riabilitativo dei soggetti in carico ai Ser.T. – Anni 1998 e 1999 Tav. 2/11

Tipologie di trattamento dei soggetti in carico ai Ser.T. nel periodo 1995~~1999 Tav. 2/12

Ministero dell'Interno (Direzione Generale dei Servizi Civili - Direzione centrale della documentazione)

Dati relativi ai segnalati ai sensi dell'Articolo 75 T.U. n° 309 – 9 Ottobre 1990. Tav. 2/13

Distribuzione delle sostanze usate dalle persone segnalate ai Prefetti ai sensi dell'Articolo 75 del T.U. n° 309 – 9 Ottobre 1990 – Dati 1998 e 1999. Tav. 2/14

Distribuzione per classi di età e sesso degli assuntori di sostanze stupefacenti segnalati ai Prefetti (Articolo 75 T.U. n° 309 – 9 Ottobre 1990) – Situazione al 31 Dicembre 1998 e al 31 Dicembre 1999. Tav. 2/15

Distribuzione regionale delle strutture socio riabilitative e dei soggetti in trattamento alla data del 31 Dicembre 1999. Tav. 2/16

Numero di tossicodipendenti in trattamento presso le strutture socio-riabilitative. Tav. 2/17

Numero medio annuale di strutture socio-riabilitative per le tossicodipendenze. Tav. 2/18

Distribuzione per tipo di strutture socio-riabilitative e per sesso dei tossicodipendenti in trattamento alla data del 31 Dicembre 1998 e del 31 Dicembre 1999. Tav. 2/19

Distribuzione e ripartizione territoriale del numero dei tossicodipendenti in trattamento alla data del 31 Dicembre 1998 e del 31 Dicembre 1999 presso le strutture riabilitative. Tav. 2/20

Distribuzione per Regione delle strutture socio riabilitative e dei tossicodipendenti in trattamento – Situazione al 31 Dicembre 1998 e al 31 Dicembre 1999. Tav. 2/21

Ministero dell'Interno (Direzione centrale dei Servizi Antidroga)

Operazioni Antidroga.	Tav. 2/22
Distribuzione per Regione delle operazioni antidroga per tipologia di sostanze stupefacenti – Anno 1998.	Tav. 2/23a
Tipologia delle operazioni antidroga per sostanza stupefacente – Anno 1998.	Tav. 2/24a
Distribuzione per Regione delle operazioni antidroga per tipologia di sostanze stupefacenti – Anno 1999.	Tav. 2/23b
Tipologia delle operazioni antidroga per sostanza stupefacente – Anno 1999	Tav. 2/24b
Attività antidroga svolta dalla Polizia di Stato, dall'Arma dei Carabinieri e dal Corpo della Guardia di Finanzia – Anno 1998.	Tav. 2/25a
Attività antidroga svolta dalla Polizia di Stato, dall'Arma dei Carabinieri e dal Corpo della Guardia di Finanza – Anno 1999.	Tav. 2/25b
Distribuzione regionale delle quantità delle principali sostanze stupefacenti Sequestrate – Anno 1998.	Tav. 2/26a
Distribuzione regionale delle quantità delle principali sostanze stupefacenti Sequestrate – Anno 1998.	Tav. 2/26b
Quantità delle principali sostanze stupefacenti sequestrate.	Tav. 2/27
Persone deferite alle Autorità Giudiziarie.	Tav. 2/28
Distribuzione regionale delle presone deferite alle Autorità Giudiziarie – Anno 1998.	Tav. 2/29a
Distribuzione regionale delle presone deferite alle Autorità Giudiziarie – Anno 1999.	Tav. 2/29b
Distribuzione regionale delle persone deferite alle Autorità Giudiziarie per tipologia di sostanze stupefacenti – Anno 1998.	Tav. 2/30a
Persone deferite alle Autorità Giudiziarie per tipologia di sostanza stupefacente – Anno 1998.	Tav. 2/31a
Distribuzione regionale delle persone deferite alle Autorità Giudiziarie per tipologia di sostanze stupefacenti – Anno 1999.	Tav. 2/30b
Persone deferite alle Autorità Giudiziarie per tipologia di sostanza stupefacente – Anno 1999.	Tav. 2/31b
Persone deferite alle Autorità Giudiziarie per titolo di reato contestato – Anno 1998 e 1999.	Tav. 2/32
Stranieri deferiti alle Autorità Giudiziarie.	Tav. 2/33
Italiani e stranieri deferiti alle Autorità giudiziarie – Anno 1998 e 1999	Tav. 2/34
Minorenni deferiti alle Autorità Giudiziarie.	Tav. 2/35
Decessi per abuso di sostanze stupefacenti: serie storica per sesso e nazionalità.	Tav. 2/36
Distribuzione per Regione dei decessi per abuso di sostanze stupefacenti – Anno 1998.	Tav. 2/37a
Distribuzione per Regione dei decessi per abuso di sostanze stupefacenti – Anno 1999.	Tav. 2/37b

Ministero della Giustizia (Dip. Amministrazione Penitenziaria e Uff. Centrale Giustizia Minorile)

Reati in materia di sostanze stupefacenti e psicotrope ai sensi del T.U. n° 309 – 9 Ottobre 1990 e procedimenti penali pendenti alla data del 31 Dicembre 1998 e del 31 Dicembre 1999. Tav. 2/38

Detenuti tossicodipendenti, alcooldipendenti ed in trattamento metadonico – Anno 1999. Tav. 2/39

Detenuti affetti da HIV secondo gli stadi di infezione – Anno 1999. Tav. 2/40

Detenuti presenti e tossicodipendenti ristretti per reati di cui al D.P.R. n° 309 del 1990 e per altri reati – Anno 1999. Tav. 2/41

Soggetti assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei Servizi della Giustizia Minorile per tipo di Servizio e per Paese di provenienza – Anno 1999. Tav. 2/42

Soggetti assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei Servizi della Giustizia Minorile: per nazionalità e sostanza assunta – Anno 1999. Tav. 2/43

Soggetti assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei Servizi della Giustizia Minorile per nazionalità e modalità di rilevazione della condizione di assuntore – Anno 1999. Tav. 2/44

Soggetti assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei Servizi della Giustizia Minorile per nazionalità e tipo di intervento attuato dal Servizio – Anno 1999. Tav. 2/45

Soggetti assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei Servizi della Giustizia Minorile per nazionalità e "qualità" dell'assunzione – Anno 1999. Tav. 2/46

Soggetti assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei Servizi della Giustizia Minorile per nazionalità e categoria di reato – Anno 1999. Tav. 2/47

Soggetti assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei Servizi della Giustizia Minorile: riepilogo periodo 1995~1999. Tav. 2/48

Ministero della Difesa (Sanità Militare)

Distribuzione dei consumatori di sostanze in ambito militare secondo la regione di residenza - Anni 1998 e 1999. Tav. 2/49

Distribuzione dei consumatori in ambito militare secondo lo stato civile – Anni 1998 e 1999 Tav. 2/50

Distribuzione dei consumatori in ambito militare secondo l'attività lavorativa prima dell'incorporamento – Anni 1998 e 1999 Tav. 2/51

Distribuzione dei consumatori in ambito militare secondo il titolo di studio – Anni 1998 e 1999 Tav. 2/52

Distribuzione dei consumatori secondo la Forza Armata di appartenenza – Anni 1998 e 1999 Tav. 2/53

Distribuzione dei consumatori secondo la posizione di leva – Anni 1998 e 1999 Tav. 2/54

Distribuzione dei consumatori secondo la posizione militare – Anni 1998 e 1999 Tav. 2/55

Distribuzione dei consumatori secondo la categoria – Anni 1998 e 1999 Tav. 2/56

Distribuzione dei consumatori secondo la frequenza d'uso – Anni 1998 e 1999 Tav. 2/57

Distribuzione dei consumatori secondo il periodo d'assunzione – Anni 1998 e 1999 Tav. 2/58

Distribuzione dei consumatori secondo il motivo d'assunzione – Anni 1998 e 1999 Tav. 2/59

Sostanze stupefacenti maggiormente utilizzate in ambito militare - Anni 1998 e 1999 Tav. 2/60

Presidenza del Consiglio dei Ministri (Dipartimento per gli Affari Sociali)

Risorse finanziarie del Fondo Nazionale d'intervento per la lotta alla droga, quota parte del 25% assegnata alle Amministrazioni centrali dello Stato per gli esercizi finanziari 1997, 1998 e 1999: ripartizione per tipo di Amministrazione. Tav.6/01

Risorse finanziarie del Fondo Nazionale d'intervento per la lotta alla droga assegnate alle Amministrazioni centrali dello Stato per gli esercizi finanziari 1997, 1998 e 1999: ripartizione per tipo di Amministrazione e per numero di progetti finanziati. Tav.6/02

Risorse finanziarie del Fondo Nazionale d'intervento per la lotta alla droga assegnate alle Amministrazioni centrali dello Stato per gli esercizi finanziari 1997, 1998 e 1999: ripartizione per tipo di Amministrazione e per tipologia dei progetti Tav.6/03

Risorse finanziarie del Fondo Nazionale d'intervento per la lotta alla droga assegnate alle Amministrazioni Regionali e delle Province Autonome per gli esercizi finanziari 1997, 1998 e 1999: criteri di ripartizione regionale della quota parte del 75% del fondo. Tav.6/04

Fondo Nazionale d'intervento per la lotta alla droga esercizi finanziari 1997, 1998 e 1999: stato di attuazione regionale degli atti amministrativi per la gestione del Fondo. Tav.6/05

Fondo Nazionale d'intervento per la lotta alla droga esercizi finanziari 1997, 1998 e 1999: risorse trasferite alle Regioni e Province Autonome e finanziamenti concessi agli Enti che hanno presentato domande per la realizzazione dei progetti. Tav.6/06

Fondo Nazionale d'intervento per la lotta alla droga esercizi finanziari 1997, 1998 e 1999: distribuzione regionale dei progetti, fino ad ora finanziati, per tipologia. Tav.6/07

Fondo Nazionale d'intervento per la lotta alla droga esercizi finanziari 1997, 1998 e 1999: distribuzione regionale dei progetti, fino ad ora finanziati, per Ente richiedente. Tav.6/08

Fondo Nazionale d'intervento per la lotta alla droga esercizi finanziari 1997, 1998 e 1999: distribuzione regionale dei progetti, fino ad ora finanziati, per finalità. Tav.6/09

Bibliografia ragionata

Cannabis

Una mole considerevole di ricerche ha arricchito le conoscenze sulla cannabis nel 1999.

Sempre più consolidate le acquisizioni per cui la cannabis sarebbe capace di attivare il sistema della gratificazione (Tanda, Loddo, Di Chiara; 1999) facilitando l'insorgere di un vero e proprio condizionamento addittivo.

Piuttosto preoccupanti le segnalazioni che indicano interazioni sinergiche tra i sistemi cerebrali attivati dalla cannabis e quello coinvolto dagli oppioidi: tali interazioni potrebbero fornire un substrato biochimico alle valutazioni epidemiologiche che suggeriscono un aumentato rischio di eroino-dipendenza per i fumatori di cannabis (Welch and Eads 1999; Manzanares et al., 1999; Ambrosio et al., 1999).

Tra gli elementi scientifici di rilievo da segnalare riguardo alla cannabis, emergono misurazioni di indici che possono essere utilizzati come predittivi dell'intenzione a reiterare l'uso della sostanza da parte degli adolescenti: in particolare, la percezione degli effetti positivi sulla sfera relazionale e sul tono dell'umore, nonché la percezione della diffusione dell'uso tra i coetanei sembrano assumere questo ruolo predittivo (Boys et al., 1999).

Un forte "link" tra il consumo di nicotina e l'utilizzo della cannabis sembra essere confermato (Lewinsohn et al., 1999): a questo proposito, appare chiaro che non è pensabile un lavoro di prevenzione limitato alle sostanze illegali, ma occorre che sia esteso alla prevenzione in generale dell'impiego precoce di tutte le sostanze psicoattive.

Non ancora chiaro il reale impatto dell'utilizzo di cannabis sulla insorgenza di forme psicotiche: difficile infatti discriminare tra i reali effetti della sostanza e la possibile compresenza di disturbi psichiatrici preesistenti, o l'associazione dell'impiego di altre droghe (Dalmau et al., 1999).

Una crescente consapevolezza rispetto al coinvolgimento del sistema recettoriale della cannabis nelle disfunzioni biochimiche che accompagnano la schizofrenia si sta facendo strada nella comunità scientifica (Leweke et al., 1999).

Anche dal punto di vista delle implicazioni mediche indesiderate, il fumo di cannabis sembra essere dannoso per il tratto respiratorio, per il sistema immunitario e il conseguente rischio di infezioni, per l'apparato cardiovascolare e il deficit del funzionamento cognitivo (Hubbard et al., 1999; Grotenhermen, 1999).

Tra le segnalazioni riguardo alla connessione tra incidenti stradali, episodi di violenza e impiego di cannabis, da citare quella dello studio jamaicano che mostra come tra le vittime degli incidenti e di scontri interpersonali con contenuto violento (risse) almeno il 50% dei soggetti fossero sotto l'effetto della cannabis (McDonald et al., 1999): anche su questo versante appare non del tutto esplorata la dimensione dell'aggressività in relazione all'uso di cannabis.

Tra gli effetti della marijuana sulla gravidanza, è accertata una riduzione del peso e della lunghezza del nascituro, mentre sono state segnalate alterazioni cognitive e attentive dei bambini nati da madre fumatrice nei primi anni della scuola materna (Walker et al., 1999).

Si fanno strada nuovamente ipotesi inerenti l'uso terapeutico della cannabis, sempre riguardo alla nausea indotta dalla chemioterapia nei pazienti oncologici, come facilitante l'appetito in soggetti debilitati, come antispastico e antidolorifico (Hollister, 2000); viene suggerita da alcuni Autori la necessità di identificare cannabinoidi privi di effetti psicoattivi e adatti appunto a questo ruolo terapeutico (Pertwee, 1999).

Ecstasy

Anche sull'ecstasy continua il dibattito nel mondo scientifico, che approfondisce le conoscenze riguardo agli effetti sul cervello e sul comportamento degli amfetamino-derivati.

Evidenze sperimentali recenti prodotte sia da gruppi di ricerca nel nostro Paese che negli Stati Uniti sottolineano l'esistenza di alterazioni della serotonina che persistono anche a notevole distanza di tempo dalla sospensione della sostanza (Gerra et al., 2000; Ricaurte et al., 2000).

Mentre questi Autori sostengono che solo parte delle alterazioni a carico dei neurotrasmettitori rilevate nei consumatori di ecstasy potrebbero essere indotte dalla sostanza e invece potrebbe trattarsi di alterazioni preesistenti e associate ad aspetti del temperamento e della personalità, un gruppo di ricercatori spagnoli attribuisce con maggiore certezza i disturbi associati all'assunzione di ecstasy nell'uomo agli effetti neurotossici del farmaco (Bone Pine et al., 2000).

Sono confermate, comunque, le associazioni tra temperamento "novelty seeker", il bisogno di livelli di gratificazione al di fuori dell'ordinario, alterazioni del tono dell'umore, difficoltà dell'adattamento sociale e la "preference" per gli amfetamino-derivati (Gerra et al., in press), tutte caratteristiche psicocomportamentali che comunque si presentano nella storia di una tipologia di consumatori prima dell'incontro con l'ecstasy in elevata frequenza.

Studi che utilizzano tecniche di "brain imaging", che forniscono immagini del cervello, hanno evidenziato alterazioni del sistema serotoninergico associate a deficit della memoria (Reneman et al., 2000).

Ancora rilevati dalle ricerche più recenti gli effetti euforizzanti, stimolanti, caratterizzati da agitazione, comportamento bizzarro con conseguente possibile rischio per l'impiego dell'automobile sotto l'effetto dell'ecstasy (Morland, 2000; Obrocki et al., 1999).

Casi di episodi a carattere psicotico con forme di delirio sono stati rilevati anche nel nostro Paese e pubblicati durante il 1999 (Alciati et al., 1999).

Anche i disturbi del sonno, i disordini cognitivi, gli attacchi di panico, la depressione e severe paranoie sono state attribuite alle conseguenze neurotossiche dell'ecstasy in studi pubblicati nel 1999 (Bailly, 1999).

Qualche iniziale segnalazione riguardo alla capacità dell'ecstasy di interferire sul sistema immunitario viene dall'Istituto Superiore di Sanità (Pacifici et al., 1999).

In un modello che mette a confronto l'uomo e l'animale da esperimento ancora l'Istituto Superiore di Sanità suggerisce come l'adolescenza sia un periodo di maggiore vulnerabilità per le alterazioni indotte dall'ecstasy, come se gli amfetamino-derivati fossero capaci di produrre nell'età evolutiva effetti non più rilevabili nell'adulto (Laviola and Gerra, 1999).

Sempre nel 1999 sono stati evidenziati rischi per anomalie congenite a carico di bambini esposti all'ecstasy durante la vita uterina (McElhatton et al., 1999).

Una valutazione analitica accurata degli psicostimolanti venduti come ecstasy nelle discoteche ha rilevato con sempre maggior frequenza la presenza di sostanze estremamente pericolose e completamente diverse dai classici amfetamino-derivati (Galliot-Guilley et al., 1999).

