



# *Tossicodipendenze*

RELAZIONE

ANNUALE AL PARLAMENTO

SULLO STATO

DELLE TOSSICODIPENDENZE

IN ITALIA

ANNO 2007



---

RELAZIONE

---

ANNUALE AL PARLAMENTO

---

SULLO STATO

---

DELLE TOSSICODIPENDENZE

---

IN ITALIA

---

ANNO 2007

---



# INDICE

---

## **Introduzione del Sottosegretario della Presidenza del Consiglio**

<b>1. Contesto sociale e culturale</b>	7
1.1 Opinione pubblica sull'uso di sostanze psicoattive	9
<b>2. Uso di sostanze psicoattive illegali nella popolazione</b>	15
2.1 Consumi nella popolazione generale	19
2.2 Consumi nei giovani scolarizzati	31
<b>3. Prevenzione</b>	43
3.1 Prevenzione universale	47
3.2 Prevenzione selettiva e mirata	56
<b>4. Consumatori con bisogno di cure e utenti in trattamento</b>	61
4.1 Profilo dei soggetti in trattamento presso i SerT	65
4.2 Profilo dei soggetti inviati presso le Comunità terapeutiche	74
4.3 Stime di incidenza di uso problematico	78
4.4 Stime del numero dei soggetti eleggibili al trattamento per uso problematico di eroina e cocaina	79
<b>5. Trattamenti ed interventi droga correlati</b>	83
5.1 Rete dei servizi	87
5.2 Trattamenti effettuati presso i SerT	93
5.3 Trattamenti effettuati presso le Comunità Terapeutiche	100
5.4 Interventi delle Prefetture	102
<b>6. Implicazioni e conseguenze per la salute</b>	105
6.1 Decessi droga correlati e mortalità nei consumatori di droga	109
6.2 Malattie infettive droga correlate	122
6.3 Comorbidità psichiatrica: disturbi di personalità, depressione, stati d'ansia, disturbi dell'affettività	137
6.4 Altre implicazioni e conseguenze per la salute	140
<b>7. Risposte relative alle implicazioni e conseguenze per la salute</b>	147
7.1 Prevenzione dei decessi droga correlati	151
7.2 Prevenzione e trattamento delle malattie infettive droga correlate: vaccinazioni, programmi di scambio di siringhe, distribuzione di profilattici	154
7.3 Interventi relativi alla comorbidità psichiatrica	155
7.4 Interventi relativi alle altre implicazioni e conseguenze per la salute	156

<b>8. Implicazioni e correlati sociali</b>	165
8.1 Emarginazione sociale	169
8.2 Reati commessi in violazione della normativa sugli stupefacenti	171
8.3 Reati commessi da consumatori di sostanze psicoattive	180
8.4 Costi sociali legati all'uso di droghe	188
<b>9. Risposte alle implicazioni e conseguenze sociali</b>	191
9.1 Reinserimento sociale	195
9.2 Modalità di esecuzione della pena	197
<b>10. Mercato della droga</b>	201
10.1 Percezione sulla disponibilità delle droghe	205
10.2 Produzione, offerta e traffico di droga	210
10.3 Sequestri di sostanze psicoattive illegali	211
10.4 Prezzo e purezza	215
<b>11. Approfondimento: gli altri consumi psicoattivi</b>	219
11.1 Opinione pubblica sull'uso di sostanze psicoattive legali e sul gioco d'azzardo	223
11.2 Consumi psicoattivi legali nella popolazione generale	227
11.3 Consumi psicoattivi legali nella popolazione scolarizzata	241
11.4 Percezione sulla disponibilità delle sostanze psicoattive legali	254
11.5 Ricoveri ospedalieri alcol e tabacco correlati	257
<b>12. Approfondimenti metodologici</b>	263
12.1 Studio IPSAD-Italia®	265
12.2 Studio ESPAD-Italia®	267
12.3 Indagine regionale su prevenzione e contrasto delle dipendenze	269
12.4 Progetto SIMI®Italia	270
12.5 Progetto Strengthening famiglie program (SFP)	272
12.6 Consulte provinciali per la prevenzione delle tossicodipendenze	273
12.7 Stime di incidenza di utilizzatori con bisogno di cura	273
12.8 Stime di prevalenza dei soggetti eleggibili al trattamento	274
12.9 Progetto START	274
12.10 Studio PADDI	276
12.11 Survey ISS–Studio Istituto Superiore di Sanità – Ministero della Salute	276
12.12 Progetto “Geo Drugs Alert”	277
12.13 Analisi dei costi sociali	278
<b>13. Allegati contenuti nel CD</b>	281
13.1 Tavole standard	283
13.2 Tavole di lavoro della Relazione	288
13.3 Testo della Relazione in PDF	

# Introduzione del Sottosegretario della Presidenza del Consiglio

---

UNA BATTAGLIA CHE SI PUO' VINCERE

*La droga è come la spazzatura: va rimossa.  
E' giusto non inquinare l'ambiente fuori, ma  
soprattutto, non inquinare le persone dentro.*

La battaglia si può vincere.