Dal punto di vista epidemiologico, un report pubblicato recfentemente, ma i cui dati sono stati raccolti alla fine del 1998, mostra come una percentuale di giovani adulti europei tra lo 0.5% e il 3.0% abbia usato ecstasy (Christophersen, 2000).

Cocaina

Mentre nel nostro Paese tutti i servizi hanno avuto a che fare con la cocaina in modo molto più frequente e intensivo rispetto agli anni precedenti, anche la ricerca fornisce nuove conoscenze.

Sul versante neurobiologico le modalità d'azione della cocaina sono stati ulteriormente investigati. Un rapporto sempre più stretto tra coinvolgimento della dopamina a sostegno della azione gratificante della cocaina e l'attivazione dell'asse ormonale che consente la risposta allo stress, cioè la secrezione degli steroidi della surrene, è stato nuovamente confermato (Barrot et al., 2000).

La cocaina sarebbe capace di indurre l'espressione di parti del patrimonio genetico, proprio inerenti il controllo del trasportatore sinaptico della dopamina, e alcune modificazioni puntiformi nel patrimonio genetico potrebbero costituire gli elementi di una maggiore vulnerabilità per la cocaina (Lin et al., 2000).

Una importante ipotesi, formulata di recente, cerca di spiegare il perché l'autosomministrazione di cocaina continui anche quando gli effetti piacevoli sono ridotti dal sopravvento della tolleranza e prevalgono gli effetti indesiderati: proprio in questa fase prevarrebbe, rispetto al meccanismo sostenuto dalla dopamina nel nucleo della gratificazione, una iperattivazione della corteccia orbito-frontale, sede del controllo generale del comportamento e della tendenza a reiterare le azioni in modo compulsivo (Vlokow and Fowler, 2000).

Altri interessanti studi hanno approfondito il rapporto tra tono dell'umore e craving per la cocaina, percezione euforizzante della stessa e sintomatologia astinenziale: ancora una volta emerge come il ruolo della droga debba essere considerato anche in relazione allo stato psicologico dell'assuntore (Robbins et al, 2000).

Nuove acquisizioni che riguardano i substrati psicobiologici capaci di condizionare i meccanismi della ricaduta nell'abuso di cocaina potrebbero tra non molto tradursi in importanti suggerimenti pratici per la strutturazione dei programmi terapeutici integrati: un condizionamento alla ricaduta attraverso l'esposizione alla sostanza (effetto priming) sarebbe sostenuto dal sistema mesolimbico della dopamina, mentre una ricaduta provocata da condizioni stressanti coinvolgerebbe il sistema della noradrenalina e l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (Stewart, 2000).

Appare evidente che il sinergismo tra interventi psicofarmacologici specifici e modificazioni delle condizioni relazionali e sociali del paziente potrebbe in futuro antagonizzare specifici rischi di ricaduta.

Anche nel campo del poliabuso, che vede spesso il consumo di cocaina associato a quello di alcool, nuove acquisizioni lasciano pensare ad alterazioni della sensibilità ad un farmaco indotte dalla contemporanea assunzione di un'altra droga.

La cocaina ridurrebbe le risposte all'alcool alterando il sistema della gratificazione che evidentemente rappresenta un substrato comune per le due sostanze (Volkow et al., 2000): si possono immaginare le implicazioni pratiche di questa scarsa responsività all'alcool dei cocainomani, nel senso di una possibile maggiore induzione al bere.

Lo sviluppo di nuovi farmaci da utilizzare contro la cocaina non ha dato ancora i risultati sperati, anche se emergono strategie che possono rivelarsi una risposta per particolari condizioni e tipologie di pazienti.

La strada di un vaccino contro la cocaina che annulli la molecola con un sistema connesso a una risposta immunitaria è stata percorsa negli ultimi mesi, ma si tratta ancora di valutazioni sugli animali da esperimento (Kantak et al., 2000).

Altre segnalazioni riguardano il disulfiram, farmaco utilizzato come avversivante per l'alcool, che avrebbe la capacità di ridurre gli effetti della cocaina (Petrakis et al., 2000). La lamotrigina, inibitore del release dell'acido glutamico, è stata anch'essa sperimentata con successo nell'uomo, seppure in studi ancora iniziali

(Winther et al., 2000); questo introduce il tema del ruolo dei recettori NMDA e del possibile ruolo degli aminoacidi eccitatori nell'azione della cocaina.

La venlafaxina, antidepressivo ad ampio spettro, che coinvolge sia il sistema della serotonina che quello della noradrenalina, sarebbe efficace nel trattare la dipendenza da cocaina nei soggetti depressi (McDowell et al., 2000).

Studi su antagonisti NMDA sono in corso sia alla NIDA (Herman et al., unpublished data) che alla Columbia University (Foltin and Fischman, unpublished data).

Il panorama degli interventi psicosociali per la terapia della dipendenza da cocaina non si è arricchito in modo consistente negli ultimi tempi: rimangono validi gli interventi cognitivo-comportamentali e la terapia di gruppo o i gruppi self-help.

Sul piano comportamentistico l'impiego di sistemi di incentivi economici per scoraggiare l'uso di cocaina è stato recentemente pubblicato come metodo efficace (Higgins et al., 2000).

La valutazione degli effetti teratogeni della cocaina e soprattutto di teratologia comportamentale, non ha evidenziato elementi sicuramente dirimenti nell'uomo: l'interferenza di concause sociali, psichiatriche e connesse con le difficoltà e gli stress tipici della marginalità, spesso interferiscono sui disturbi dei bambini nati da madre cocainomane, in modo così intenso da rendere difficile l'attribuzione alla cocaina dei disturbi stessi (Potter et al., 2000; Vorhees et al., 2000); quando la cocaina sia assunta durante il terzo trimestre di gravidanza le conseguenze sul bambino sembrano non essere drammatiche.

Un aumento del rischio per le malattie sessualmente trasmesse e in particolare per l'HIV è confermato dagli ultimi studi nei soggetti che consumano cocaina, verosimilmente in relazione al senso di onnipotenza associato alla disinibizione che rende più frequente i rapporti sessuali non protetti (Hoffman et al., 2000).

Da ricordare infine l'attenzione per i processi della prevenzione, che ha dimostrato un ruolo importante nel ridurre l'assunzione della cocaina in una popolazione sottoposta a programmi di educazione alla salute (Grunbaum et al., 2000).

Alcool

La ricerca sull'alcool ha approfondito ulteriormente le conoscenze riguardo ai pattern psicobiologici che caratterizzano le tipologie degli alcoolisti: in particolare, due tipologie sembrano essere identificate a conferma di precedenti classificazioni, l'una connotata dalla propensione alla devianza e l'altra dalla ricerca del piacere e dello stimolo che l'alcool produce; le aspettative per gli effetti positivi dell'alcool sembrano connesse con quest'ultima tipologia e diviene evidente come queste caratteristiche necessitino di trattamenti fortemente differenziati (Finn et al., 2000).

Elementi riguardo alla genetica dell'alcoolismo si sono andati aggiungendo negli ultimi mesi alle conoscenze esistenti: anche un polimorfismo per il gene che codifica per l'alcool-deidrogenasi, l'enzima deputato al metabolismo dell'alcool, sembra costituire un altro elemento per comprendere la vulnerabilità per l'acoolismo (Pastino et al., 2000).

Ancora geneticamente determinato il temperamento "novelty seeking", la ricerca di novità e sensazioni sempre al di fuori dell'ordinario e della quotidianità, che sarebbe strettamente associato con il rischio di sviluppare la dipendenza e l'abuso di alcool (Johnson and Cropsey, 2000; Liraud and Verdoux, 2000).

Anche nel 1999 le ricerche hanno puntato sulla comorbidità psichiatrica associata alla dipendenza da alcool, psicopatologie che verrebbero a complicare in modo notevole i problemi dell'alcoolista e che in gran parte preesistono all'abuso di sostanze.

In particolare è stata ribadita la comorbidità con il disturbo di personalità antisociale (Waldman and Slutske, 2000) e con i disturbi d'ansia (Kushner et al., 2000), questi ultimi facili a sostenere circoli viziosi tra sostanza e sintomi

psichici attraverso tentativi inefficaci di automedicazione con l'alcool.

L'associazione tra alcool e violenza sia all'interno della coppia (Coker et al., 2000), che nel caratterizzare i comportamenti trasgressivi degli adolescenti (Rossow et al., 1999), è stata ancora oggetto di studi, verificando una correlazione che potrebbe non essere del tutto sostenuta dagli effetti della sostanza, ma in parte dalla personalità dei consumatori.

I danni prodotti dall'alcolismo coinvolgono come è noto vari organi ed apparati: tra le acquisizioni pubblicate più di recente ritroviamo alcune interpretazioni riguardo alle cause della pancreatite acuta, così drammatica e così comune nell'alcoolista, che coinvolgerebbero il danno neurologico da alcool e il reflusso duodenale (McCutcheon, 2000). Altri studi confermano la capacità dell'abuso di alcool di indurre un deficit del funzionamento cognitivo negli adolescenti (Brown et al., 2000).

Sempre più frequente l'associazione di droghe illegali con l'abuso alcoolico, soprattutto per le nuove generazioni: motivi sociali o il tentativo di implementare ed estendere gli effetti gratificanti delle due sostanze sostengono l'abuso di alcool e cannabis insieme (Simons et al., 2000).

L'associazione di alcool e cocaina e l'impossibilità di alcuni consumatori a utilizzare la cocaina senza poter inibire gli effetti indesiderati della stessa con l'etanolo, consentono un notevole vantaggio terapeutico poiché bloccando l'assunzione di alcoolici di fatto si va a "minare" la relazione del paziente con la sostanza illegale (Magura and rosenblum, 2000).

E ancora i ricercatori suggeriscono come ulteriori studi debbano essere impostati al fine di comprendere i rapporti tra abuso alcoolico e fumo di metamfetamina (ice), associazione in particolare rilevata tra i più giovani e gli adolescenti (Furr et al., 2000).

Nuovi farmaci per il trattamento dell'alcoolismo, proposti in precedenza, sono stati pienamente sperimentati durante il 1999: in particolare l'acamprosate, registrato qualche anno fa negli Stati Uniti, è stato trovato efficace e anche vantaggioso sul piano della farmacoeconomia (Foster and McLellan, 1999), così come il naltrexone ha confermato la sua validità come anti-gratificante per l'alcool oltre che come antagonista per l'eroina (Fiellin et al., 2000).

Anche per l'alcool la ricerca farmacologica si è diretta recentemente verso i recettori NMDA, appunto i recettori degli aminoacidi eccitatori che tanta parte hanno sia nell'azione dell'alcool che nell'astinenza da alcool: gli antagonisti NMDA potrebbero essere utili nel trattamento dei sintomi d'astinenza e forse anche nella stabilizzazione dei disturbi affettivi degli alcoolisti (Bisaga and Popik, 2000).

Infine, trattamenti ambulatoriali di disassuefazione da alcool sono stati pubblicati di recente, con l'intento di proporre farmaci che non fossero a loro volta causa di dipendenza e di abuso; a questo proposito sono stati utilizzati la doxepina e la clonidina, farmaci che interferiscono soprattutto sul settore delle monoamine cerebrali, cioè dei neurotrasmettitori che sostengono l'ansia e l'agitazione durante l'astinenza (Soyka and Horak, 2000).

Anche per i soggetti in trattamento metadonico il problema dell'abuso di alcool, da più parti sottolineato, è stato recentemente segnalato come capace di indurre un grave deterioramento della salute dei pazienti (Rittmannsberger et al., 2000).

Uno studio longitudinale che ha seguito soggetti alcoolisti per decadi, seppure attuato su un piccolo campione, mostra come circa il 40% dei soggetti vada incontro a una remissione completa del disturbo in risposta a trattamenti disomogenei: tale dato deve dunque incoraggiare ad investire risorse umane ed economiche nel trattamento dell'alcoolismo che, pur essendo considerato dall'OMS una malattia cronica e recidivante, presenta un esito favorevole in una notevole parte dei casi trattati (Ojesjo et al., 2000).

Cannabis

- Tanda G, Loddo P, Di Chiara G Dependence of mesolimbic dopamine transmission on delta9-tetrahydrocannabinol. Eur J Pharmacol 1999 Jul 2;376(1-2):23-6
- Welch SP, Eads M Synergistic interactions of endogenous opioids and cannabinoid systems. Brain Res 1999 Nov 27;848(1-2):183-90
- Manzanares J, Corchero J, Romero J, Fernandez-Ruiz JJ, Ramos JA, Fuentes JA Pharmacological and biochemical interactions between opioids and cannabinoids. Trends Pharmacol Sci 1999 Jul;20(7):287-94
- Ambrosio E, Martin S, Garcia-Lecumberri C, Crespo JA The neurobiology of cannabinoid dependence: sex differences and potential interactions between cannabinoid and opioid systems. Life Sci 1999;65(6-7):687-94
- Boys A, Marsden J, Griffiths P, Fountain J, Stillwell G, Strang J Substance use among young people: the relationship between perceived functions and intentions. Addiction 1999 Jul;94(7):1043-50
- Lewinsohn PM, Rohde P, Brown RA Level of current and past adolescent cigarette smoking as predictors of future substance use disorders in young adulthood. Addiction 1999 Jun;94(6):913-21
- Dalmau A, Bergman B, Brismar B Psychotic disorders among inpatients with abuse of cannabis, amphetamine and opiates. Do dopaminergic stimulants facilitate psychiatric illness? Eur Psychiatry 1999 Nov;14(7):366-71
- Leweke FM, Giuffrida A, Wurster U, Emrich HM, Piomelli D Elevated endogenous cannabinoids in schizophrenia. Neuroreport 1999 Jun 3;10(8):1665-9
- Hubbard JR, Franco SE, Onaivi ES Marijuana: medical implications. Am Fam Physician 1999 Dec;60(9):2583-8, 2593
- Grotenhermen F Some practice-relevant aspects of the pharmacokinetics of THC. Forsch Komplementarmed 1999 Oct;6 Suppl 3:37-9
- McDonald A, Duncan ND, Mitchell DI Alcohol, cannabis and cocaine usage in patients with trauma injuries. West Indian Med J 1999 Dec;48(4):200-2
- Walker A, Rosenberg M, Balaban-Gil K Neurodevelopmental and neurobehavioral sequelae of selected substances of abuse and psychiatric medications in utero. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 1999 Oct;8(4):845-67
- Hollister LE An approach to the medical marijuana controversy. Drug Alcohol Depend 2000 Feb 1;58(1-2):3-7
- Pertwee RG Cannabis and cannabinoids: pharmacology and rationale for clinical use. Forsch Komplementarmed 1999 Oct;6 Suppl 3:12-5

Ecstasy

- Gerra G, Zaimovic A, Ferri M, Zambelli U, Timpano M, Neri E, Marzocchi GF, Delsignore R, Brambilla F Long-lasting effects of (+/-)3,4 methylenedioxymethamphetamine (ecstasy) onserotonin system function in humans. Biol Psychiatry 2000 Jan 15;47(2):127-36
- Ricaurte GA, McCann UD, Szabo Z, Scheffel U Toxicodynamics and long-term toxicity of the recreational drug, 3,4-methylenedioxymethamphetamine. Toxicol Lett 2000 Mar 15;112-113:143-6
- Bone Pina I, Ramos Gorostiza P, Villalba Yllan P, Valle Fernandez JPersisting and late onset psychotic disorder due to consumption of ecstasy. Actas Esp Psiquiatr 2000 Jan 1;28(1):61-65
- Gerra G., Zaimovic A., Rizzi O., Timpano M., Zambelli U., Ventimiglia C. Substance abuse among high-school students: relationship with social coping and temperament. In press Bulletin of Narcotics.
- Reneman L, Booij J, Schmand B, van den Brink W, Gunning B Memory disturbances in "Ecstasy" users are correlated with an altered brain serotonin neurotransmission. Psychopharmacology (Berl) 2000 Feb;148(3):322-4
- Morland J Toxicity of drug abuse - amphetamine designer drugs (ecstasy): mental effects and consequences of single dose use. Toxicol Lett 2000 Mar 15;112-113:147-52

• Obrocki J, Buchert R, Vaterlein O, Thomasius R, Beyer W, Schiemann T Ecstasy--long-term effects on the human central nervous system revealed by positron emission tomography. Br J Psychiat. 1999 Aug;175:186-8

• Alciati A, Scaramelli B, Fusi A, Butteri E, Cattaneo ML, Mellado C Three cases of delirium after "ecstasy" ingestion. J Psychoact. Drugs 1999 Apr-Jun;31(2):167-70

• Bailly DNeuropsychiatric disorders induced by MDMA. Encephale 1999 Nov-Dec;25(6):595-602

• Pacifici R, Zuccaro P, Farre M, Pichini S, Di Carlo S, Roset PN, Ortuno J,

• Segura J, de la Torre R Immunomodulating properties of MDMA alone and in combination with alcohol: a pilot study. Life Sci 1999;65(26):PL309-16

• Laviola G, Adriani W, Terranova ML, Gerra G Psychobiological risk factors for vulnerability to psychostimulants in human adolescents and animal models. Neurosci Biobehav Rev 1999 Nov;23(7):993-1010