I dati esposti nella Relazione al Parlamento per l'anno 2007 dimostrano che il fenomeno delle tossicodipendenze in Italia è grave ma non assume i contorni allarmistici e le dimensioni numericamente drammatiche di cui si sente parlare ogni giorno. Soprattutto va messo in rilievo come circa il 90% degli italiani disapprovi decisamente il consumo di ogni tipo di droga, sia quella che viene definita "pesante", sia quella che viene erroneamente considerata "leggera", ritenendolo pericoloso per la salute delle persone. Per quanto riguarda il numero delle persone che fanno uso di eroina, in costante diminuzione dal 2001, si osserva, in generale, una stabilità nella diffusione dell'uso. Si stima che 15 persone su 1000 abbiano utilizzato la sostanza almeno una volta nella vita. Di questi, almeno 3 persone ogni 1000 residenti hanno assunto, nel 2007, tale sostanza, somministrandosela in vario modo; solo 1 su 1000 ne ha fatto un uso pressoché quotidiano. Relativamente al consumo di cocaina, il 2007 non evidenzia sostanziali differenze con le rilevazioni del 2006; sembrerebbe, quindi, attenuarsi il trend pluriennale di aumento registrato negli anni precedenti. Se 70 persone su 1000 soggetti residenti tra i 15 ed i 64 anni hanno dichiarato di aver usato cocaina almeno una volta nella vita, sono 8 le persone su 1000 che hanno riferito di averla assunta negli ultimi 30 giorni. Solo 1 persona su 1000 ha riportato un uso frequente. Sono invece 37 su 1000 residenti le persone che hanno fatto uso di stimolanti e allucinogeni almeno una volta nella vita. Tale numero è di 6 persone su 1000 residenti se si considera l'uso negli ultimi 12 mesi. Per quanto concerne queste sostanze si osservano solo leggeri aumenti nella popolazione generale rispetto al dato degli anni precedenti, anche se tali incrementi diventano significativi considerando il consumo di queste sostanze fra gli studenti. Aumenta, invece, la diffusione dell'uso di cannabis; si osservano incrementi sia per ciò che riguarda il consumo "occasionale" (una o più volte negli ultimi dodici mesi), che per quanto concerne i consumi più frequenti (una o più volte negli ultimi trenta giorni e uso quotidiano). Da segnalare che l'incremento maggiore si è osservato nel sesso femminile. 360 persone su 1000 residenti hanno dichiarato di aver fatto uso di cannabis almeno una volta nella vita. L'1,4% degli italiani (14 persone ogni 1000), di età compresa tra i 15 ed i 64 anni, ha consumato quotidianamente tale droga, mentre circa il 14% degli intervistati hanno detto di aver assunto cannabis una o più volte nel corso del 2007. Però, contemporaneamente all'accennato incremento nei consumi da parte della popolazione generale, si osserva un leggero decremento per ciò che riguarda i consumi fra gli studenti (soprattutto tra i 15enni). Questi ultimi dati relativi alla cannabis avvalorano ancora più la decisione del legislatore del 2006 di contenere in una sola tabella tutte le sostanze stupefacenti, in linea con l'orientamento internazionale. Tale scelta ha trovato autorevoli conferme che vanno dall'autocritica dell'Indipendent, un tempo a favore della legalizzazione della cannabis, al nuovo atteggiamento di rigore di alcuni governi. Da ultimo, va ricordato il recentissimo rapporto pubblicato dalla Casa Bianca secondo il quale, nel 2007, la marijuana ha raggiunto il massimo livello di sempre di concentrazione di THC, il principale principio attivo contenuto nella sostanza, tale

da provocare serie ripercussioni alla salute, soprattutto, dei più giovani. È evidente, pertanto, che si deve insistere con grande determinazione nelle politiche di prevenzione e informazione in famiglia, nella scuola, nei luoghi di aggregazione, ecc., per evitare che proprio i giovani, in primo luogo, cadano nella trappola della tossicodipendenza. E nel contempo è necessario contrastare, anche con novelle legislative, fenomeni legati all'uso di sostanze farmacologicamente attive, come le *smart drugs*, che droghe in senso legale ancora non sono, ma che sono talvolta oggetto di un fiorente commercio in ambigui esercizi commerciali denominati smart shop. Non sfuggono a questa esigenza di maggior rigore e controllo lo svolgimento organizzato di particolari eventi e altre forme di subdola pubblicità finalizzati, seppur non direttamente, alla diffusione delle sostanze stupefacenti. Bisogna confermare, peraltro, che nel nostro Ordinamento vanno sempre tenute ben distinte le figure, e i relativi aspetti sanzionatori, dello spacciatore e del consumatore. Il primo è un delinquente, autore di un crimine odioso, che va punito penalmente (salvo poi accordargli una particolare tutela in fase di esecuzione o in alternativa alla pena qualora sia anche tossicodipendente), il secondo è una vittima che ha bisogno di aiuto, al quale possono essere applicate soltanto sanzioni amministrative, tese, tra l'altro, a condizionarne la possibilità di nuocere a se stesso o agli altri. A questo proposito, basta ricordare l'allarme sociale suscitato dagli incidenti stradali mortali spesso causati da conducenti ubriachi o sotto l'effetto di droghe, sui quali il legislatore è intervenuto con grande determinazione, ottenendo subito effetti largamente positivi. In un'ottica di ulteriore potenziamento dell'azione di riduzione dell'incidentalità, è anche necessario porre rapidamente in essere i meccanismi attuativi dell'art. 125 del T.U. 309/90, che prevede specifici accertamenti di carattere sanitario volti ad evidenziare l'assunzione, occasionale o continuata, di sostanze stupefacenti su particolari categorie di lavoratori. L'apposito gruppo di lavoro ministeriale ha concluso i suoi lavori secondo le indicazioni di un recente accordo Stato-Regioni e, a breve, la norma troverà pratica applicazione. A due anni dalla sua approvazione, un'altra legge, al centro di molte polemiche, ha viceversa dispiegato pienamente i suoi effetti positivi. Mi riferisco alla riforma del Testo unico in materia di sostanze stupefacenti e psicotrope, con particolare riguardo alla parte che ha introdotto, tra l'altro, una soglia quantitativa, in termini di principio attivo contenuto nella sostanza detenuta, quale elemento sintomatico della condotta, utile sia alle Forze dell'Ordine in fase di accertamento, che ai magistrati in sede di giudizio per discriminare, con maggior precisione ed esattezza, i consumatori di sostanze stupefacenti dagli spacciatori di droga. Tale norma è stata accolta favorevolmente dagli operatori, cui è stato evidentemente semplificato e agevolato il proprio compito, senza provocare affatto quei paventati effetti catastrofici circa la possibilità che il semplice consumatore di droga potesse irrimediabilmente finire in carcere a motivo della detenzione della sostanza stupefacente destinata al proprio uso personale. Le statistiche, e in particolar modo i dati forniti dal Ministero della Giustizia in ordine agli ingressi dei tossicodipendenti negli istituti di pena, stanno lì a dimostrare che questo effetto negativo non c'è assolutamente stato. Ma alla prevenzione ed alla repressione va affiancata una decisa azione di recupero del tossicodipendente. Un ruolo fondamentale per raggiungere questo obiettivo lo possono giocare i SerT e il privato sociale (le cosiddette comunità di recupero) che debbono intensificare forme di collaborazione, sempre più integrata e complementare. Dobbiamo, inoltre, tenere conto che uno dei problemi principali rilevati dalle osservazioni epidemiologiche, è il tempo che intercorre tra l'inizio dell'uso di sostanze e il primo contatto con la rete di assistenza, che talora è anche di parecchi anni (dai 4 ai 12 anni a seconda delle varie sostanze e modalità d'uso). È evidente che durante questo periodo la persona si espone a rischi e danni molto gravi, sia dal punto di vista medico che psicologico e sociale. In un'ottica di vera prevenzione e di interventi precoci, è pertanto necessario anticipare, quanto più possibile, la scoperta del problema, avviandolo tempestivamente a soluzione. È, infatti,