• McElhatton PR, Bateman DN, Evans C, Pughe KR, Thomas SH Congenital anomalies after prenatal ecstasy exposure. Lancet 1999 Oct 23;354(9188):1441-2

• Galliot-Guilley M, Sueur C, Lebeau B, Fompeydie D, Benezech A, Bazard JP Ecstasy and its "counterparts". Presse Med 1999 Feb 20;28(7):358-62

• Christophersen AS Amphetamine designer drugs - an overview and epidemiology. Toxicol Lett 2000 Mar 15;112-113:127-31

Cocaina

• Barrot M, Marinelli M, Abrous DN, Rouge-Pont F, Le Moal M, Piazza PV The dopaminergic hyper-responsiveness of the shell of the nucleus accumbens is hormone-dependent. Eur J Neurosci 2000 Mar;12(3):973-979

• Lin Z, Itokawa M, Uhl GR Dopamine transporter proline mutations influence dopamine uptake, cocaine analog recognition, and expression. FASEB J 2000 Apr;14(5):715-28

• Volkow ND, Fowler JS Addiction, a disease of compulsion and drive: involvement of the orbitofrontal cortex. Cereb Cortex 2000 Mar;10(3):318-25

• Stewart J Pathways to relapse: the neurobiology of drug- and stress-induced relapse to drug-taking. J Psychiatry Neurosci 2000 Mar;25(2):125-36

• Volkow ND, Wang GJ, Fowler JS, Franceschi D, Thanos PK, Wong C, Gatley SJ, Ding YS, Molina P, Schlyer D, Alexoff D, Hitzemann R, Pappas N Cocaine abusers show a blunted response to alcohol intoxication in limbic brain regions. Life Sci 2000 Feb 11;66(12):PL161-7

• Kantak KM, Collins SL, Lipman EG, Bond J, Giovanoni K, Fox BS Evaluation of anti-cocaine antibodies and a cocaine vaccine in a rat self-administration model. Psychopharmacology (Berl) 2000 Feb;148(3):251-62

• Petrakis IL, Carroll KM, Nich C, Gordon LT, McCance-Katz EF, Frankforter T, Rounsaville BJ Disulfiram treatment for cocaine dependence in methadone-maintained opioid addicts. Addiction 2000 Feb;95(2):219-28

• McDowell DM, Levin FR, Seracini AM, Nunes EV Venlafaxine treatment of cocaine abusers with depressive disorders. Am J Drug Alcohol Ab. 2000 Feb;26(1):25-31

• Higgins ST, Wong CJ, Badger GJ, Ogden DE, Dantona RL Contingent reinforcement increases cocaine abstinence during outpatient treatment and 1 year of follow-up. J Consult Clin Psychol 2000 Feb;68(1):64-72

• Potter SM, Zelazo PR, Stack DM, Papageorgiou AN Adverse effects of fetal cocaine exposure on neonatal auditory information processing. Pediatrics 2000 Mar;105(3):E40

• Vorhees CV, Inman-Wood SL, Morford LL, Reed TM, Moran MS, Pu C, Cappon GD Evaluation of neonatal exposure to cocaine on learning, activity, startle, scent marking, immobility, and plasma cocaine concentrations. Neurotoxicol Teratol 2000 Mar 1;22(2):255-265

• Hoffman JA, Klein H, Eber M, Crosby H Frequency and intensity of crack use as predictors of women's involvement in HIV-related sexual risk behaviors. Drug Alcohol Depend 2000 Mar 1;58(3):227-36

• Grunbaum JA, Tortolero S, Weller N, Gingiss P Cultural, social, and intrapersonal factors associated with substance use among alternative high school students. Addict Behav 2000 Jan-Feb;25(1):145-51

Alcool

• Finn PR, Sharkansky EJ, Brandt KM, Turcotte N The effects of familial risk, personality, and expectancies on alcohol use and abuse. J Abnorm Psychol 2000 Feb;109(1):122-33

• Pastino GM, Flynn EJ, Sultatos LG Genetic polymorphisms in ethanol metabolism: issues and goals for physiologically based pharmacokinetic modeling. Drug Chem Toxicol 2000 Feb;23(1):179-201

• Johnson TJ, Cropsey KL Sensation seeking and drinking game participation in heavy-drinking college students. Addict Behav 2000 Jan-Feb;25(1):109-16

• Liraud F, Verdoux H Which temperamental characteristics are associated with substance use in subjects with psychotic and mood disorders? Psychiatry Res 2000 Feb 14;93(1):63-72

• Waldman ID, Slutske WS Antisocial behavior and alcoholism: a behavioral genetic perspective on comorbidity. Clin Psychol Rev 2000 Mar;20(2):255-87

• Kushner MG, Abrams K, Borchardt C The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: a review of major perspectives and findings. Clin Psychol Rev 2000 Mar;20(2):149-71

• Coker AL, Smith PH, McKeown RE, King MJ Frequency and correlates of intimate partner violence by type: physical, sexual, and psychological battering. Am J Public Health 2000 Apr;90(4):553-9

• Rossow I, Pape H, Wichstrom L Young, wet wild? Associations between alcohol intoxication and violent behaviour in adolescence. Addiction 1999 Jul;94(7):1017-31

• McCutcheon AD Neurological damage and duodenopancreatic reflux in the pathogenesis of alcoholic pancreatitis. Arch Surg 2000 Mar;135(3):278-85

• Brown SA, Tapert SF, Granholm E, Delis DC Neurocognitive functioning of adolescents: effects of protracted alcohol use. Alcohol Clin Exp Res 2000 Feb;24(2):164-71

• Simons J, Correia CJ, Carey KB A comparison of motives for marijuana and alcohol use among experienced users. Addict Behav 2000 Jan-Feb;25(1):153-60

• Magura S, Rosenblum A Modulating effect of alcohol use on cocaine use. Addict Behav 2000 Jan-Feb;25(1):117-22

• Furr CD, Delva J, Anthony JC The suspected association between methamphetamine ('ice') smoking and frequent episodes of alcohol intoxication: data from the 1993 national household survey on drug abuse. Drug Alcohol Depend 2000 Apr 1;59(1):89-93

• Foster RH, McClellan KJ Acamprosate. Pharmacoeconomic implications of therapy. Pharmacoeconomics 1999 Dec;16(6):743-55

• Fiellin DA, Reid MC, O'Connor PG New therapies for alcohol problems: application to primary care. Am J Med 2000 Feb 15;108(3):227-37

• Bisaga A, Popik P In search of a new pharmacological treatment for drug and alcohol addiction: N-methyl-D-aspartate (NMDA) antagonists. Drug Alcohol Depend 2000 Apr 1;59(1):1-15

• Soyka M, Horak M Ambulatory detoxification of alcoholic patients--evaluation of a model Project. Gesundheitswesen 2000 Jan;62(1):15-20

• Rittmannsberger H, Silberbauer C, Lehner R, Ruschak M Alcohol Consumption during Methadone Maintenance Treatment. Eur Add. Res 2000 Mar;6(1):2-7

• Ojesjo L, Hagnell O, Otterbeck L The course of alcoholism among men in the Lundby Longitudinal Study, Sweden. J Stud Alcohol 2000 Mar;61(2):320-2

LSD

• Aghajanian GK, Marek GJ Serotonin model of schizophrenia: emerging role of glutamate mechanisms. Brain Res Brain Res Rev 2000 Mar;31(2-3):302-12

• Sigurdh J, Spigset O, Allard P, Mjorndal T, Hagglof B Binding of [(3)H]lysergic acid diethylamide to serotonin 5-HT(2A) receptors and of [(3)H]paroxetine to serotonin uptake sites in platelets from healthy children,

adolescents and adults. Neuropsychobiology 1999 Nov;40(4):183-7

- Backstrom JR, Chang MS, Chu H, Niswender CM, Sanders-Bush E Agonist-directed signaling of serotonin 5-HT2C receptors: differences between serotonin and lysergic acid diethylamide (LSD). Neuropsychopharmacology 1999 Aug;21(2 Suppl):77S-81S
- Arvanov VL, Liang X, Russo A, Wang RY LSD and DOB: interaction with 5-HT2A receptors to inhibit NMDA receptor-mediated transmission in the rat prefrontal cortex. Eur J Neurosci 1999 Sep;11(9):3064-72
- Erdtmann-Vourliotis M, Mayer P, Riechert U, Hollt V Acute injection of drugs with low addictive potential (delta(9)-tetrahydrocannabinol, 3,4 methylenedioxym ethamphetamine, lysergic acid diamide) causes a much higher c-fos expression in limbic brain areas than highly addicting drugs (cocaine and morphine).
- Batzer W, Ditzler T, Brown C LSD use and flashbacks in alcoholic patients. J Addict Dis 1999;18(2):57-63
- Halpern JH, Pope HG Jr Do hallucinogens cause residual neuropsychological toxicity? Drug Alcohol Depend 1999 Feb 1;53(3):247-56
- Winter JC, Helsley S, Fiorella D, Rabin RA The acute effects of monoamine reuptake inhibitors on the stimulus effects of hallucinogens. Pharmacol Biochem Behav 1999 Jul;63(3):507-13
- Kindlundh AM, Isacson DG, Berglund L, Nyberg F Factors associated with adolescent use of doping agents: anabolic-androgenic steroids. Addiction 1999 Apr;94(4):543-53
- Rickert VI, Wiemann CM, Berenson AB Prevalence, patterns, and correlates of voluntary flunitrazepam Use. Pediatrics 1999 Jan;103(1):E6

Amfetamine

- Kaye S, Darke S A comparison of the harms associated with the injection of heroin and amphetamines. Drug Alcohol Depend 2000 Feb 1;58(1-2):189-95
- Hedetoft C, Christensen HR Amphetamine, ecstasy and cocaine. Clinical aspects of acute poisoning. Ugeskr Laeger 1999 Dec 13;161(50):6907-11
- Chaudhuri C, Salahudeen AK Massive intracerebral hemorrhage in an amphetamine addict. Am J Med Sci 1999 May;317(5):350-2
- Aanonsen NO Central nervous system stimulants and their potential risk of abuse in hyperkinetic disorders. Tidsskr Nor Laegeforen 1999 Nov 10;119(27):4040-2
- Hutchison KE, Wood MD, Swift R Personality factors moderate subjective and psychophysiological responses to d-amphetamine in humans. Exp Clin Psychopharmacol 1999 Nov;7(4):493-501
- Light GA, Malaspina D, Geyer MA, Luber BM, Coleman EA, Sackeim HA, Braff DL Amphetamine disrupts P50 suppression in normal subjects. Biol Psychiatry 1999 Oct 1;46(7):990-6
- Pifl C, Agneter E, Drobny H, Sitte HH, Singer EA Amphetamine reverses or blocks the operation of the human noradrenaline transporter depending on its concentration: superfusion studies on transfected cells. Neuropharmacology 1999 Jan;38(1):157-65
- Ramamoorthy S, Blakely RD Phosphorylation and sequestration of serotonin transporters differentially modulated by psychostimulants. Science 1999 Jul 30;285(5428):763-6
- Spitzmaul GF, Esandi MC, Bouzat C Amphetamine acts as a channel blocker of the acetylcholine receptor. Neuroreport 1999 Jul 13;10(10):2175-81

Eroina

- Lorenzi P, Marsili M, Boncinelli S, Fabbri LP, Fontanari P, Zorn AM, Mannaioni
- PF, Masini E Searching for a general anaesthesia protocol for rapid detoxification from opioids. Eur J Anaesthesiol 1999 Oct;16(10):719-27
- Gerra G, Zaimovic A, Rustichelli P, Fontanesi B, Zambelli U, Timpano M, Bocchi C, Delsignore R Rapid opiate detoxication in outpatient treatment: relationship with naltrexone compliance. J Subst Abuse Treat 2000 Mar;18(2):185-91

• Umbricht A, Montoya ID, Hoover DR, Demuth KL, Chiang CT, Preston KL Naltrexone shortened opioid detoxification with buprenorphine. Drug Alcohol Depend 1999 Oct 1;56(3):181-90

• Mannelli P, De Risio S, Pozzi G, Janiri L, De Giacomo M Serendipitous rapid detoxification from opiates: the importance of time-dependent processes. Addiction 1999 Apr;94(4):589-91

• Maxwell S, Shinderman M Optimizing response to methadone maintenance treatment: use of higher-dose methadone. J Psyc. Drugs 1999 Apr-Jun;31(2):95-102

• Fischer G, Gombas W, Eder H, Jagsch R, Peternell A, Stuhlinger G, Pezawas L, Aschauer HN, Kasper S Buprenorphine versus methadone maintenance for the treatment of opioid dependence. Addiction 1999 Sep;94(9):1337-47

• Broome KM, Flynn PM, Simpson DD Psychiatric comorbidity measures as predictors of retention in drug abuse treatment programs. Health Serv Res 1999 Aug;34(3):791-806

• Gelkopf M, Bleich A, Hayward R, Bodner G, Adelson M Characteristics of benzodiazepine abuse in methadone maintenance treatment patients: a 1 year prospective study in an Israeli clinic. Drug Alcohol Depend 1999 Jun 1;55(1-2):63-8

• White JM, Irvine RJ Mechanisms of fatal opioid overdose. Addiction 1999 Jul;94(7):961-72

• Catalano RF, Gainey RR, Fleming CB, Haggerty KP, Johnson NO An experimental intervention with families of substance abusers: one-year follow-up of the focus on families project. Addiction 1999 Feb;94(2):241-54

Links di maggiore interesse

Istituzioni sopranazionali

UNDCP – "http://undcp.org/"
ONU - "http://www.un.org/"
WHO - "http://www.who.ch/"
ILO - "http://www.ilo.org/"

Istituzioni europee

OEDT - "http://www.emcdda.org/"
Comunità Europea - "http://europa.eu.int/index-it.htm"
Spazio del Cittadino - "http://europa.eu.int/citizens/"
Parlamento Europeo - "http://europa.eu.int/inst/it/ep.htm#intro"
Consiglio dell'Unione Europea -"http://ue.eu.int/index.htm"
Commissione Europea - "http://europa.eu.int/comm/index.htm"

Istituzioni italiane

DAS - "http://www.affarisociali.it/"
Ministero della Sanità - "http://www.sanita.it"
Ministero del Lavoro - "http://www.minlavoro.it"
Ministero dell'Interno -"http://www.mininterno.it/"
Ministero di Grazia e Giustizia - "http://www.giustizia.it/"
Istituto Superiore della Sanità - "http://www.iss.it/"

Siti italiani d'interesse tematico

Gruppo Abele - "http://services.csi.it/~abele/gruppo.htm"
Federsert - "http://www.uni.net/federsert"
Itaca Italia - "http://www.itacaitalia.it"
CeIS - "http://www.ceis.it/"
FICT - Federazione Italiana Comunità Terapeutiche - " http://www.fict.it/"
Fondazione Villa Maraini - "http://www.fcn.net/maraini/"
San Patrignano - " http://www.sanpatrignano.org/"
Ser.T. di Cesena - "http://www.delfo.forli-cesena.it/AUSLCesena/sert"
La nuova pagina Web di Riccardo C. Gatti - " http://www.droga.net/"
Medicina delle tossicodipendenze - "http://vol.it/it/it/scienza/medicina/poliscienze/cov-meds.htm"
Associazione Genitori della Comunità Incontro - "http://www.zen.it/agci"
CORA - Coordinamento Radicale Antiproibizionista - " http://www.agora.stm.it/coranet"
Ser.T. di Padova "Progetto Teseo" - "http://www.sert2-pd-it.com"
Osservatorio sulle dipendenze patologiche di Bologna - " http://www.ossdipbo.org/"

Centri europei di coordinamento, documentazione e ricerca

National Institute of Public Health, Stockholm - "http://www.fhinst.se/
Institute for Therapy Research - IFT, Munich - "http://www.ift.de/
Scientific Institute of Public Health Louis Pasteur, Bruxelles -
Institute for the Study of Drug Dependence - ISDD, London - "http://www.isdd.co.uk/ "
French Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - OFDT, Paris - "http://www.drogues.gouv.fr/ "
National Plan on Drugs - PNSD, Madrid - "http://www.mir.es/pnd/index.htm "
Luxemburgish Information Network on Drugs and Drug Addiction - RELIS, Luxembourg - "http://www.relis.lu/ "
National Research and Development Centre for Welfare and Health - STAKES, Helsinki - "http://www.stakes.fi/ "
University Mental Health Research Institute (UMHRI), Athens - "http://business.hol.gr/~umhri/ "
Trimbos-instituut – Utrecht "http://www.trimbos.nl/indexuk.html "
Institute for Drug Research - Bisdro, Bremen - "http://alf.zfn.uni-bremen.de/~bisdro/"
Centre for Drug Research - CEDRO, Amsterdam - "http://www.frw.uva.nl/cedro/Welcome.html "
German Institute for Medical Documentation and Information - DIMDI, Koln - "http://www.dimdi.de "
Itaca Europe - http://www.itaca-europe.org/ "
Institute for Addiction Research, Zurich - "http://www.infoset.ch/inst/isf/"
European Addiction Training Institute (EATI), Amsterdam - "http://www.eati.org/ "
Europ. Ass. of Libraries & Information Serv. on Alcohol and Other Drugs - "http://www.geocities.com/HotSprings/Villa/8980/"
European Centre for Social Welfare Policy and Research, Vienna - "http://www.euro.centre.org/causa/ec/ "
Toxibase - "http://www.ofdt.fr/bulletin/toxibase/ "