provato che tanto più la diagnosi dell'uso di droghe (anche occasionale) è precoce, tanto più facile e di successo sarà il trattamento, impedendo il possibile sviluppo di una vera e propria tossicodipendenza. Pertanto, l'attenzione dovrebbe concentrarsi maggiormente sulle fasce di utilizzatori minorenni nel tentativo di intercettare precocemente il problema, renderne edotta la famiglia che dovrà essere supportata adeguatamente al fine di gestire con efficacia la fase di scoperta e del successivo intervento. Il Governo pone soltanto due limiti alla ricchezza di esperienze presenti sul territorio: l'intangibilità del principio secondo cui è illecito drogarsi (perché assumere droga non può essere mai considerato un diritto), e la finalizzazione al pieno recupero della persona dei trattamenti e delle tecniche usate (compresa la prevenzione delle patologie correlate alla tossicodipendenza) affinché il tossicodipendente abbia sempre una prospettiva di pieno recupero e di fuoriuscita dalla sua dipendenza e non sia lasciato in una condizione abbandonica e di cronicizzazione del suo stato patologico. Ma ancor prima di pensare alla cura si dovrà giocare d'anticipo, tentando di intercettare precocemente ogni segnale che possa far capire ai genitori l'uso anche occasionale di alcol e droga da parte dei propri figli (soprattutto se minorenni), così da poter avviare prima possibile questi ragazzi ai percorsi di recupero, aiutando concretamente le famiglie ad affrontare questi gravi problemi. Una grande occasione di dibattito e il confronto su questi temi si aprirà con la quinta conferenza nazionale sulle tossicodipendenze, il cui svolgimento è previsto per i primi mesi del 2009. In quella sede o nella sua fase preparatoria sarà possibile, con il concorso di tutti, mettere a punto le strategie più efficaci per affrontare, con spirito costruttivo, una tematica che presenta sempre aspetti di grande interesse sotto il profilo scientifico e ambiti di costante miglioramento nella qualità e nelle modalità di svolgimento degli interventi.

Nel concludere questa mia breve presentazione non posso esimermi dal ringraziare i ricercatori dell'IFC-CNR di Pisa che, sulla base delle indicazioni del Ministro Ferrero, mio predecessore in questo incarico, e dei dati provenienti dalle diverse Amministrazioni dello Stato, hanno predisposto il presente elaborato.

*Il Sottosegretario di Stato della Presidenza del Consiglio dei Ministri  
Senatore Carlo Giovanardi*

*Inno alla vita*

*La vita è un'opportunità, coglila.*

*La vita è bellezza, ammirala.*

*La vita è beatitudine, assaporala.*

*La vita è un sogno, fanne una realtà.*

*La vita è una sfida, affrontala.*

*La vita è un dovere, compilo.*

*La vita è un gioco, giocalo.*

*La vita è preziosa, abbine cura.*

*La vita è ricchezza, conservala.*

*La vita è amore, godine.*

*La vita è un mistero, scopriilo.*

*La vita è promessa, adempila.*

*La vita è tristezza, superala.*

*La vita è un inno, cantalo.*

*La vita è una lotta, accettala.*

*La vita è un'avventura, rischiala.*

*La vita è felicità, meritatala.*

*La vita è la vita, difendila.*

Madre Teresa di Calcutta



# PARTE 1

---

## CONTESTO SOCIALE E CULTURALE

### 1.1 Opinione pubblica sull'uso di sostanze psicoattive

1.1.1 Disapprovazione dell'uso di sostanze psicoattive

1.1.2 Percezione dei rischi correlati all'uso di sostanze psicoattive



## CONTESTO SOCIALE E CULTURALE

Dallo studio IPSAD®Italia 2007-2008 emerge una fotografia degli italiani niente affatto sprovveduti rispetto ai rischi per la salute correlati ai consumi di sostanze psicoattive e con una forte opinione negativa su chi usa "droghe". La maggior parte degli intervistati disapprova l'uso di qualunque sostanza illegale (84,6%) e percepisce il rischio del farne uso (89,8%).

Dal 2001 ad oggi, le persone che hanno espresso una forte preoccupazione per i rischi correlati all'uso di sostanze e che biasimano l'uso stesso, sono aumentate in misura moderata ma costante rispetto a tutte le sostanze. L'eroina, da sempre considerata come la più rischiosa fra le droghe, è percepita come dannosa per la salute da circa il 98% degli italiani e vede incrementare le persone che ne disapprovano il consumo. L'uso di cocaina ha visto aumentare dal 90% al 95% le persone che percepiscono i rischi e dal 94% al 96% coloro che ne biasimano l'uso.

Sono le donne ad evidenziare posizioni più oppostive sia rispetto alla disapprovazione che alla percezione dei rischi. L'opinione pubblica inoltre si orienta verso posizioni sempre più protettive al crescere dell'età dei rispondenti. Un discorso diverso va fatto per quanto riguarda la popolazione scolarizzata tra i 15 e i 19 anni di età. Dallo studio ESPAD®Italia2007 emerge, infatti, una sostanziale stabilità negli anni per ciò che riguarda la percezione dei rischi e la disapprovazione dell'uso di cocaina, eroina e cannabis. In particolare, per le prime due sostanze, non si osservano differenze sostanziali nel giudizio tra le classi d'età, diverso invece il giudizio sull'uso di cannabis che viene maggiormente tollerato e considerato meno rischioso al crescere dell'età.



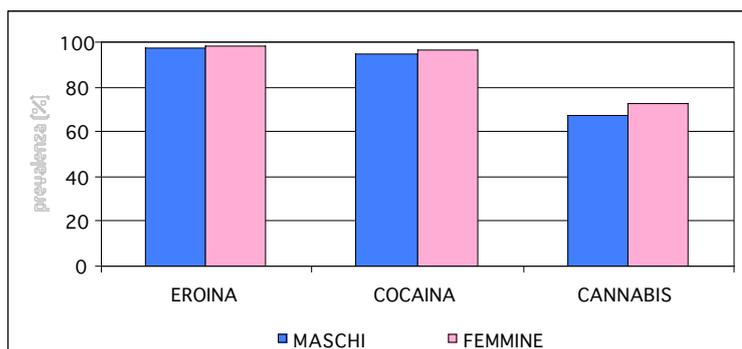
## 1.1 OPINIONE PUBBLICA SULL'USO DI SOSTANZE PSICOATTIVE

### 1.1.1 Disapprovazione dell'uso di sostanze psicoattive

La maggior parte degli Italiani fra i 15 ed i 64 anni disapprova l'uso di tutte le sostanze illegali. Dallo studio IPSAD@Italia 2007-2008<sup>1</sup> emerge infatti che l'84,6% biasima l'uso di qualsiasi sostanza: il giudizio negativo viene espresso più dalle donne che dagli uomini.

L'analisi dettagliata dell'atteggiamento<sup>2</sup> verso ciascuna sostanza evidenzia tuttavia una maggior tolleranza nei riguardi dell'uso di cannabis (71% esprime disapprovazione) rispetto al consumo delle altre droghe. Il Grafico 1.1 illustra la prevalenza della disapprovazione verso l'uso di sostanze psicoattive illegali, per entrambi i generi, articolate per uso di eroina, di cocaina e di cannabis. Non c'è differenza nel giudizio di disapprovazione fra maschi e femmine se non per ciò che riguarda l'uso di cannabis per cui la disapprovazione riferita dalle intervistate è significativamente più elevata rispetto ai maschi. La disapprovazione verso l'uso di **eroina** si attesta al 98% dei soggetti intervistati di entrambi i generi, mentre il giudizio di disapprovazione rispetto ai consumi di **cocaina** è riferito da circa il 96% degli intervistati (maschi: 94%; femmine: 97%). Per la **cannabis** è circa il 67% dei maschi ed il 73% delle femmine.

**Grafico 1.1: Disapprovazione del consumo di sostanze psicoattive illegali nella popolazione, articolata per genere.**



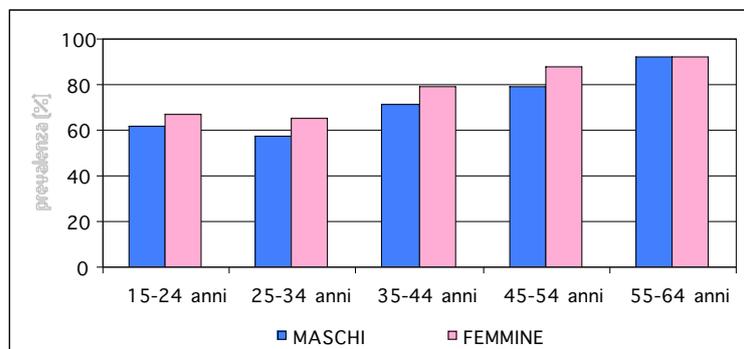
Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2007-2008

Se per quanto riguarda eroina e cocaina la condanna dell'uso viene indiscriminatamente da tutte le fasce d'età, la disapprovazione nei riguardi dell'uso di cannabis aumenta sensibilmente all'aumentare dell'età; dal 61% dei maschi e dal 67% delle femmine 15-24enni rispettivamente al 93% e 92% dei 55-64enni.

<sup>1</sup> Vedi Paragrafo 12.1 della Parte 12 "Approfondimenti Metodologici".

<sup>2</sup> Vedi Tavola 1.1 negli allegati: Parte 13.2 "Tavole di lavoro della Relazione".