European Cities on Drug Policy - "http://www.ecdp.net/ "
Federal Health Monitoring System, Reutlingen - "http://www.gbe-bund.de/
European Institute for the Investigation of Risk Factors for Children, IREFREA - "http://www.irefrea org "
ERIT Federation of European Professionals Working in the Field of Drug Abuse - "http://www.erit.org "
National Addiction Centre (NAC) , London - "http://www.iop.kcl.ac.uk/home/depts/psychiat/nac/nac.htm "
Nordic Council for Alcohol and Drug Research, NAD, Helsinki - "http://www.kaapeli.fi/nad/ "
Monitoring Centre for Drugs - OGD, Paris - http://www.ogd.org
Scottish Drugs Forum (SDF), Glasgow - "http://www.sdf.org.uk "
Scottish DrugsTraining Project , Stirling - "http://www.stir.ac.uk/sdtp/ "
Drugs and alcohol information YouthNet,London - "http://www.thesite.org/show?drugs&d"

Centri extra europei di coordinamento, documentazione e ricerca

National Institute on Drug Abuse (NIDA) - "http://www.nida.nih.gov"
Addiction Research Foundation (ARF) Toronto - "http://www.arf.org/"
Canadian Centre on Substance Abuse, Ottawa - "http://www.ccsa.ca/"
Inter-American Drug Abuse Control Commission - CICAD), Washington - "http://www.cicad.oas.org/"
National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), Bethesda - "http://www.niaaa.nih.gov/"
Drug Enforcement Administration (DEA) Arlington - "http://www.usdoj.gov/dea/"
Cochrane Collaboration - "http://hiru.mcmaster.ca/cochrane/"
International Harm Reduction Association - "http://www.ihra.org.uk/"
SALIS - Substance Abuse Librarians and Information Specialists - "http://salis.org/default.htm"
Alcohol and Alcohol Problems Science Database (ETOH) - "http://etoh.niaaa.nih.gov/Guide-FR.htm"
Cork Bibliographic Database - "http://www.dartmouth.edu/dms/cork/database.html"
Drugtext - "http://www.drugtext.nl/ "
Inter-American Drug Inform. System (IADIS)- "http://www.oas.org/EN/PROG/w3/en/information_system/iadis-db-links.htm"
Substance Abuse in the Workplace Database - "http://www.ccsa.ca/ilotop.htm "

Tav. 2/01

Distribuzione regionale e per anni del numero di soggetti in trattamento presso i Ser.T.

REGIONE	1995			1996			1997			1998			1999		
	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	12.723	63	5,0	13.248	63	4,6	13.718	63	5,0	13.083	59	5,0	12.284	59	5,2
VALLE D'AOSTA	289	1	4,9	341	1	4,7	337	1	4,6	338	1	8,7	375	1	4,9
LOMBARDIA	19.309	44	4,9	20.666	44	5,3	19.511	40	5,4	20.868	76	5,3	19.931	59	5,6
PROV.AUT.BOLZANO	304	3	3,8	301	3	4,8	348	3	3,9	962	3	3,8	1.037	4	3,9
PROV.AUT.TRENTO	657	1	3,1	686	1	3,5	509	1	3,6	596	1	3,7	683	1	3,9
VENETO	9.682	35	5,1	10.438	37	5,2	10.589	38	5,2	11.032	37	5,4	10.644	36	5,7
FRIULI V.GIULIA	2.338	6	3,4	2.264	6	3,5	2.421	6	4,0	2.591	6	3,9	2.626	6	3,6
LIGURIA	3.068	3	1,5	2.244	4	3,3	6.138	5	4,6	5.546	5	4,6	4.451	4	4,0
EMILIA ROMAGNA	8.654	41	4,0	8.943	44	4,1	8.787	43	4,2	8.942	43	4,3	9.422	44	4,4
TOSCANA	9.982	37	3,9	9.611	37	4,0	9.243	39	4,5	9.673	38	4,3	10.120	36	4,5
UMBRIA	2.701	11	4,0	2.811	10	4,4	3.102	11	5,0	1.897	8	4,9	2.198	11	4,5
MARCHE	2.614	11	4,8	3.869	14	4,7	3.722	14	5,1	4.110	14	5,0	3.433	11	5,8
LAZIO	11.118	49	5,7	9.864	46	5,5	11.493	45	6,1	11.013	41	6,4	11.345	42	6,7
ABRUZZO	3.443	11	5,9	3.145	11	5,7	3.331	11	6,1	3.171	10	7,3	2.732	9	7,6
MOLISE	461	5	11,1	535	5	12,4	552	5	9,8	534	5	10,1	579	6	7,6
CAMPANIA	9.925	33	11,7	11.625	35	10,4	12.377	38	10,6	11.327	33	14,3	12.828	35	11,0
PUGLIA	11.033	53	11,8	11.539	52	13,0	14.335	58	11,4	13.178	57	11,7	12.255	55	12,5
BASILICATA	796	6	10,1	982	6	10,2	922	6	10,4	893	6	11,4	927	6	11,9
CALABRIA	2.677	12	13,2	3.491	13	15,5	3.322	15	12,6	4.294	15	15,9	3.646	12	14,8
SICILIA	6.896	44	10,1	7.842	45	9,1	8.263	48	9,6	8.103	46	11,3	8.597	46	10,7
SARDEGNA	5.158	12	7,1	5.439	13	7,8	5.198	14	7,8	5.506	14	8,0	4.434	12	8,2
ITALIA	123.828	481	5,5	129.884	490	5,8	138.218	504	6,1	137.657	518	6,3	134.547	495	6,3

(*)=Servizi che hanno fornito informazioni sulle caratteristiche degli soggetti in trattamento

Fonte: Ministero della Sanità

Tav. 2/02

Distribuzione per anni e per classi di età dei soggetti in trattamento presso i Ser.T.

età	1995		1996		1997		1998		1999	
	n° soggetti	%	n° soggetti	%	n° soggetti	%	n° soggetti	%	n° soggetti	%
<15	89	0,1	118	0,1	106	0,1	109	0,1	143	0,1
15-19	3.880	3,1	4.181	3,2	4.530	3,3	4.417	3,2	4.629	3,4
20-24	25.752	20,8	24.820	19,1	24.782	18,0	22.358	16,2	21.452	15,9
25-29	40.550	32,7	40.923	31,5	41.818	30,4	38.717	28,1	35.461	26,4
30-34	32.278	26,1	34.170	26,3	36.625	26,6	37.597	27,3	35.636	26,5
35-39	14.436	11,7	15.823	12,2	18.646	13,5	21.150	15,4	22.516	16,7
>40	6.843	5,5	9.849	7,6	11.711	8,5	13.309	9,7	14.710	10,9
Totale	123.828	100,0	129.884	100,0	138.218	100,4	137.657	100,0	134.547	100,0

Tav. 2/03

Età media dei soggetti in trattamento presso i Ser.T.

	1995		1996		1997		1998		1999	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
nuovi soggetti	28,1	28,0	28,0	27,5	28,0	27,6	28,0	27,2	27,8	27,0
già in carico	29,8	29,8	30,3	30,2	28,0	27,2	31,2	31,1	31,3	31,1

Fonte: Ministero della Sanità

Tav. 2/04

Distribuzione percentuale per Regioni e per sostanze d'abuso primarie dei soggetti in trattamento presso i Ser.T. - Anni 1998 e 1999

Anno 1998

REGIONE	Eroina	Cannabinoidi	Cocaina	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

Anno 1999

REGIONE	Eroina	Cannabinoidi	Cocaina	Altro
PIEMONTE	93,3	3,4	2,9	0,4
VALLE D'AOSTA	98,7	0,5	0,8	0,0
LOMBARDIA	84,7	7,5	7,1	0,7
P.A.BOLZANO	79,9	18,2	1,9	0,1
P.A.TRENTO	93,3	3,5	3,2	0,0
VENETO	83,3	11,0	4,2	1,5
FRIULI V.GIULIA	84,8	11,2	2,9	1,1
LIGURIA	88,3	7,9	3,3	0,5
EMILIA ROMAGNA	84,5	7,1	5,5	2,8
TOSCANA	86,3	9,7	3,8	0,2
UMBRIA	81,8	13,5	2,7	2,0
MARCHE	79,1	14,3	4,2	2,5
LAZIO	91,7	4,7	3,5	0,1
ABRUZZO	77,3	9,0	3,6	10,1
MOLISE	78,6	14,4	7,0	0,0
CAMPANIA	86,1	10,8	3,1	0,1
PUGLIA	83,6	8,3	7,3	0,8
BASILICATA	88,6	9,3	2,1	0,0
CALABRIA	83,4	13,8	2,6	0,1
SICILIA	86,5	8,9	3,1	1,6
SARDEGNA	96,9	1,9	0,9	0,4
ITALIA	86,5	8,2	4,4	1,0

Tav. 2/05

Distribuzione percentuale per sostanza stupefacente d'abuso dei soggetti in trattamento presso i Ser.T.

	USO PRIMARIO					USO SECONDARIO				
Sostanza d'abuso	**1995**	**1996**	**1997**	**1998**	**1999**	**1995**	**1996**	**1997**	**1998**	**1999**
ALLUCINOGENI	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	1,0	1,0	0,8	0,8	0,7
AMFETAMINE	0,3	0,4	0,2	0,2	0,3	3,2	3,7	2,3	1,7	1,5
ECTASY E ANALOGHI*	---	---	0,4	0,7	0,9	---	---	2,4	2,4	2,5
BARBITURICI	0,1	0,1	0,0	0,1	0,2	0,9	0,6	0,6	0,5	0,5
BENZODIAZEPINE	0,4	0,5	0,4	0,5	0,6	19,3	17,3	16,2	14,9	13,7
CANNABINOIDI	5,8	5,8	6,9	7,6	7,9	41,5	41,8	40,1	39,2	35,1
COCAINA	1,6	1,8	2,3	3,2	4,2	13,5	13,6	15,1	18,4	20,9
CRACK	0,6	0,5	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1
EROINA	89,1	88,8	87,5	85,6	83,8	2,2	3,2	2,1	1,9	2,2
METADONE	0,2	0,3	0,6	0,7	0,5	0,7	0,6	2,4	2,4	2,2
MORFINA	0,5	0,0	0,1	0,0	0,0	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1
ALTRI OPPIACEI*	---	---	0,1	0,1	0,4	---	---	0,4	0,6	0,5
INALANTI*	---	---	0,0	0,1	0,1	---	---	0,1	0,1	0,1
ALCOOL**	---	---	---	---	---	14,9	15,0	14,4	15,6	12,9
ALTRO	1,1	1,7	1,3	0,9	1,0	2,5	2,8	2,8	1,4	7,1
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

**= é rilevato solo l'uso secondario

Tav. 2/06

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	
	1995 (n° 69941 esami)	1996 (n° 73513 esami)	1997 (n° 76096 esami)	1998 (n° 71759 esami)	1999 (n° 66156 esami)	1995 (n° 62955 esami)	1996 (n° 69092 esami)	1997 (n° 68062 esami)	1998 (n° 64629 esami)	1999 (n° 73845 esami)	1998 (n° 72336 esami)	1999 (n° 81817 esami)
PIEMONTE	15,1	14,5	12,9	11,6	12,1	52,5	50,9	52,5	51,6	51,1	68,5	68,3
VALLE D'AOSTA	3,1	11,2	1,2	0,6	1,7	7,4	29,8	43,6	62,2	39,3	86,9	43,0
LOMBARDIA	32,2	29,7	28,2	27,7	25,8	56,1	53,6	54,0	54,0	53,0	71,4	71,2
PROV.AUT.BOLZANO	6,6	7,3	7,3	21,2	7,1	39,6	60,2	43,1	73,5	62,8	93,0	90,9
PROV.AUT.TRENTO	23,4	21,9	20,7	16,2	17,4	5,8	4,8	38,7	35,2	47,0	74,8	85,2
VENETO	14,2	13,1	14,6	12,1	14,2	42,8	49,2	49,9	47,7	48,7	70,5	71,1
FRIULI V.GIULIA	12,2	11,5	8,6	8,4	9,9	51,4	54,3	56,7	59,6	62,9	79,9	77,8
LIGURIA	21,0	34,0	23,4	16,5	14,3	61,8	47,3	37,3	22,8	29,0	77,4	82,7
EMILIA ROMAGNA	26,6	23,2	22,0	28,2	27,3	52,7	47,5	50,0	62,0	63,0	79,8	82,6
TOSCANA	13,7	9,8	11,8	12,2	12,3	37,5	32,3	43,6	45,9	41,9	73,5	70,4
UMBRIA	12,0	10,4	9,6	6,0	5,2	28,3	25,2	27,7	19,1	24,2	74,5	64,0
MARCHE	21,3	16,6	13,8	13,6	14,3	33,4	33,7	25,8	24,8	24,7	65,4	67,9
LAZIO	28,3	24,7	22,5	21,6	20,3	15,1	25,0	40,6	43,3	41,3	65,2	64,8
ABRUZZO	7,2	7,0	5,8	4,7	5,3	35,8	32,2	27,4	33,6	32,5	53,4	50,6
MOLISE	3,4	3,0	4,0	4,0	6,3	23,4	32,9	28,6	38,1	33,5	69,2	66,5
CAMPANIA	4,4	3,3	3,4	3,8	2,0	39,1	44,4	35,7	34,5	33,8	51,5	45,1
PUGLIA	11,2	9,2	8,0	13,4	8,4	41,0	37,3	36,2	42,0	48,0	60,3	63,8
BASILICATA	13,1	14,5	10,7	13,7	10,9	32,1	33,8	39,2	39,2	26,1	66,0	67,4
CALABRIA	10,5	8,4	9,0	6,2	6,0	36,9	48,9	30,6	33,8	36,6	58,6	61,2
SICILIA	11,3	6,5	7,8	7,1	9,4	38,8	29,0	25,5	33,1	28,8	65,0	60,9
SARDEGNA	22,2	20,9	20,1	21,7	26,2	46,5	41,2	49,8	49,2	57,0	72,0	82,6
ITALIA	19,4	16,9	15,7	16,2	15,0	44,1	43,8	43,6	45,3	45,9	67,6	67,4

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

Tav. 2/07

Percentuale di positività al test sierologico anti HIV dei soggetti in trattamento presso i Ser.T.

	Nuovi Utenti		Già in carico	
anno	maschi	femmine	maschi	femmine
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
1999	5,5	7,6	15,7	24,7

Tav. 2/08

Percentuale di soggetti in trattamento presso i Ser.T. per condizione rispetto all'infezione del virus dell'Epatite B

Anni 1998 e 1999

	Nuovi Utenti				Già in carico			
	1998		1999		1998		1999	
	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine
Soggetti testati risultati positivi *	10,7	11,5	10,2	10,6	25,4	25,1	25,0	25,7
Soggetti testati risultati negativi	26,5	31,3	27,2	31,2	26,8	24,7	25,1	25,5
Soggetti vaccinati	5,1	6,4	5,2	9,0	6,8	7,6	7,7	8,9
Soggetti che non hanno eseguito il test **	31,4	26,9	32,1	30,0	26,9	26,7	27,2	26,7
Soggetti per i quali non è disponibile il dato sull'infezione	26,4	24	25,3	19,3	14,1	16	15,1	13,3

Tav. 2/09

Percentuale di soggetti in trattamento presso i Ser.T. positivi al test del virus dell'Epatite C

Anni 1998 e 1999

	Nuovi Utenti		Già in carico	
anno	maschi	femmine	maschi	femmine
1998	45,9	43,5	71,9	74,7
1999	42,3	42,5	72,0	74,9

Fonte: Ministero della Sanità

Tav. 2/10

Tipologie di trattamento dei soggetti in carico ai Ser.T.
Anni 1998 e 1999

Tipologie di trattamento	% soggetti trattati (*)							
	nei Ser.T.		nelle strutture riabilitative		in carcere		*Totale 1998*	*Totale 1999*
	1998	1999	1998	1999	1998	1999		
1) Psico-sociale e/o riabilitativo	26,2	25,4	5,6	5,4	4,4	4,3	**36,2**	**35,1**
2) Farmacologico								
a) Metadone								
breve termine (<=30 gg.)	9,3	8,3	0,6	0,8	1,4	1,2	**11,3**	**10,3**
medio termine (30gg.~6 mesi)	11	10,9	0,4	0,5	0,3	0,6	**11,7**	**12**
lungo termine (>6 mesi)	24,4	27	0,3	0,4	0,3	0,3	**25**	**27,6**
b) naltrexone	5	4,4	0,1	0,1	0	0	**5,1**	**4,6**
c) clonidina	3,2	2,6	0	0	0	0	**3,2**	**2,6**
d) altri farmaci non sostitutivi	6,8	6,6	0,3	0,3	0,4	0,8	**7,5**	**7,7**
Totale	**85,9**	**85,2**	**7,3**	**7,5**	**6,8**	**7,3**	**100**	**100**

*=Percentuali calcolate sul totale dei soggetti trattati

Tav. 2/11

Tipologie di trattamento psico-sociale e/o riabilitativo dei soggetti in carico ai Ser.T.
Anni 1998 e 1999

Tipologie di trattamento	% soggetti trattati (*)							
	nei Ser.T.		nelle strutture riabilitative		in carcere		*Totale 1998*	*Totale 1999*
	1998	1999	1998	1999	1998	1999		
a) Sostegno psicologico	27,2	26	3,9	3,6	3,3	3,3	**34,4**	**32,9**
b) Psicoterapia	10	10,3	0,9	0,9	0,3	0,4	**11,2**	**11,6**
c) Interventi di servizio sociale	40,2	41,5	7	6,9	7,2	7	**54,4**	**55,5**
Totale	**77,4**	**77,8**	**11,8**	**11,5**	**10,8**	**10,8**	**100**	**100**

*=Percentuali calcolate sul totale dei soggetti trattati con programmi di tipo psicosociale e/o riabilitativo

Fonte: Ministero della Sanità

Tav. 2/12

Tipologie di trattamento dei soggetti in carico ai Ser.T. nel periodo 1995~1999

TIPOLOGIE	% SOGGETTI TRATTATI				
	1995	1996	1997	1998	1999
1) PSICO-SOCIALE E/O RIABILITATIVO	35,8	36,5	37,8	36,2	35,1
2) FARMACOLOGICO					
a) metadone:	43,0	43,0	47,2	48,0	49,9
breve termine (<=60 gg)*	17,5	15,7	-	-	
protratto (>60 gg)*	25,5	27,3	-	-	
breve termine (<=30gg)**	-	-	12,0	11,3	10,3
medio termine (tra 30 gg e 6 mesi)**	-	-	10,8	11,7	12,0
lungo termine (>6 mesi)**	-	-	24,4	25,0	27,6
b) naltrexone	6,7	6,8	5,8	5,1	4,6
c) clonidina	4,0	3,8	3,2	3,2	2,6
d) altri farmaci	10,5	9,9	6,0	7,5	7,8

*=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)

Fonte: Ministero della Sanità

Tav. 2/13

DATI RELATIVI AI SEGNALATI AI SENSI DELL'ARTICOLO 75 T.U. N° 309 - 9 OTTOBRE 1990

DAL 11 LUGLIO 1990 AL 31 DICEMBRE 1999
(PERIODO DI RIFERIMENTO)

DATA ELABORAZIONE 10 aprile 2000

REGIONI	1 - PERSONE SEGNALATE								2 - SEGNALAZIONI							3 - PROVVEDIMENTI										
	MASCHI		FEMMINE		TOTALE											Totale			CONVOCAZIONI (c 12)			SANZIONI AMMINIS. (C. 1)				
	Persone Segnal.	Di cui Minori (1)	Persone Segnal	Di cui Minori (1)	Persone Segnal	Di cui Minori (1)	Con 1 Segnalaz.	Con + Segn. (2)	Sost. Legg. Masc	Sost Legg. Femm	Sost Pes. Masc.	Sost. Pes. Femm	Pes. + Legg Masc	Pes. + Legg Femm	Totale	Colloqui (3)	Form Invito (C 2)	Rich. Progr Terap (C. 9)	Con Colloq	Senza Colloq	Totale	Con Colloq	Senza Colloq	Totale	Arch Atti (C 11)	Trasm Atti (C 12) (4)
Piemonte	17732	1175	1561	110	19293	1285	15728	3567	12557	776	9459	1113	413	37	24355	19431	8591	5935	1335	139	1474	3570	2062	5632	2857	222
Valle D'Aosta	928	47	87	2	1015	49	908	107	828	69	179	33	19	0	1128	1062	515	178	31	7	38	338	56	394	64	6
Lombardia	34313	2757	2447	249	36760	3006	31757	5003	24790	1299	14930	1437	843	70	43369	32234	14047	7524	1600	69	1669	9063	1023	10086	4808	525
Trento A A	3000	196	319	24	3319	220	2928	391	2414	186	891	172	110	14	3787	2880	1622	720	219	52	271	319	738	1057	365	63
Veneto	9877	705	829	68	10706	773	9419	1287	6687	332	4456	626	255	29	12385	11885	4383	3943	1075	60	1135	2484	406	2890	1710	249
Friuli V G	3698	176	258	22	3954	198	3564	390	3291	137	843	152	80	13	4516	3802	2103	1015	193	12	205	491	264	755	460	74
Liguria	12546	790	1289	83	13835	873	10970	2865	9824	728	6313	904	279	22	18070	14193	6330	5168	1094	14	1108	1601	2259	3860	2004	369
Emilia Romagna	16690	1180	1511	106	18201	1286	15465	2736	12671	782	6797	1025	610	53	21938	17118	8298	4990	1395	340	1735	2435	1890	4325	2558	311
Toscana	22905	1669	2373	168	25278	1837	20982	4296	19150	1452	9200	1458	778	95	32133	27296	13194	7617	1995	315	2310	4490	767	5257	3847	320
Umbria	3211	197	271	17	3482	214	2974	508	2422	135	1275	170	129	13	4144	3896	1650	1360	295	12	307	591	136	727	810	33
Marche	6933	561	606	50	7539	611	6399	1140	5888	387	2341	295	246	18	9175	8878	4494	2753	736	68	804	895	699	1594	1611	126
Lazio	28296	1933	1775	101	30071	2034	25987	4084	24863	1139	7486	745	811	60	35104	24395	12238	4366	763	44	807	7028	619	7647	2075	112
Abruzzi	4631	322	275	18	4906	340	4183	723	3729	159	1734	156	80	3	5861	5541	2922	1633	386	100	486	600	474	1074	644	46
Molise	778	66	23	2	801	68	705	96	667	13	217	12	21	2	932	907	492	278	63	7	70	74	52	126	149	18
Campania	18480	1722	512	35	18992	1757	16827	2165	13505	253	7382	315	163	5	21623	14377	8273	4775	701	285	986	628	2994	3622	1947	78
Puglie	10790	1041	452	45	11242	1086	9809	1433	7606	188	4632	326	190	8	12950	9086	3601	3213	827	103	930	1445	1410	2855	1091	201
Basilicata	1662	210	50	5	1712	215	1453	259	1501	35	440	19	23	1	2019	2005	1073	611	92	0	92	229	60	289	316	35
Calabria	5675	645	166	9	5841	654	5156	685	5392	119	1105	55	69	4	6744	5616	3269	1722	175	7	182	450	298	748	1103	18
Sicilia	18223	2271	830	89	19053	2360	16089	2964	16910	576	5080	386	191	20	23163	17156	9935	4006	1048	36	1084	2167	1569	3736	1561	329
Sardegna	6819	473	350	22	7169	495	6330	839	5338	224	2288	155	224	12	8241	4890	2552	1596	330	41	371	412	651	1063	442	49
TOTALE ITALIA	227187	18136	15982	1225	243169	19361	207633	35538	180033	8989	87048	9554	5534	479	291637	226648	109582	63403	14353	1711	16064	39310	18427	57737	30422	3184

(1) RISULTANTI ALLA DATA DEL FATTO (1 - SEGNALAZIONE)

(2) PERSONE SEGNALATE ALTRE VOLTE - OLTRE LA 1 - NEL PERIODO DI RIFERIMENTO.
FINO AL 5/6/1993 ERA PREVISTO UN LIMITE MASSIMO DI 3 SEGNALAZIONI (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. 2/14

Distribuzione delle sostanze usate dalle persone segnalate ai Prefetti ai sensi dell'art.75 D.P.R. 309/90
Dati 1998 e 1999

Sostanze	Maschi		Femmine		Totale	
	1998	1999	1998	1999	1998	1999
Eroina	63.480	67.657	7.554	7.970	71.034	75.627
Metadone	676	799	122	134	798	933
Morfina	289	312	43	44	332	356
Oppiacei	2.329	2.549	292	321	2.621	2.870
Cocaina	11.750	14.349	849	1.065	12.599	15.414
Amfetamine	562	652	35	46	597	698
L. S. D.	468	537	46	50	514	587
Ecstasy / M.D.M.A. e analoghi	3.192	3.622	250	289	3.442	3.911
Cannabinoidi	156.254	188.561	7.920	9678	164.174	198.239
Altre Sostanze (*)	1.223	1.654	120	156	1.343	1.810

(*)= La maggior parte delle sostanze inserite in questa categoria appartiene al gruppo delle benzodiazepine.

Fonte: Ministero dell'Interno

Tav. 2/15

Distribuzione per classi di età e sesso degli assuntori di sostanze stupefacenti segnalati ai Prefetti (art.75, D.P.R. 309/90) - Situazione al 31 dicembre 1998 e al 31 dicembre 1999 -

Classi di età (in anni)	Maschi				Femmine				Totale			
	Numero		%		Numero		%		Numero		%	
	31/12/1998	31/12/1999	31/12/1998	31/12/1999	31/12/1998	31/12/1999	31/12/1998	31/12/1999	31/12/1998	31/12/1999	31/12/1998	31/12/1999
→ 14	842	974	0,43	0.43	87	101	0,62	0.63	929	1.075	0,44	0.44
15 ~ 17	14.145	17.162	7,20	7.55	897	1.124	6,44	7.03	15.042	18.286	7,15	7.52
18 ~ 20	53.265	62.434	27,12	27.48	3.146	3.672	22,57	22.98	56.411	66.106	26,82	27.18
21 ~ 22	32.679	37.730	16,64	16.61	2.063	2.368	14,80	14.82	34.742	40.098	16,52	16.49
23 ~ 25	35.213	40.197	17,93	17.69	2.644	3.009	18,97	18.83	37.857	43.206	18,00	17.77
26 ~ 28	24.256	27.366	12,35	12.05	1.929	2.124	13,84	13.29	26.185	29.490	12,45	12.13
29 ~ 30	11.505	12.956	5,86	5.70	976	1.070	7,00	6.69	12.481	14.026	5,93	5.77
→ 30	24.501	28.368	12,47	12.49	2.197	2.514	15,76	15.73	26.698	30.882	12,69	12.70
Totale	196.406	227.187	100,00	100.00	13.939	15.982	100,00	100.00	210.345	243.169	100,00	100.00

Fonte: Ministero dell'Interno

Distribuzione regionale delle strutture socio riabilitative e dei soggetti in trattamento alla data del 31 Dicembre 1999

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.
Piemonte	68	68	1342	220	1562	12	12	75	18	93	13	13	194	50	244	93	93	1611	288	1899
Valle d'Aosta	2	2	14	1	15	1	1	2	0	2	0	0	0	0	0	3	3	16	1	17
Liguria	21	21	295	72	367	6	6	36	4	40	5	5	71	16	87	32	32	402	92	494
Lombardia	161	159	1850	331	2181	37	34	129	28	157	57	56	694	168	862	255	249	2673	527	3200
P.A. Bolzano	3	3	36	10	46	2	2	10	1	11	0	0	0	0	0	5	5	46	11	57
P.A. Trento	10	10	165	27	192	2	2	64	30	94	0	0	0	0	0	12	12	229	57	286
Veneto	98	96	825	150	975	34	34	156	51	207	25	25	166	22	188	157	155	1147	223	1370
Friuli V.G.	10	10	69	11	80	6	6	22	5	27	13	9	63	24	87	29	25	154	40	194
Emilia Romagna	92	91	1949	455	2404	26	26	192	56	248	21	15	150	39	189	139	132	2291	550	2841
Marche	43	42	492	87	579	14	13	78	15	93	15	13	129	53	182	72	68	699	155	854
Toscana	67	67	790	218	1008	27	27	150	40	190	12	12	130	47	177	106	106	1070	305	1375
Umbria	36	36	455	52	507	3	3	57	11	68	2	2	49	8	57	41	41	561	71	632
Lazio	37	33	551	106	657	15	10	293	53	346	22	12	1193	431	1624	74	55	2037	590	2627
Campania	22	22	433	23	456	8	8	190	12	202	14	14	160	11	171	44	44	783	46	829
Abruzzo	23	22	241	13	254	7	6	57	6	63	10	9	78	16	94	40	37	376	35	411
Molise	4	4	47	1	48	0	0	0	0	0	2	2	30	5	35	6	6	77	6	83
Puglia	55	49	726	73	799	19	19	129	3	132	24	20	224	28	252	98	88	1079	104	1183
Basilicata	8	8	94	0	94	0	0	0	0	0	5	5	118	77	195	13	13	212	77	289
Calabria	31	29	396	17	413	10	9	56	4	60	5	4	18	4	22	46	42	470	25	495
Sicilia	34	32	354	24	378	10	10	631	136	767	6	6	49	7	56	50	48	1034	167	1201
Sardegna	23	21	302	16	318	4	3	22	0	22	9	7	94	10	104	36	31	418	26	444
Totale Italia	848	825	11426	1907	13333	243	231	2349	473	2822	260	229	3610	1016	4626	1351	1285	17385	3396	20781

Legenda: E-Esistenti, C-Censite, M-Maschi, F-Femmine

Fonte: Ministero dell'Interno

Tav. 2/17

Numero di tossicodipendenti in trattamento presso le strutture socio-riabilitative

Data della rilevazione trimestrale	*Numero di soggetti in trattamento*	*Data della rilevazione trimestrale*	*Numero di soggetti in trattamento*
31/03/1998	22.308	31/03/1999	20.423
30/06/1998	22.248	30/06/1999	19.781
30/09/1998	21.079	30/09/1999	20.051
31/12/1998	20.492	31/12/1999	20.781
Media 1998	***21.531***	***Media 1999***	***20.259***

Tav. 2/18

Numero medio annuale di strutture socio-riabilitative per le tossicodipendenze

Anno	*Strutture socio-riabilitative*		
	Esistenti	*Censite*	*N° Soggetti*
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	21.531
1999	1.361	1.277	20.259

Tav. 2/19

Distribuzione per tipo di strutture socio-riabilitative e per sesso dei tossicodipendenti in trattamento alla data del 31 Dicembre 1998 e del 31 Dicembre 1999

	Maschi		*Femmine*		*Totale*	
	31/12/1998	*31/12/1999*	*31/12/1998*	*31/12/1999*	*31/12/1998*	*31/12/1999*
Residenziali	11.704	11.426	1.873	1.907	13.577	13.333
Semiresidenziali	1.829	2.349	347	473	2.176	2.822
Ambulatoriali	3.728	3.610	1.011	1.016	4.739	4.626
Totale	***17.261***	***17.385***	***3.231***	***3.396***	***20.492***	***20.781***

Tav. 2/20

Distribuzione e ripartizione territoriale del numero dei tossicodipendenti in trattamento alla data del 31 Dicembre 1998 e del 31 Dicembre 1999 presso le strutture socio riabilitative

	Numero delle strutture		*Numero dei tossicodipendenti*		*Carico medio per struttura in %*	
	31/12/1998	*31/12/1999*	*31/12/1998*	*31/12/1999*	*31/12/1998*	*31/12/1999*
Nord	696	706	10.518	10.358	15,11	14,67
Centro	266	270	5.675	5.488	21,33	20,33
Sud	231	230	3.295	3.290	14,26	14,30
Isole	72	79	1.004	1.645	13,94	20,82

Fonte: Ministero dell'Interno

Tav. 2/21

Distribuzione per Regione delle strutture socio riabilitative e dei tossicodipendenti in trattamento - Situazione al 31 Dicembre 1998 e al 31 dDcembre 1999

Regione	N° di strutture socio riabilitative		N° di tossicodipendenti in trattamento		% sul totale nazionale	
	31/12/1998	31/12/1999	31/12/1998	31/12/1999	31/12/1998	31/12/1999
Piemonte	93	93	1.910	1.899	9,32	9,14
Valle d'Aosta	2	3	24	17	0,12	0,08
Liguria	32	32	468	494	2,29	2,38
Lombardia	281	255	3.567	3.200	17,41	15,40
P. A. di Trento	5	5	43	57	0,21	0,27
P. A. di Bolzano	12	12	266	286	1,30	1,38
Veneto	144	157	1.362	1.370	6,65	6,59
Friuli V. Giulia	29	29	195	194	0,95	0,93
Emilia Romagna	127	139	2.683	2.841	13,09	13,67
Marche	69	72	834	854	4,07	4,11
Toscana	102	106	1.496	1.375	7,30	6,62
Umbria	40	41	583	632	2,85	3,04
Lazio	73	74	2.762	2.627	13,48	12,64
Campania	47	44	802	829	3,91	3,99
Abruzzo	38	40	451	411	2,20	1,98
Molise	6	6	83	83	0,41	0,40
Puglia	100	98	1.394	1.183	6,80	5,69
Basilicata	12	13	129	289	0,63	1,39
Calabria	47	46	436	495	2,13	2,38
Sicilia	52	50	519	1201	2,53	5,78
Sardegna	37	36	485	444	2,37	2,14
Totale	*1.348*	*1.351*	*20.492*	*20.781*	*100,00*	*100,00*

Fonte: Ministero dell'Interno

Tav. 2/22

Operazioni Antidroga

Anno	*N° operazioni*
1995	20.346
1996	19.988
1997	20.252
1998	21.100
1999	22.136

Tav. 2/23a

Distribuzione per Regione 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	454	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. 2/24a

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***

Fonte: Ministero dell'Interno

Tav. 2/23b

Distribuzione per regione delle operazioni antidroga per tipologia di sostanze stupefacenti
Anno 1999

	Eroina	*Cocaina*	*Cannabis*	*Amfetaminici*	*L.S.D.*	*Altre*	**TOTALE**
Piemonte	759	329	1032	24	3	21	2.168
Valle d'Aosta	11	2	19	1	0	0	33
Lombardia	691	930	1962	63	6	34	3.686
Trentino A. A.	77	49	202	8	1	2	339
Veneto	396	305	646	82	3	7	1.439
Friuli V. G.	82	51	257	35	0	14	439
Liguria	315	261	437	13	1	57	1.084
Emilia Romagna	371	407	914	62	5	12	1.771
ITALIA NORD	***2.702***	***2.334***	***5.469***	***288***	***19***	***147***	***10.959***
Toscana	542	344	821	86	4	14	1.811
Umbria	151	91	217	19	0	3	481
Marche	78	50	103	18	0	2	251
Lazio	641	688	845	24	2	66	2.266
ITALIA CENTRO	***1.412***	***1.173***	***1.986***	***147***	***6***	***85***	***4.809***
Abruzzo	131	65	198	9	0	12	415
Molise	11	5	33	0	0	0	49
Campania	452	313	798	11	1	10	1.585
Puglia	306	155	744	14	0	13	1.232
Basilicata	26	9	86	0	0	2	123
Calabria	106	73	510	4	0	17	710
Sicilia	279	139	1.154	11	1	9	1.593
Sardegna	113	76	437	17	3	13	659
ITALIA SUD/ISOLE	***1.424***	***835***	***3.960***	***66***	***5***	***76***	***6.366***
Acque internazionali							2
TOTALE	***5.538***	***4.342***	***11.417***	***501***	***30***	***308***	***22.136***

Tav. 2/24b

Tipologia delle Operazioni Antidroga per sostanza stupefacente
Anno 1999

Tipologia dell'operazione	*Eroina*	*Cocaina*	*Cannabis*	*Amfetaminici*	*L.S.D.*	*Altre Droghe*
Contro traffico	465	949	600	23		6
Contro attività di vendita	4.908	3.157	8.998	437	27	266
Contro altri reati	1		5	1		11
Rinvenimenti	164	236	1.814	40	3	25
Totale	**5.538**	**4.342**	**11.417**	**501**	**30**	**308**

Fonte: Ministero dell'Interno

Tav. 2/25a

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 Peniten.ria	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..