**Grafico 1.2: Disapprovazione del consumo di cannabis nella popolazione, articolata per genere e classi d'età.**

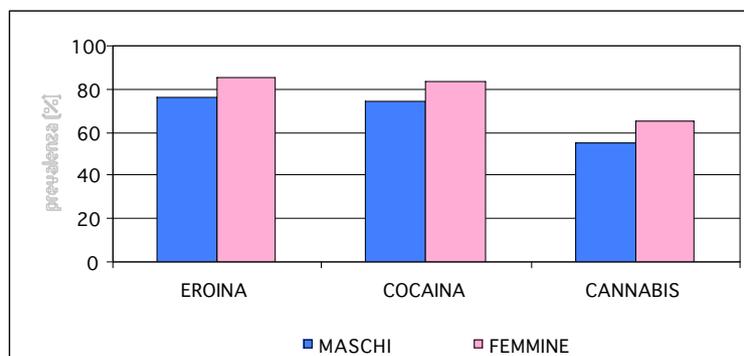


Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2007-2008

Risulta maggiore l'apertura verso le sostanze da parte degli studenti (il 70,2% disapprova l'uso delle sostanze illegali). Le studentesse che biasimano l'uso di droghe sono più numerose dei coetanei maschi. Per tutti è l'**eroina** la sostanza che fa registrare una maggiore disapprovazione col 76% dei maschi e l'85% delle femmine, a seguire la **cocaina** con rispettivamente il 74% dei ragazzi e l'84% delle ragazze. Minore la prevalenza di studenti che disapprova l'uso di **cannabis**, circa il 55% dei ragazzi ed il 66% delle ragazze.

In altri termini, quasi la metà degli studenti e circa un terzo delle studentesse non esprime disapprovazione a proposito dell'uso di cannabis; si tratta di una proporzione molto simile a quella degli studenti che dichiarano almeno un'esperienza di consumo di tale sostanza nella vita.

**Grafico 1.3: Disapprovazione del consumo di sostanze psicoattive illegali tra gli studenti, articolata per genere.**



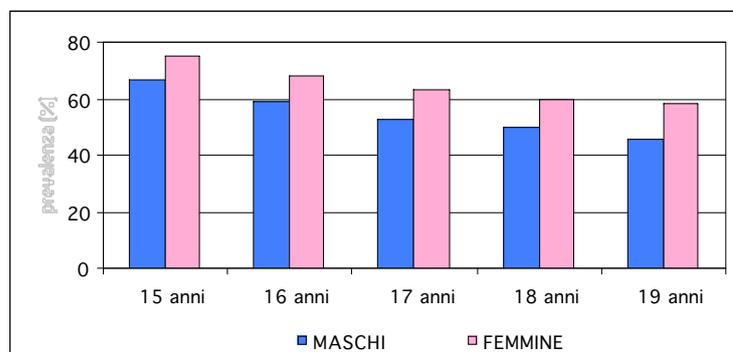
Elaborazione sui dati ESPAD@Italia2007

A differenza del trend osservato nella popolazione generale dove all'aumentare dell'età corrisponde minore tolleranza verso l'uso, osservando i giovanissimi studenti si rileva un trend opposto: la disapprovazione diminuisce all'aumentare dell'età<sup>3</sup>. Mentre tra i 15enni si attesta al 67% dei maschi ed al 75% delle femmine, tra i 19enni, è il 46% dei maschi ed il 58% delle femmine a non approvarne l'utilizzo, ciò è coerente con quanto rilevato per la percezione del rischio associata all'uso della sostanza stessa (Grafico 1.4).

Anche questo trend è molto simile a quello del variare tra i 15 e i 19 anni della prevalenza (riferita) di uso almeno una volta nella vita.

<sup>3</sup> Vedi Tavola 1.2 negli allegati: Parte 13.2 "Tavole di lavoro della Relazione".

**Grafico 1.4: Disapprovazione del consumo di cannabis tra gli studenti, articolata per genere ed età.**



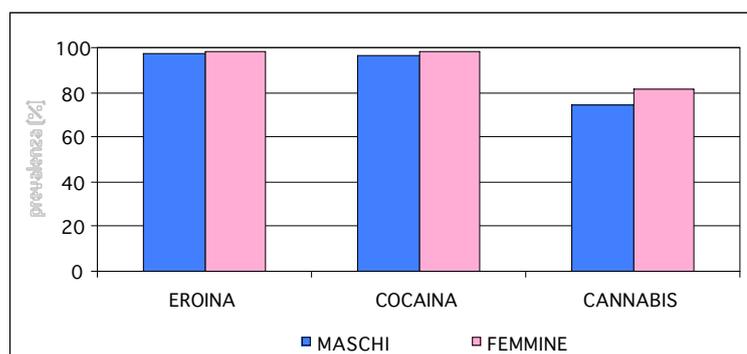
Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2007

### 1.1.2 Percezione dei rischi correlati all'uso di sostanze psicoattive

L'uso di sostanze è percepito come dannoso per la salute dal 89,8% della popolazione<sup>4</sup>. L'**eroina** è percepita da tutti come la sostanza più dannosa col 98% dei rispondenti. Al seguire la sostanza considerata più rischiosa per la propria salute (97% degli intervistati) è la **cocaina**: i timori per gli effetti del consumo di cocaina oscillano tra il 96% per i maschi ed il 98% nelle femmine. La **cannabis**, percepita come dannosa per la salute dal 75% dei maschi e dall'81% delle femmine viene considerata sostanza rischiosa da un numero sempre maggiore di persone all'aumentare dell'età (Grafico 1.5).