Fonte: Ministero dell'Interno

Tav. 2/25b

Attività antidroga svolta dalla Polizia di Stato, dall'Arma dei Carabinieri e dal Corpo della Guardia di Finanza
Anno 1999

		Polizia di Stato	Carabinieri	Guardia di Finanza	Polizia Peniten.ria	Totale
STUPEFACENTI SEQUESTRATI	kg.	**8.108,104**	**28.928,880**	**35.231,897**	**1,230**	**72.270,111**
EROINA	kg.	379,566	270,090	654,914	1,121	1.305,691
COCAINA	kg.	223,617	245,455	2.444,919	0,014	2.914,005
CANNABIS	kg.	7.501,318	28.405,451	32.127,503	0,087	68.034,359
- hashish	kg.	3.352,706	23.421,427	20.011,112	0,052	46.785,397
- marijuana	kg.	4.148,612	4.983,924	12.116,391	0,035	21.248,962
- piante	nr.	8.575	397.366	65.275		471.216
in	kg.	2,765	1,614	0,253	0,000	4,632
AMFETAMINICI						
in dosi	nr.	98.485	150.621	43.352	0	292.458
di cui ecstasy	nr.	*95.079*	*150.097*	*27.112*	*0*	*272.288*
L.S.D.	nr.	1.252	*3.394*	863	*0*	*5.509*
in	kg.	0,838	6,270	4,308	0,008	11,424
ALTRE SOSTANZE						
in dosi	nr.	2.082	*4.248*	27.381	*1*	*33.712*
OPERAZIONI ANTIDROGA	nr.	**4.722**	**12.094**	**5.234**	**86**	**22.136**
PERSONE DEFERITE ALLE AA.GG.	nr.	**8.353**	**19.682**	**6.183**	**79**	**34.297**
in stato di:						
- arresto	nr.	7.271	14.383	2.695	18	24.367
- libertà	nr.	976	5.189	3.455	61	9.681
- irreperibilità	nr.	106	110	33	0	249
di cui :						
- stranieri	nr.	3.302	5.024	1.690	29	10.045
- minori	nr.	333	1.186	237	0	1.756

Fonte: Ministero dell'Interno

Tav. 2/26a

Distribuzione regionale delle quantità delle principali sostanze stupefacenti sequestrate
Anno 1998

	Eroina		Cocaina		Cannabis		Amfetaminici		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	3		
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..

Fonte: Ministero dell'Interno

Tav. 2/26b

Distribuzione regionale delle quantità delle principali sostanze stupefacenti sequestrate
Anno 1999

	Eroina		Cocaina		Cannabis		Amfetaminici		L.S.D.	Altre Droghe	
	Kg.	Nr.	Kg.	Nr.	Kg.	Nr.	Kg.	Nr.	Nr.	Kg.	Nr.
Piemonte	39,616	149	45,901	53	1.049,195	493	12.934	187	1,296	456	39,616
Valle d'Aosta	0,067	5	0,012	0	8,037	0	76	32	0,004	2	0,067
Lombardia	581,332	108	614,048	80	3.235,060	4.514	70.092	1.401	3,507	2.359	581,332
Trentino A.A.	1,065	45	21,743	0	34,857	661	21673	41		5	1,065
Veneto	67,960	103	60,464	52	681,411	1.327	42.179	153	0,035	226	67,960
Friuli V.G.	138,627	29	6,833	1	741,191	542	39.965	103	0,615	212	138,627
Liguria	9,155	6	81,853	26	1.964,815	103	6.120	510	0,195	545	9,155
Emilia Romagna	13,321	182	75,794	16	705,111	1052	12.109	871	1,175	1155	13,321
ITALIA NORD	**851,143**	**627**	**906,648**	**228**	**8.419,677**	**8.692**	**205.148**	**3.298**	**6,827**	**4.960**	**851,143**
Toscana	8,223	238	51,156	7	545,148	3.321	9.755	1266	0,345	642	8,223
Umbria	53,629	28	9,755	2	3.746,716	130	4067	1		59	53,629
Marche	0,625	109	9,970	5	78,625	275	2.567	0	0,008	13	0,625
Lazio	120,274	116	358,329	111	25.818,304	598	41.657	432	3,379	1.711	120,274
ITALIA CENTRO	**182,751**	**491**	**429,210**	**125**	**30.188,793**	**4.324**	**58.046**	**1.699**	**3,732**	**2.425**	**182,751**
Abruzzo	4,161	32	2,647	2	520,730	19	712	1		248	4,161
Molise	0,090	0	0,012	0	313,211	8	0	0		2	0,090
Campania	76,995	555	76,023	150	637,500	1.188	5.386	2	1,034	165	76,995
Puglia	145,179	463	22,681	122	22.354,267	551	1.972	4	0,005	25.235	145,179
Basilicata	1,151	2	0,440	1	100,267	199	70	0		2	1,151
Calabria	13,078	27	1.448,140	2	668,063	538.157	234	6	0,242	103	13,078
Sicilia	8,112	349	11,793	34	1.143,828	18.935	16.540	145	0,080	304	8,112
Sardegna	23,031	25	16,411	10	1.041,023	1359	4.350	354	0,003	268	23,031
ITALIA SUD	**271,797**	**1.453**	**1.578,147**	**321**	**26.778,889**	**560.416**	**29.264**	**512**	**1,364**	**26.327**	**271,797**
Acque internazionali					2.647,000						
TOTALE ITALIA	**1.305,691**	**2.571**	**2.914,005**	**674**	**68.034,359**	**573.432**	**292.458**	**5.509**	**11,923**	**33.712**	**1.305,691**

Fonte: Ministero dell'Interno

Tav. 2/27

Quantità delle principali sostanze stupefacenti sequestrate

Anni	*Eroina*		*Cocaina*		*Cannabis*		*Amfetaminici*		*L.S.D.*
	Kg.	*Nr.*	*Kg.*	*Nr.*	*Kg.*	*Nr.*	*Kg.*	*Nr.*	*Nr.*
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
1999	1.305,691	2.571	2.914,005	674	68.034,359	573.432	292.458	5.509	1.305,691

Fonte: Ministero dell'Interno

Tav. 2/28

Persone deferite alle Autorità Giudiziarie

Anno	*N° persone*
1995	32.652
1996	32.987
1997	33.213
1998	33.179
1999	34.297

Tav. 2/29a

Distribuzione regionale delle persone deferite alle Autorità Giudiziarie
Anno 1998

	Libertà	*Arr. + Irr.*	**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***

Fonte: Ministero dell'Interno

Tav. 2/29b

Distribuzione regionale delle persone deferite alle Autorità Giudiziarie
Anno 1999

	Libertà	*Arr. + Irr.*	**TOTALE**
Piemonte	658	2.398	3.056
Valle d'Aosta	14	27	41
Lombardia	1.132	3.834	4.966
Trentino A.A.	190	252	442
Veneto	747	1.594	2.341
Friuli V.G.	451	285	736
Liguria	529	1.156	1.685
Emilia Romagna	809	1.918	2.727
ITALIA NORD	**4.530**	**11.464**	**15.994**
Toscana	738	2.013	2.751
Umbria	292	470	762
Marche	134	283	417
Lazio	597	2.776	3.373
ITALIA CENTRO	**1.761**	**5.542**	**7.303**
Abruzzo	373	351	724
Molise	47	40	87
Campania	323	2.140	2.463
Puglia	426	1.779	2.205
Basilicata	73	236	309
Calabria	526	700	1.226
Sicilia	1.007	1.800	2.807
Sardegna	615	551	1.166
ITALIA SUD	**3.390**	**7.597**	**10.987**
Acque internazionali		13	13
TOTALE	***9.681***	***24.616***	***34.297***

Fonte: Ministero dell'Interno

Tav. 2/30a

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. 2/31a

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

Fonte: Ministero dell'Interno

Tav. 2/30b

Distribuzione regionale delle persone deferite alle Autorità Giudiziarie per tipologia di sostanze stupefacenti
Anno 1999

	Eroina	Cocaina	Cannabis	Amfetaminici	L.S.D.	Altre Droghe
Piemonte	1262	512	1225	30	2	25
Val d'Aosta	14	5	20	2	0	0
Lombardia	1207	1485	2157	71	6	40
Trentino A.A.	113	111	203	11	0	4
Veneto	683	687	835	119	3	14
Friuli V.G.	117	85	452	60	0	22
Liguria	579	443	584	15	1	63
Emilia R.	688	668	1246	98	6	21
ITALIA NORD	**4.663**	**3.996**	**6.722**	**406**	**18**	**189**
Toscana	831	599	1.155	145	6	15
Umbria	214	212	304	27	0	5
Marche	134	108	141	31	0	3
Lazio	962	1.130	1.156	45	2	78
ITALIA CENTRO	**2.141**	**2.049**	**2.756**	**248**	**8**	**101**
Abruzzo	290	126	285	11	0	12
Molise	34	7	46	0	0	0
Campania	826	544	1.054	27	1	11
Puglia	660	407	1.109	16	0	13
Basilicata	62	23	222	0	0	2
Calabria	340	134	729	5	0	18
Sicilia	669	350	1.751	17	1	19
Sardegna	242	192	688	20	11	13
ITALIA SUD	**3.123**	**1.783**	**5.884**	**96**	**13**	**88**
Acque int.li			13			
TOTALE ITALIA	***9.927***	***7.828***	***15.375***	***750***	***39***	***378***

Tav. 2/31b

Persone deferite alle Autorità Giudiziarie per tipologia di sostanza stupefacente
Anno 1999

Sostanza	*In stato di libertà*	*Con provvedimento restrittivo*	*Totale*
Eroina	1464	8463	**9927**
Cocaina	1466	6362	**7828**
Cannabis	6322	9053	**15375**
Amfetaminici	231	519	**750**
L.S.D.	8	31	**39**
Altre droghe	190	188	**378**

Fonte: Ministero dell'Interno

Tav. 2/38

Reati in materia di sostanze stupefacenti e psicotrope ai sensi del D.P.R. n° 309 del 1990

Procedimenti penali pendenti alla data del 31 Dicembre 1998 e del 31 Dicembre 1999

Articoli del D.P.R. 309/90	*Tipologia del reato*	*Numero dei procedimenti*	
		1998	1999
Art. 73	Produzione e traffico in forma individuale	50.058	50.094
Art. 74	Produzione e traffico in forma associata	2.051	2.266
Artt. 75 e 76	Interruzione del programma terapeutico e altre violazioni all'art. 76	133	48
Art. 79	Agevolazione all'uso di sostanze stupefacenti	46	78
Art. 82	Istigazione, proselitismo e induzione al reato di persona minore	14	8
	Totale	**52.302**	**52.494**

Reati per Area Geografica	1998	1999
Nord	23.630	20.328
Sud	10.808	17.958
Centro	11.925	9.470
Isole	5.939	4.738
Totale	52.302	52.494

Fonte: Ministero della Giustizia

Tav. 2/39

Detenuti tossicodipendenti, alcooldipendenti ed in trattamento metadonico
Anno 1999

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	
Abruzzo	1.503	48	1.551	498	17	515	33,20	16	0	16	41	3	44	2,84
Basilicata	558	24	582	129	4	133	22,85	2	0	2	3	0	3	0,52
Calabria	1.851	11	1.862	198	0	198	10,63	17	0	17	5	0	5	0,27
Campania	6.036	207	6.243	1.670	54	1.724	27,61	4	1	5	61	0	61	0,98
Emilia Romagna	3.074	88	3.162	1.028	32	1.060	33,52	53	7	60	83	2	85	2,69
Friuli V.G.	699	22	721	246	6	252	34,95	20	1	21	24	1	25	3,47
Lazio	4.786	350	5.136	1.808	118	1.926	37,50	30	4	34	19	1	20	0,39
Liguria	1.584	87	1.671	870	35	905	54,16	76	13	89	42	0	42	2,51
Lombardia	6.512	503	7.015	1.863	115	1.978	28,20	212	35	247	64	2	66	0,94
Marche	838	9	847	209	2	211	24,91	2	1	3	0	0	0	0,00
Molise	341	10	351	58	6	64	18,23	1	0	1	3	0	3	0,85
Piemonte	4.027	160	4.187	1.107	92	1.199	28,64	49	4	53	65	1	66	1,58
Puglia	3.282	102	3.384	881	25	906	26,77	21	2	23	26	0	26	0,77
Sardegna	1.461	40	1.501	566	18	584	38,91	115	7	122	56	0	56	3,73
Sicilia	5.834	116	5.950	1.322	23	1.345	22,61	21	4	25	20	0	20	0,34
Toscana	3.541	150	3.691	705	54	759	20,56	130	13	143	55	2	57	1,54
Trentino	350	19	369	121	5	126	34,15	17	0	17	22	0	22	5,96
Umbria	840	44	884	202	20	222	25,11	5	0	5	8	0	8	0,90
Valle d'Aosta	2.120	146	2.266	837	48	885	39,06	49	5	54	58	4	62	2,74
Veneto	230	1	231	105	0	105	45,45	2	0	2	0	0	0	
Totale Nazionale	49.467	2.137	51.604	14.423	674	15.097	29,26	842	97	939	655	16	671	1,30

Fonte: Ministero della Giustizia

Tav. 2/40

Detenuti affetti da HIV secondo gli stadi di infezione
Anno 1999

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	%	Affetti da malattie indicative di Aids	%
Abruzzo	34	2,19	27	5,24	7	0,68	27	1,74	6	0,39	1	0,06
Basilicata	8	1,37	6	4,51	2	0,45	7	1,20	1	0,17	0	0,00
Calabria	13	0,70	12	6,06	1	0,06	10	0,54	3	0,16	0	0,00
Campania	136	2,18	92	5,34	44	0,97	48	0,77	53	0,85	35	0,56
Emilia Romagna	121	3,83	104	9,81	17	0,81	96	3,04	18	0,57	7	0,22
Friuli V.G.	13	1,80	11	4,37	2	0,43	12	1,66	1	0,14	0	0,00
Lazio	173	3,37	162	8,41	11	0,34	120	2,34	49	0,95	4	0,08
Liguria	76	4,55	61	6,74	15	1,96	19	1,14	29	1,74	28	1,68
Lombardia	411	5,86	338	17,09	73	1,45	296	4,22	81	1,15	34	0,48
Marche	7	0,83	6	2,84	1	0,16	6	0,71	1	0,12	0	0,00
Molise	1	0,28	0	0,00	1	0,35	0	0,00	1	0,28	0	0,00
Piemonte	196	4,68	181	15,10	15	0,50	147	3,51	25	0,60	24	0,57
Puglia	70	2,07	64	7,06	6	0,24	47	1,39	19	0,56	4	0,12
Sardegna	83	5,53	75	12,84	8	0,87	47	3,13	30	2,00	6	0,40
Sicilia	78	1,31	70	5,20	8	0,17	46	0,77	25	0,42	7	0,12
Toscana	95	2,57	66	8,70	29	0,99	62	1,68	27	0,73	6	0,16
Trentino	12	3,25	11	8,73	1	0,41	7	1,90	5	1,36	0	0,00
Umbria	27	3,05	26	11,71	1	0,15	19	2,15	5	0,57	3	0,34
Valle d'Aosta	80	3,53	70	7,91	10	0,72	69	3,05	7	0,31	4	0,18
Veneto	4	1,73	0	0,00	4	3,17	4	1,73	0	0,00	0	0,00
Totale Nazionale	1.638	3,17	1.382	9,15	256	0,70	1.089	2,11	386	0,75	163	0,32

N.B.: I dati sono stati rilevati a seguito di screening volontario.