Per quanto riguarda la cannabis è interessante rilevare come vi sia, in entrambi i generi, almeno un 8% della popolazione che pur percependo i rischi per la salute non ne disapprova l'uso; questa discrepanza non è rilevabile per le altre sostanze psicoattive illegali.

**Grafico 1.5: Percezione del rischio in relazione all'uso di sostanze psicoattive illegali nella popolazione, articolata per genere.**

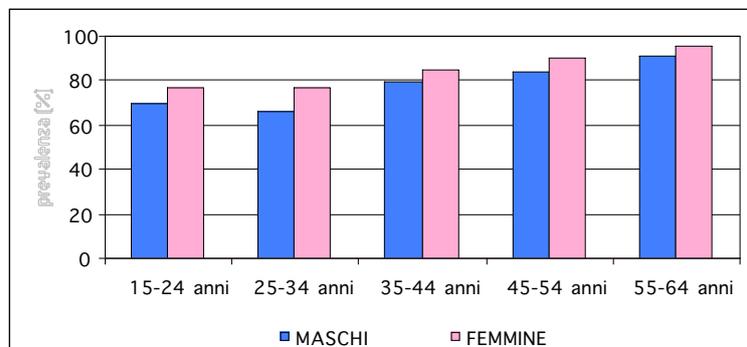


Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2007-2008

La percezione del rischio aumenta sensibilmente all'aumentare dell'età degli intervistati, passando dal 69% dei maschi e dal 77% delle femmine, con età compresa tra i 15 ed i 24 anni, rispettivamente al 91% e 96% dei 55-64enni. Tuttavia, tra i maschi si osserva una lieve diminuzione della prevalenza nella classe d'età 25-34 anni (66%) rispetto alla classe precedente, mentre rimane sostanzialmente stabile al 77% la percentuale di coetanee che percepiscono i rischi correlati all'uso di cannabis.

<sup>4</sup> Vedi Tavola 1.3 negli allegati: Parte 13.2 "Tavole di lavoro della Relazione".

**Grafico 1.6: Percezione del rischio in relazione all'uso di cannabis nella popolazione, articolata per genere e classi d'età.**



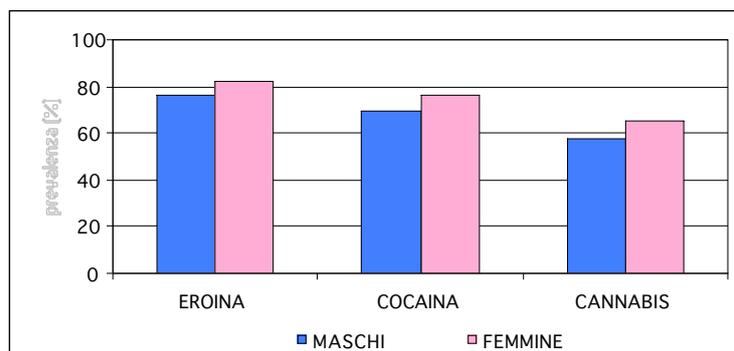
Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2007-2008

La maggioranza degli studenti percepisce il rischio di consumare sostanze illegali (74,9%)<sup>5</sup> Nel Grafico 1.7 sono riportate le prevalenze d'opinione rispetto al rischio per la salute percepito tra gli studenti partecipanti allo studio ESPAD@Italia<sup>6</sup> per entrambi i generi, articolate per rischio di fare uso di eroina, cocaina e cannabis. Sono le ragazze a riferire maggiore timore per i rischi correlati all'uso di qualunque sostanza psicoattiva.

Come per la popolazione generale, anche per gli studenti è l'**eroina** la sostanza percepita come più dannosa col 79% dei rispondenti, in particolare il 76% dei maschi e l'82% delle femmine, segue la **cocaina** col 70% dei maschi ed il 76% delle femmine. La **cannabis** viene percepita come dannosa per la salute dal 58% dei maschi e dal 65% delle femmine. Sono quindi le studentesse ad evidenziare maggiore preoccupazione per i rischi correlati all'uso di sostanze.

E' interessante come nella popolazione studentesca non sussista la differenza osservata nella popolazione generale tra disapprovazione dell'uso e percezione del rischio (in questo sottoinsieme della popolazione lo scarto è del 3% nei maschi e dell'1% nelle femmine). Sembra quindi che si possa attribuire agli studenti una maggiore coerenza.

**Grafico 1.7: Percezione del rischio in relazione all'uso di sostanze psicoattive illegali tra gli studenti, articolata per genere.**



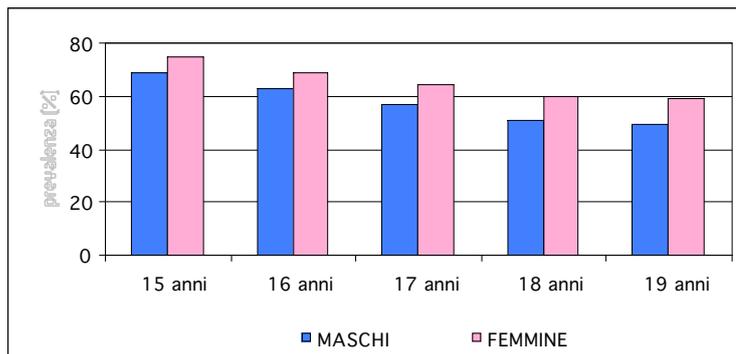
Elaborazione sui dati ESPAD@Italia2007

<sup>5</sup> Vedi Tavola 1.4 negli allegati: Parte 13.2 "Tavole di lavoro della Relazione".

<sup>6</sup> Vedi Paragrafo 12.2 della Parte 12 "Approfondimenti Metodologici".