Fonte: Ministero della Giustizia

Tav. 2/41

Detenuti presenti e tossicodipendenti ristretti per reati di cui al D.P.R. n°309 del 1990 e per altri reati
Anno 1999

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
Abruzzo	529	1.022	1.551	167	348	515	362	674	1.036	233	182	415
Basilicata	229	353	582	75	58	133	154	295	449	147	62	209
Calabria	474	1.388	1.862	62	136	198	412	1.252	1.664	142	144	286
Campania	2.351	3.892	6.243	950	774	1.724	1.401	3.118	4.519	246	260	506
Emilia Romagna	1.159	2.003	3.162	438	622	1.060	721	1.381	2.102	631	491	1.122
Friuli V.G.	286	435	721	130	122	252	156	313	469	165	181	346
Lazio	2.077	3.059	5.136	1.070	856	1.926	0	2.203	3.210	990	949	1.939
Liguria	713	958	1.671	437	468	905	276	490	766	363	388	751
Lombardia	2.986	4.029	7.015	954	1.024	1.978	2.032	3.005	5.037	1.273	1.046	2 319
Marche	410	437	847	121	90	211	289	347	636	170	97	267
Molise	119	232	351	23	41	64	96	191	287	40	28	68
Piemonte	1.764	2.423	4.187	550	649	1.199	1.214	1.774	2.988	699	715	1.414
Puglia	1.130	2.254	3.384	465	441	906	665	1.813	2.478	162	325	487
Sardegna	491	1.010	1.501	217	367	584	274	643	917	192	144	336
Sicilia	1.502	4.448	5.950	519	826	1.345	983	3.622	4.605	352	373	725
Toscana	1.493	2.198	3.691	425	334	759	1.068	1.864	2.932	800	504	1.304
Trentino	120	249	369	62	64	126	58	185	243	72	80	152
Umbria	288	596	884	119	103	222	169	493	662	143	80	223
Valle d'Aosta	1.067	1.199	2.266	543	342	885	524	857	1.381	619	441	1.060
Veneto	126	105	231	52	53	105	74	52	126	82	18	100
Totale Nazionale	19.314	32.290	51.604	7.379	7.718	15.097	10.928	24.572	36.507	7.521	6.508	14.029

Fonte: Ministero della Giustizia

Tav. 2/42 – Tav. 2/43

Soggetti assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei Servizi della Giustizia Minorile per tipo di Servizio e Paese di provenienza
Anno 1999

Paese di provenienza	C.P.A.	I.P.M.	U.S.S.M.
Italia	524	273	400
Unione Europea	2	1	-
Altri Paesi Europei	32	34	8
Albania	7	3	1
Croazia	-	1	-
Jugoslavia	21	30	7
Polonia	1	-	-
Romania	2	-	-
Slovenia	1	-	-
Ex Urss	1	-	-
Algeria	28	7	2
Eritrea	1	-	-
Etiopia	1	1	-
Marocco	41	38	5
Somalia	-	1	-
Tunisia	5	3	3
Altri Paesi africani	2	-	-
Vari Paesi America	8	6	2
Vari Paesi Asia	3	2	-
Non rilevato	4	1	1
Totale	***652***	***367***	***421***

Soggetti assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei Servizi della Giustizia Minorile per nazionalità e sostanza assunta
Anno 1999

Sostanze assunte	Nazionalità italiana	Nazionalità straniera	***Totale***
Oppiacei	77	10	***87***
Cocaina	47	3	***50***
Cannabis	292	13	***305***
Psicofarmaci	26	-	***26***
Non definita	29	1	***31****
Altre sostanze	51	2	***53***
Totale	***522***	***29***	***552***

* Non è stata rilevata la nazionalità di 1 soggetto

Fonte: Ministero della Giustizia

Tav. 2/44 – Tav. 2/45 – Tav. 2/46

Soggetti assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei Servizi della Giustizia Minorile per nazionalità e modalità di rilevazione della condizione di assuntore
Anno 1999

Modalità di rilevazione	Nazionalità italiana	Nazionalità straniera	***Totale***
Dichiarazione volontaria	311	14	***326****
Crisi di astinenza	5	1	***6***
Segnalazione centri esterni	39	3	***42***
Segnalazione famiglia	71		***71***
Visita medica	11	1	***12***
Altri motivi	35	2	***37***
Non rilevato	6		***6***
Totale	***478***	***21***	***500***

*Dichiarazione volontaria: per 1 soggetto non è stata rilevata la nazionalità

Soggetti assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei Servizi della Giustizia Minorile per nazionalità e tipo di intervento attuato dal Servizio
Anno 1999

Intervento	Nazionalità italiana	Nazionalità straniera	***Totale***
Farmacologico	2		***2***
Psicologico e/o di sostegno	283	17	***301****
Farmacologico e psicologico	17		***17***
Totale	***302***	***17***	***320***

*Interv. Psicol./sost.:per 1 soggetto non è stata rilevata la nazionalità

Soggetti assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei Servizi della Giustizia Minorile per nazionalità e "qualità" dell'assunzione
Anno 1999

Qualità assunzione	Nazionalità italiana	Nazionalità straniera	***Totale***
Consumatore occasionale	207	8	***216****
Consumatore abituale	140	9	***149***
Tossicodip.te	49	3	***52***
Non rilevato	4		***4***
Totale	***400***	***20***	***421***

*Cons. occas.le :per 1 soggetto non è stata rilevata la nazionalità

Fonte: Ministero della Giustizia

Tav. 2/47

Soggetti assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei Servizi della Giustizia Minorile per nazionalità e categoria di reato
Anno 1999

Categoria di reato	Nazionalità italiana			Nazionalità straniera			***Totale***
	F	M	Totale	F	M	Totale	
Contro lo Stato	2	5	7	0	0	0	***7***
Contro il patrimonio	8	114	122	0	6	6	***128***
Contro la famiglia, etc.	0	1	1	0	0	0	***1***
Contro la persona	0	15	15	0	1	1	***16***
DPR 309/90	9	226	235	0	12	12	***248****
Altri reati	0	1	1	0	0	0	***1***
Non rilevato	0	19	19	0	1	1	***20***
Totale	***19***	***381***	***400***	***0***	***20***	***20***	***421***

*1 soggetto di cui non e' stata rilevata la nazionalità

Fonte: Ministero della Giustizia

Tav. 2/48

Soggetti assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei Servizi della Giustizia Minorile
Riepilogo periodo 1995~1999

Anni	C.P.A.	I.P.M.	U.S.S.M.	Totale
1995	516	322	402	1240
1996	507	329	337	1173
1997	491	380	420	1291
1998	661	381	376	1418
1999	652	367	421	1440

Fonte: Ministero della Giustizia

Tavv. 2/49 – 2/50

Distribuzione dei consumatori di sostanze in ambito militare secondo la regione di residenza (Anni 1998 e 1999)

Regione	*N° soggetti*		*Frequenza in %*	
	1998	*1999*	*1998*	*1999*
Piemonte	93	119	3,3	4,0
Valle d'Aosta	19	15	0,7	0,5
Lombardia	247	295	8,7	9,9
Trentino A. A.	66	42	2,3	1,4
Veneto	230	181	8,1	6,1
Friuli V.G.	66	67	2,3	2,2
Liguria	125	142	4,4	4,8
Emilia Romagna	275	300	9,7	10,0
Toscana	134	161	4,7	5,4
Umbria	96	100	3,4	3,3
Marche	115	113	4,1	3,8
Lazio	359	304	12,6	10,2
Abruzzo	59	63	2,1	2,1
Molise	16	21	0,6	0,7
Campania	126	133	4,4	4,4
Puglia	72	82	2,5	2,7
Basilicata	10	9	0,4	0,3
Calabria	265	263	9,3	8,8
Sicilia	222	266	7,8	8,9
Sardegna	234	306	8,2	10,2
Non indicato	9	8	0,3	0,3
Totale	***2.838***	***2990***	***100,0***	***100,0***

Distribuzione dei consumatori in ambito militare secondo lo stato civile (Anni 1998 e 1999)

Stato Civile	*N° soggetti*		*Freq. %*	
	1998	*1999*	*1998*	*1999*
Celibe	2.786	2949	98,2	98,6
Coniugato	26	16	0,9	0,5
Vedovo	1	0	0,0	0,0
Separato	3	6	0,1	0,2
Convivente	12	8	0,4	0,3
Non indicato	10	11	0,4	0,4
Totale	***2.838***	***2990***	***100,0***	***100,0***

Fonte: Ministero della Difesa

Tavv. 2/51- 2/52 – 2/53 – 2/54

Distribuzione dei consumatori in ambito militare secondo l'attività lavorativa prima dell'incorporamento
(Anni 1998 e 1999)

Attività lavorativa	*N° soggetti*		*%*	
	1998	*1999*	*1998*	*1999*
Studente	425	589	15,0	19,7
Operaio	1.020	1113	35,9	37,2
Impiegato	71	85	2,5	2,9
Lavoratore autonomo	193	106	6,8	3,5
Libero professionista	56	33	2,0	1,1
Dirigente	2	0	0,1	0,0
Imprenditore	10	7	0,4	0,2
Disoccupato	852	816	30,0	27,3
Altro	198	241	7,0	8,1
Non indicato	11	0	0,4	0,0
Totale	***2.838***	***2990***	***100,0***	***100,0***

Distribuzione dei consumatori in ambito militare secondo il titolo di studio
(Anni 1998 e 1999)

Titolo di studio	*N° soggetti*		*%*	
	1998	*1999*	*1998*	*1999*
Analfabeta	17	7	0,6	0,2
Licenza Elementare	307	249	10,8	8,3
Licenza Media	1.909	2062	67,3	69,0
Diploma	582	651	20,5	21,8
Laurea Breve	4	3	0,1	0,1
Laurea	9	5	0,3	0,2
Non indicato	10	13	0,4	0,4
Totale	***2.838***	***2990***	***100,0***	***100,0***

Distribuzione dei consumatori secondo la Forza Armata di appartenenza
(Anni 1998 e 1999)

Forza Armata	*N° soggetti*		*%*	
	1998	*1999*	*1998*	*1999*
Esercito (*)	1.691	1388	59,6	46,5
Marina	825	1176	29,1	39,3
Aeronautica	254	360	8,9	12,0
Non indicato	68	66	2,4	2,2
Totale	***2.838***	***2990***	***100,0***	***100,0***
(*) di cui 87 appartenenti ai Carabinieri nel 1998 e 180 nel 1999				

Distribuzione dei consumatori secondo la posizione di leva
(Anni 1998 e 1999)

Posizione di leva	*N° soggetti*		*%*	
	1998	*1999*	*1998*	*1999*
Iscritto	541	794	19,1	26,6
Arruolato	613	580	21,6	19,4
Incorporamento	1.654	1573	58,3	52,6
Obiettore di coscienza	15	36	0,5	1,2
Non indicato	15	7	0,5	0,2
Totale	***2.838***	***2990***	***100,0***	***100,0***

Fonte: Ministero della Difesa

Tavv. 2/55 – 2/56 – 2/57 – 2/58 – 2/59

Distribuzione dei consumatori secondo la posizione militare
(Anni 1998 e 1999)

Posizione militare	*N° soggetti*		%	
	1998	*1999*	*1998*	*1999*
Leva	2.426	2585	85,5	86,4
Complemento	12	5	0,4	0,2
Volontario	63	94	2,2	3,1
Servizio Permanente	66	44	2,3	1,5
Non indicato	271	262	9,5	8,8
Totale	***2.838***	***2990***	***100,0***	***100,0***

Distribuzione dei consumatori secondo la categoria
(Anni 1998 e 1999)

Categoria	*N° soggetti*		%	
	1998	*1999*	*1998*	*1999*
Truppa	2.487	2506	87,6	83,8
Sottufficiali	56	26	2,0	0,9
Ufficiali	3	5	0,1	0,2
Non indicato	292	453	10,3	15,1
Totale	***2.838***	***2990***	***100,0***	***100,0***

Distribuzione dei consumatori secondo la frequenza d'uso
(Anni 1998 e 1999)

Frequenza d'uso	*N° soggetti*		%	
	1998	*1999*	*1998*	*1999*
Qualche volta l'anno	537	520	18,9	17,4
Qualche volta al mese	735	741	25,9	24,8
Qualche volta la settimana	647	640	22,8	21,4
Giornalmente	298	266	10,5	8,9
Non indicato	621	825	21,9	27,5
Totale	***2.838***	***2990***	***100,0***	***100,0***

Distribuzione dei consumatori secondo il periodo d'assunzione
(Anni 1998 e 1999)

Periodo	*N° soggetti*		%	
	1998	*1999*	*1998*	*1999*
Prima dell'incorporamento	402	432	14,2	14,4
Dopo l'incorporamento	2.003	2257	70,6	75,5
Non indicato	433	301	15,3	10,1
Totale	***2.838***	***2990***	***100,0***	***100,0***

Distribuzione dei consumatori secondo il motivo d'assunzione
(Anni 1998 e 1999)

Motivo	*N° soggetti*		%	
	1998	*1999*	*1998*	*1999*
Spirito di gruppo	121	123	30,1	28,4
Pressioni psicologiche	14	19	3,5	4,4
Curiosità	164	213	40,8	49,4
Incontri con gli spacciatori	5	2	1,2	0,5
Disagi personali	66	55	16,4	12,7
Altro	32	20	8,0	4,6
Non indicato	0	0	0,0	0,0
Totale	***402***	***432***	***100,0***	***100,0***

Fonte: Ministero della Difesa

Tav. 2/60

Sostanze stupefacenti maggiormente utilizzate in ambito militare
(Anni 1998 e 1999)

Tipo di sostanza	*Valori assoluti*		*%*	
	1998	*1999*	*1998*	*1999*
Eroina	198	133	6,9	5,3
Morfina	4	10	0,1	0,4
Oppio e derivati	69	30	2,4	1,2
Metadone legale	12	8	0,4	0,3
Metadone illegale	1	2	0,0	0,1
Altri oppiacei	4	2	0,1	0,1
Alcool	61	63	2,1	2,5
Barbiturici	1	0	0,0	0,0
Sedativi ipnotici	7	2	0,2	0,1
Amfetamine	53	21	1,9	0,8
Exctasy	36	28	1,3	1,1
Cocaina	205	220	7,2	8,8
Marijuana - Hashish	2.093	1959	73,4	78,3
Olio di hashish	4	9	0,1	0,4
Allucinogeni	20	12	0,7	0,5
Crack	1	1	0,0	0,0
Inalanti	1	0	0,0	0,0
Altro	82	3	2,9	0,1
Totale	***2.852***	***2503***	***100,0***	***100,0***

Fonte: Ministero della Difesa

Tav. 6/01

RISORSE FINANZIARIE DEL FONDO NAZIONALE D'INTERVENTO PER LA LOTTA ALLA DROGA ASSEGNATE PER GLI ESERCIZI 1997-1998 e 1999 - Ripartizione per Amministrazione

AMMINISTRAZIONI	£.	%
DIFESA	5.343.210.000	4,0
PUBBLICA ISTRUZIONE	47.086.000.000	35,2
INTERNO	6.012.600.000	4,5
GIUSTIZIA	36.213.892.000	27,1
SANITA'	28.335.000.000	21,2
LAVORO E P.S.	10.725.100.000	8,0
TOTALE	**133.715.802.000**	**100,0**

Tav. 6/02

FONDO NAZIONALE D'INTERVENTO PER LA LOTTA ALLA DROGA
Esercizi 1997-1998-1999
Progetti finanziati alle Amministrazioni statali per numero di progetti ed importo

Amministrazioni	N° progetti finanziati	Importi finanziati (x1000)	% progetti sul totale	% importi sul totale	Importo medio per progetto (x1000)
Ministero del lavoro e p.s.	9	10.725.100	10,1	8,0	119.168
Ministero dell' interno- Dir.Gen. Servizi civili	5	4.851.000	5,6	3,6	97.020
Ministero dell'interno- Prefetture	8	1.161.600	9,0	0,9	14.520
Ministero della difesa- aeronautica militare	2	681.000	2,2	0,5	34.050
Ministero della difesa- Ispettorato logistico dell' esercito	2	4.662.210	2,2	3,5	233.111
Ministero della pubblica istruzione- Ispettorato per l'educazione fisica e sportiva	8	47.086.000	9,0	35,2	588.575
Ministero della sanità - Dipartimento della prevenzione	27	16.585.000	30,3	12,4	61.426
Ministero della sanità -Istituto superiore della sanità	13	11.750.000	14,6	8,8	90.385
Ministero della giustizia- Dipartimento amministrazione penitenziaria	11	34.202.292	12,4	25,6	310.930
Ministero della giustizia- Ufficio centrale giustizia minorile	4	2.011.600	4,5	1,5	50.290
TOTALE	**89**	**133.715.802**	**100,0**	**100,0**	**150.242**

Fonte: Dipartimento per gli Affari Sociali

Tav 6/03

FONDO NAZIONALE D'INTERVENTO PER LA LOTTA ALLA DROGA

Esercizi 1997-1998-1999

Progetti finanziati alle Amministrazioni statali per finalità dei progetti

Amministrazioni	Finalità dei progetti						
	Programmi sperimentali di prevenzione	Educazione alla tutela della salute	Sistemi di rilevazione e valutazione dati	Iniziative di informazione e sensibilizzazione	Formazione del personale	Trasferimento dati fra amministrazioni centrali e locali	TOTALE
Ministero del lavoro e p.s.	9						9
Ministero dell' interno- Dir.Gen. Servizi civili			2	1	2		5
Ministerodel'interno- Prefetture	1		4	1	2		8
Ministero della difesa-aeronautica militare	1			1			2
Ministero della difesa-Ispettorato logistico dell' esercito		1		1			2
Ministero della pubblica istruzione- Ispettorato per l'educazione fisica e sportiva	2	4			2		8
Ministero della sanità - Dipartimento della prevenzione	1	3	17	1	4	1	27
Ministero della sanità -Istituto superiore della sanità	3	1	8		1		13
Ministero della giustizia- Dipartimento amministrazione penitenziaria	1		2	2	6		11
Ministero della giustizia- Ufficio centrale giustizia minorile	1	1	2				4
TOTALE	**19**	**10**	**35**	**7**	**17**	**1**	**89**
%	**21,3**	**11,2**	**39,3**	**7,9**	**19,1**	**1,1**	**100,0**

Fonte: Dipartimento per gli Affari Sociali

Tav 6/04

DISTRIBUZIONE PERCENTUALE PER REGIONE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE E DEL NUMERO DI TOSSICODIPENDENTI IN TRATTAMENTO PRESSO I Ser.T., MEDIA DI TALI ELEMENTI, RIPARTIZIONE PER REGIONI E PROVINCIE AUTONOME DELLE QUOTE DEL FONDO NAZIONALE D'INTERVENTO PER LA LOTTA ALLA DROGA DA RIPARTIRE PER GLI ESERCIZI 1997, 1998 E 1999

Regioni	1	2	3	4	5	6	
	Popolazione residente (1)	N. tossicodipendenti in trattamento presso i SerT (2)	Media (3)	Quote del Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga per l'esercizio 1997	Quote del Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga per l'esercizio 1998	Quote del Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga per l'esercizio 1999	TOTALE
	%	%	%	v.a	v.a.	v.a.	v.a.
Piemonte	7,46	10,41	8,93	13.049.409.000	16.121.217.000	13.354.815.000	**42.525.441.000**
Valle d'Aosta	0,21	0,26	0,23	336.099.000	415.226.000	343.965.000	**1.095.290.000**
Liguria	2,85	2,00	2,42	3.536.346.000	4.368.795.000	3.619.110.000	**11.524.251.000**
Lombardia	15,62	14,81	15,22	22.240.986.000	27.476.475.000	22.761.510.000	**72.478.971.000**
Prov. Aut. Trento	0,81	0,39	0,60	876.780.000	1.083.172.000	897.300.000	**2.857.252.000**
Prov. Aut. Bolzano	0,79	0,26	0,53	774.489.000	956.802.000	792.615.000	**2.523.906.000**
Veneto	7,76	7,55	7,66	11.193.558.000	13.828.502.000	11.455.530.000	**36.477.590.000**
Friuli V.G.	2,06	1,84	1,95	2.849.535.000	3.520.310.000	2.916.225.000	**9.286.070.000**
Emilia Romagna	6,86	6,67	6,76	9.878.388.000	12.203.743.000	10.109.580.000	**32.191.711.000**
Marche	2,52	2,52	2,52	3.682.476.000	4.549.324.000	3.768.660.000	**12.000.460.000**
Toscana	6,13	7,02	6,57	9.600.741.000	11.860.738.000	9.825.435.000	**31.286.914.000**
Umbria	1,44	2,36	1,90	2.776.470.000	3.430.046.000	2.841.450.000	**9.047.966.000**
Lazio	9,11	8,73	8,92	13.034.796.000	16.103.164.000	13.339.860.000	**42.477.820.000**
Campania	10,07	9,08	9,58	13.999.254.000	17.294.654.000	14.326.890.000	**45.620.798.000**
Abruzzo	2,22	2,53	2,37	3.463.281.000	4.278.531 000	3.544.335.000	**11.286.147.000**
Molise	0,57	0,42	0,50	730.650.000	902.643.000	747.750.000	**2.381.043.000**
Puglia	7,11	10,05	8,58	12.537.954.000	15.489.366 000	12.831.390.000	**40.858.710.000**
Basilicata	1,06	0,70	0,88	1.285.944.000	1.588.653.000	1.316.040.000	**4.190.637.000**
Calabria	3,60	2,52	3,06	4.471.578.000	5.524.179.000	4.576.230.000	**14.571.987.000**
Sicilia	8,87	5,93	7,40	10.813.620.000	13.359.127.000	11.066.700.000	**35.239.447.000**
Sardegna	2,89	3,95	3,42	4.997.646.000	6.174.083.000	5.114.610.000	**16.286.339.000**
Totale Italia	**100,00**	**100,00**	**100,00**	**146.130.000.000**	**180.528.750.000**	**149.550.000.000**	**476.208.750.000**

1) Fonte: Dati ISTAT al 31 dicembre 1997
2) Fonte: Dati dell'Osservatorio permanente per il fenomeno della droga al 31 dicembre 1997
3) Pesi: 50% per ciascuno dei due parametri
Fonte. Dipartimento per gli Affari Sociali

Tav 6/05

FONDO NAZIONALE D'INTERVENTO PER LALOTTA ALLA DROGA

Esercizi finanziari 1997-1998-1999

Stato di attuazione degli Atti Amministrativi Regionali per la gestione del Fondo

REGIONE	Delibere di definizione dei criteri e delle modalità di presentazione e di finanziamento dei progetti	Delibere di acquisizione delle quote del Fondo 1997/98/99 (variazioni di bilancio)	Delibere di approvazione e di finanziamento dei progetti presentati (impegno contabile)
ABRUZZO	D.G. n. 2787 del 29.12.99	D.G. n.2227 del 20.10.99	
BASILICATA	D.G. n.1242 del 15.11.99	D.D.n. 02D1/99/D/472 del 9.12.99	
Provincia autonoma di BOLZANO	D.G. n 3315 del 13.8.99	D.G. n.481 del 21.2.2000	D.G. n.5697 del 20.12.99 D.G. n. 971 del 27.3.2000
CALABRIA	Decreto dirigenziale n. 430 del 30.11.99	D.G. n. 3481 del 9.11.1999	Decreto dirigenziale n. 430 del 30.11.1999
CAMPANIA	D.G. n.314 del 1.2.2000	D.G. n.9273 del 99	
EMILIA-ROMAGNA	D.G. n. 1269 del 13.10.99 e n.2010 del 10.11.99	D.G. n.2063 del 16.11.99	D.G. n. 644 dell' 1.3.2000
FRIULI-VENEZIA GIULIA	D.G. n.4021 del 23.12.99	D.P.G. n. 34/SG/RAG del 26.10.99	
LAZIO	D.G n 5057 del 5.10.99	La Regione ha dichiarato di aver provveduto, ma non ha trasmesso gli estremi della deliberazione	
LIGURIA	D.G. n. 911 del 6.8.99	D.G. n.1424 del 26.11.99	D.G. n.1601 del 23.12.99
LOMBARDIA	D.G. n. 44119 del 9.7.99	D.G. n.46493 del 26.11.99	D.D. da n. 52426 a n. 52435 del 27.12.99 e n. 4923, 4926 e 4936 dell' 1.3.2000
MARCHE	D.C. n.273 del 11.11.99 e D.G. 3278 del 20.12.99	D.G. n.2961 del 22.11.99	
MOLISE	D.G. n. 1635 del 8.11.99	D.G. n. 1651 del 15.11.99	D.G. n. 2053 del 30.12.1999
PIEMONTE	D.G. n. 27- 28446 del 25.10.99	A.D.M. n 425 del 4.11. 99	
PUGLIA	D.G. n.437 del 1.2.2000	D.G. n. 1674 del 7.12.99	
SARDEGNA		La Regione ha dichiarato di aver provveduto, ma non ha trasmesso gli estremi della deliberazione	
SICILIA	Decreto Assessorile n. 31461 del 29.3.2000	Legge regionale 17.3.2000, n. 9 (bilancio di previsione 2000)	
TOSCANA	D.C. n. 159 del 8.6.99	D.G. n. 1322 del 22.11.99	D.G. n. 1326 e 1327 del 22.11.99
Prov. autonoma di TRENTO		La Regione ha dichiarato di aver provveduto, ma non ha trasmesso gli estremi della deliberazione	
UMBRIA	D.G. n.1494 del 20.10.99	D.G. n.1494 del 20.10.99	
VALLE D'AOSTA	D.G. n. 766 del 13.3.2000	P.D. n. 7288 del 2.12.99 D.G. n. 4529 del 13.12.99	
VENETO	D.G. n.2896 del 3.8.99	D.G. n.4056 del 16.11.99	D.G. .5014 del 28.12.99

Fonte Dipartimento per gli Affari Sociali

Tav. 6/06

FONDO NAZIONALE D'INTERVENTO PER LA LOTTA ALLA DROGA
Esercizi finanziari 1997-1998-1999

Risorse trasferite alle Regioni nel 1999 e finanziamenti concessi agli Enti presentatori per la realizzazione di progetti

REGIONI	Risorse finanziarie del Fondo (x1.000.000)				Finanziamenti concessi (x1.000.000)							
	Trasferite	Impegnate al 31.12.1999	Residui al 31.12.1999	% di residui sui trasferimenti	Comuni, Comunità montane, Consorzi di Comuni, Provincie		ASL		Organizzazioni del "privato sociale"		TOTALE	
					Importi	% (*)	Importi	% (*)	Importi	% (*)	Importi	% (*)
Piemonte	42.525	-	42.525	100								
Valle d'Aosta	1.095	-	1.095	100								
Liguria	11.524	11.494	30	0,26	2.050	18	4.914	43	4.530	39	**11.494**	**100**
Lombardia	72.479	49.170	23.309	32	14.851	30	12.401	25	21.899	45	**49.151**	**100**
P.A. Bolzano	2.524	2.524	-	-	606	24	674	27	1.244	49	**2.524**	**100**
P.A. Trento	2.857	-	2.857	100								
Veneto	36.478	36.477	-	-	7.204	20	17.136	47	12.137	33	**36.477**	**100**
Friuli V.G.	9.286	-	9.286	100								
Emilia Romagna	32.192	-	32.192	100								
Marche	12.000	-	12.000	100								
Toscana	31.287	31.284	3	-	6.148	23	12.130	46	8.300	31	**26.578**	**100**
Umbria	9.048	-	9.047	100								
Lazio	42.478	-	42.478	100								
Campania	45.621	-	45.621	100								
Abruzzo	11.286	-	11.286	100								
Molise	2.381	-	2.382	100								
Puglia	40.859	-	40.858	100								
Basilicata	4.191	-	4.191	100								
Calabria	14.572		14.572	100								
Sicilia	35.239	-	35.240	100								
Sardegna	16.286	-	16.287	100								
Totale Italia	**476.208**	**130.949**	**345.259**	**27**	**30.859**	**24**	**47.255**	**37**	**48.110**	**38**	**126.224**	**100**
%	**100**	**27**	**73**									

Fonte: Dipartimento per gli Affari Sociali

FONDO NAZIONALE D'INTERVENTO PER LA LOTTA ALLA DROGA
Esercizi finanziari 1997-1998-1999

Distribuzione per tipologia dei progetti dei finanziamenti concessi dalle Regioni (x1.000.000)

REGIONI	Prevenzione primaria		Riduzione del danno		Reinserimento lavorativo		Servizi e strutture innovative		Formazione		Indicatori per la verifica della qualità degli interventi		Centri di documentazione		TOTALE	
	Richieste	Finanziamenti	Richieste	Finanziamenti	Richieste	Finanziamenti	Richieste	Finanziamenti	Richieste	Finanziamenti	Richieste	Finanziamenti	Richieste	Finanziamenti	Richieste	Finanziamenti
Piemonte																
Valle d'Aosta																
Liguria (*)																
Lombardia	32.248	19.736	9.132	7.516	12.753	9.748	15.295	10.904			1.247	1.247			70 675	49.151
P.A. Bolzano	2.646	802	225	107	1.246	473	790	326	392	384	468	468			5.767	2.560
P.A. Trento															-	
Veneto	16.897	16.897	4.022	4.022	4.836	4.836	7.573	7.573	1.697	1.697	1.452	1.452			36.477	36.477
Friuli-V.G.																
Emilia-Romagna																
Marche																
Toscana	18.120	9.745	3.008	2.060	9.838	5.366	9.407	6.014	2.818	2.073	1.388	925	730	395	45.309	26.578
Umbria																
Lazio																
Campania																
Abruzzo																
Molise																
Puglia																
Basilicata																
Calabria																
Sicilia																
Sardegna																
Totale Italia	**69.911**	**47.180**	**16.387**	**13.705**	**28.673**	**20.423**	**33.065**	**24.817**	**4.907**	**4.154**	**4.555**	**4.092**	**730**	**395**	**158.228**	**114.766**
% sul totale	**44**	**41**	**10**	**12**	**18**	**18**	**21**	**22**	**3**	**4**	**3**	**4**	**0**	**0**	**100**	**100**

(*) dati non forniti
Fonte: Dipartimento per gli Affari Sociali

FONDO NAZIONALE D'INTERVENTO PER LA LOTTA ALLA DROGA
Esercizi finanziari 1997-1998-1999

Distribuzione per Ente presentatore dei progetti finanziati dalle Regioni

REGIONI	ENTI LOCALI					ASL					Privato sociale					TOTALE				
	Totale progetti presentati	Di cui nuovi progetti	Finanziati integralmente	Finanziati parzialmente	Non finanziati	Totale progetti presentati	Di cui nuovi progetti	Finanziati integralmente	Finanziati parzialmente	Non finanziati	Totale progetti presentati	Di cui nuovi progetti	Finanziati integralmente	Finanziati parzialmente	Non finanziati	Totale progetti presentati	Di cui nuovi progetti	Finanziati integralmente	Finanziati parzialmente	Non finanziati
Piemonte																				
Valle d'Aosta																				
Liguria	20	6	9	11		32	13	19	10	3	37	23	19	12	6	89	32	47	33	9
Lombardia	113	71	11	74	28	55	44	28	23	4	146	113	29	85	32	314	228	68	182	64
P.A. Bolzano	7	3	4	3	-	15	11	15	-	-	7	4	-	4	3	29	18	19	7	3
P.A. Trento																				
Veneto	42		37	2	3	120		112	2	6	78		64	5	9	240		213	9	18
Friuli V.G.																				
Emilia Romagna																				
Marche																				
Toscana	55	36	14	36	5	161	108	69	68	24	86	59	31	39	16	302	203	114	143	45
Umbria																				
Lazio																				
Campania																				
Abruzzo																				
Molise																				
Puglia																				
Basilicata																				
Calabria																				
Sicilia																				
Sardegna																				
Totale Italia	**237**	**116**	**75**	**126**	**36**	**383**	**176**	**243**	**103**	**37**	**354**	**199**	**143**	**145**	**66**	**974**	**481**	**461**	**374**	**139**
%	100		32	53	15	100		63	27	16	100		40	41	28	100		47	38	14
%	24					40					36					100				

Fonte. Dipartimento per gli Affari Sociali

FONDO NAZIONALE D'INTERVENTO PER LA LOTTA ALLA DROGA

Esercizi finanziari 1997-1998-1999

Distribuzione per finalità dei progetti finanziati in complesso dalle Regioni

REGIONI	Programmi integrati di prevenzione	Contrasto nuove droghe	Interventi a rete	Informazione e sensibilizzazione	Formazione	*Educazione alla* tutela della salute	*Inclusione sociale* e lavorativa	Servizi sociali e sanitari di primo intervento	Indicatori per la verifica della qualità degli interventi	Trasferimento dati fra Regioni e Centro e all' interno della Regione	TOTALE
Piemonte											
Valle d'Aosta											
Liguria (*)											
Lombardia	39	21	21	52	32		36	40		9	250
P.A. Bolzano	1		2		8	4	2	1	8		26
P.A. Trento											
Veneto (*)											
Friuli-V.G.											
Emilia-Romagna											
Marche											
Toscana	60	13	17	22	16	21	67	21	20		257
Umbria											
Lazio											
Campania											
Abruzzo											
Molise											
Puglia											
Basilicata											
Calabria											
Sicilia											
Sardegna											
Totale Italia	**100**	**34**	**40**	**74**	**56**	**25**	**105**	**62**	**28**	**9**	**533**
%	19	6	8	14	11	5	20	12	5	2	100

(*) dati non forniti

Fonte: Dipartimento per gli Affari Sociali