Fra i giovanissimi anche la percezione dei rischi diminuisce all'aumentare dell'età. A differenza di quanto rilevato nella popolazione generale si osserva una distribuzione inversa nella prevalenza dei rischi associati all'uso di cannabis: tra i 15enni è il 69% dei maschi ed il 75% delle femmine ad aver timore rispetto all'uso della sostanza indagata, mentre la percezione diminuisce gradualmente all'aumentare dell'età, così a 19 anni è il 49% dei maschi ed il 59% delle femmine a percepire come rischioso l'utilizzo di cannabis.

**Grafico 1.8: Percezione del rischio in relazione all'uso di cannabis tra gli studenti, articolata per genere ed età.**



Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2007



# PARTE 2

---

## **USO DI SOSTANZE PSICOATTIVE ILLEGALI NELLA POPOLAZIONE**

### **2.1 Consumi nella popolazione generale**

- 2.1.1 Consumi di eroina
- 2.1.2 Consumi di cocaina
- 2.1.3 Consumi di cannabis
- 2.1.4 Consumi di stimolanti
- 2.1.5 Consumi di allucinogeni
- 2.1.6 Policonsumo
- 2.1.7 Fattori associati all'uso di sostanze psicoattive illegali

### **2.2 Consumi nei giovani scolarizzati**

- 2.2.1 Consumi di eroina
- 2.2.2 Consumi di cocaina
- 2.2.3 Consumi di cannabis
- 2.2.4 Consumi di stimolanti
- 2.2.5 Consumi di allucinogeni
- 2.2.6 Policonsumo
- 2.2.7 Fattori associati all'uso di sostanze psicoattive illegali



## USO DI SOSTANZE PSICOATTIVE ILLEGALI NELLA POPOLAZIONE

La diffusione dell'uso di eroina, che dal 2001 aveva presentato una costante diminuzione, sembra essersi stabilizzata negli ultimi 4 anni sia per ciò che riguarda la diffusione nella popolazione generale che per quanto riguarda gli studenti. Si stima che tra le 3 persone, ogni mille residenti, che hanno assunto eroina una o più volte nel corso del 2007, solo una ne fa uso frequente. Un po' più alta la prevalenza di utilizzatori fra gli studenti, 4 studenti ogni mille riferisce un uso frequente di eroina, altrettanti hanno usato la sostanza nei 30 giorni precedenti allo studio, ma non ne fanno uso quotidiano.

Da evidenziare che fra gli studenti i picchi di utilizzo sono tra i diciassetenni maschi e tra le sedicenni femmine, ciò permette di ipotizzare che per una quota non irrisoria della popolazione adolescenziale il consumo di eroina non rappresenti una "stazione terminale" di una carriera nel campo delle sostanze psicoattive illegali ma piuttosto una esperienza transitoria che viene abbandonata precocemente al compimento della maggiore età.

Relativamente al consumo di cocaina il 2007 non evidenzia sostanziali differenze con le rilevazioni del 2006, sembrerebbe quindi essersi esaurito il trend pluriennale di aumento degli anni precedenti per entrambi i generi e per tutte le classi di età.

Il consumo frequente di cocaina è riferito da una persona ogni mille residenti tra i 15 ed i 64 anni, a fronte di una modesta percentuale di utilizzatori frequenti si osserva tuttavia una prevalenza 7 volte superiore di coloro che pur non consumando ogni giorno hanno fatto uso della sostanza nel corso dei 30 giorni precedenti l'intervista. Così come per l'eroina anche per ciò che riguarda la cocaina si osservano nella popolazione scolarizzata prevalenze più alte, 4 studenti ogni mille fanno uso frequente e complessivamente 20 ogni mille hanno usato cocaina nel corso del mese precedente la compilazione del questionario. Sono 420 ogni mille ad averla assunta una volta o più nel corso del 2007. Anche per quanto riguarda la cocaina l'utilizzo "esplorativo" sembra essere quello di gran lunga prevalente.

Aumenta invece la diffusione dell'uso di cannabis. L'1,4% degli italiani (14 persone ogni mille), di età compresa tra i 15 ed i 64 anni consuma frequentemente cannabis. Nel complesso il 7% ne ha fatto uso una o più volte nel corso dei 30 giorni precedenti l'intervista, altrettante sono le persone che hanno assunto cannabis nel corso del 2007 ma non lo hanno fatto nei 30 giorni precedenti l'intervista. Si osservano incrementi sia per quanto riguarda il consumo "occasionale" (una o più volte negli ultimi dodici mesi), che per ciò che riguarda i consumi negli ultimi trenta giorni e l'uso quotidiano. Da segnalare che l'incremento maggiore si è osservato nei consumi femminili. Contemporaneamente ad un incremento nei consumi da parte della popolazione generale si osserva un leggero decremento per ciò che riguarda i consumi fra gli studenti (soprattutto tra i 15enni).

Stabile la diffusione dell'uso di stimolanti e allucinogeni nella popolazione generale, mentre in aumento fra gli studenti. Lo 0,7% della popolazione intervistata fra i 15 ed i 64 anni (sette persone ogni mille), riferisce l'uso di amfetamine, ecstasy, GHB ed altri stimolanti e lo 0,6% (sei persone ogni mille) l'uso di allucinogeni una o più volte nei 12 mesi precedenti l'intervista.

Maggiore anche in questo caso la quota di studenti che usa queste sostanze 4 ogni mille assumono frequentemente allucinogeni e 6 ogni mille assumono frequentemente stimolanti.

Aumenta sia tra la popolazione tra i 15 ed i 64 anni che tra gli studenti la percentuale di persone che fanno uso di più sostanze psicoattive illegali, la poliassunzione è più frequente tra coloro che usano cocaina; in particolare il 76%

degli intervistati nella popolazione generale ed quasi il 78% degli studenti assumono la cocaina in associazione con i cannabinoidi.

Sono invece tendenzialmente mono assuntori i consumatori di cannabis (89% nella popolazione generale e 85,3% fra gli studenti).

L'utilizzo di sostanze nella popolazione generale risulta associato all'aver avuto problemi "guai con la polizia o segnalazioni al Prefetto, associazione rilevabile anche nella popolazione studentesca in cui si aggiungono l'aver amici che fanno uso di droghe e/o abusano di alcolici, l'uscire quasi ogni sera, l'aver avuto rapporti sessuali non protetti e/o l'aver avuto rapporti sessuali di cui ci si è pentiti il giorno dopo.

## 2.1 CONSUMI NELLA POPOLAZIONE GENERALE

La lettura della diffusione dell'uso di sostanze psicoattive illegali, fatta tramite la classificazione dei soggetti del campione dello studio IPSAD® 2007-2008 (realizzato in accordo con le indicazioni date dall'Osservatorio Europeo), utilizza quattro categorie descrittive del consumo: consumo frequente (10 o più volte nel corso degli ultimi 30 giorni), consumo negli ultimi 30 giorni (una o più volte nel corso degli ultimi 30 giorni), negli ultimi 12 mesi (una o più volte nel corso degli ultimi 12 mesi) e consumo nella vita (una o più volte nel corso della vita)<sup>1</sup>.

Il confronto dei dati delle quattro indagini IPSAD® svolte nel periodo 2001-2008, mette in evidenza la seguente situazione:

**eroina** - sostanziale stabilità della diffusione dell'uso nella popolazione generale negli ultimi quattro anni dopo una flessione significativa negli anni precedenti. Nell'indagine IPSAD® 2007-2008, lo 0,3% della popolazione intervistata (tre persone ogni mille), riferisce l'uso di eroina nei 12 mesi prima dell'intervista. Da tenere sotto osservazione i consumi tra i maschi con età compresa tra i 15 ed i 34 anni che invece aumentano significativamente.

**cocaina** - arresto della crescita pluriennale del consumo riferito in tutte le classi di età e nei due generi. Il 2,2% della popolazione intervistata da IPSAD® 2007-2008 (22 persone ogni mille), riferisce l'uso di cocaina negli ultimi 12 mesi. Da tenere sotto osservazione l'associazione tra questo cambiamento di tendenza dei consumi ed i fattori correlati.

**cannabis** - crescita del consumo riferito. Nell'indagine IPSAD® 2007-2008, il 14% della popolazione intervistata (centoquaranta persone ogni mille), riferisce di aver usato, una o più volte, cannabis negli ultimi 12 mesi prima dell'intervista. Da segnalare che nella classe d'età 25-34 anni, le donne e gli uomini che hanno riferito il consumo sono rispettivamente il 40% ed il 50% in più rispetto al 2005-2006. Anche nella classe d'età successiva, 35-44 anni, i consumi delle donne sono aumentati del 70% rispetto agli anni precedenti e nel collettivo maschile si è evidenziato un 20% in più di consumatori.

**Stimolanti e allucinogeni** - stabile la diffusione dell'uso nella popolazione generale rispetto agli anni precedenti. Nell'indagine IPSAD® 2007-2008, lo 0,7% della popolazione intervistata (sette persone ogni mille), riferisce l'uso di amfetamine, ecstasy, GHB ed altri stimolanti e lo 0,6% (sei persone ogni mille) l'uso di allucinogeni negli ultimi 12 mesi prima dell'intervista.

**Poliassuntori** - continua ad aumentare il numero di soggetti che fa contemporaneamente uso di più sostanze illegali, con l'indicazione che ad adottare tale comportamento sono essenzialmente i soggetti che fanno uso di cocaina. Nell'indagine IPSAD® 2007-2008, il 76% della popolazione intervistata che riferisce l'uso di cocaina, riferisce anche l'uso di altre sostanze illegali nei 12 mesi precedenti all'intervista.

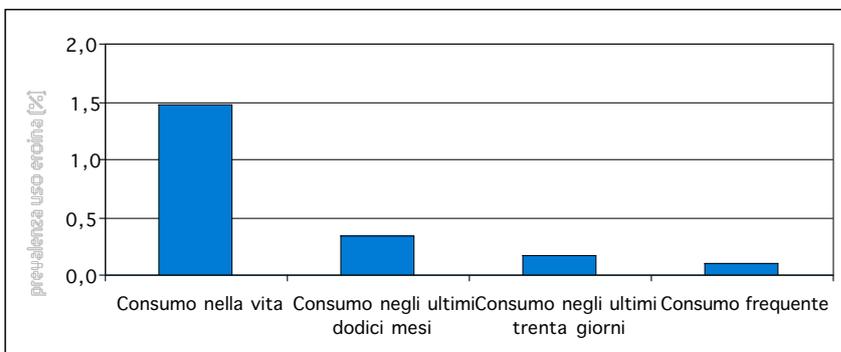
### 2.1.1 Consumi di eroina

Il consumo frequente di eroina (dieci o più volte negli ultimi trenta giorni) è imputabile allo 0,1% della popolazione fra i 15 ed i 64 anni (un soggetto ogni mille residenti), altrettanti sono coloro che pur facendo uso regolare (almeno una volta negli ultimi trenta giorni) non consumano la sostanza frequentemente (il dato dell'uso una o più volte negli ultimi 30 giorni contiene l'uso frequente:0,2%). Si evidenzia poi una parte di persone che hanno consumato eroina poche volte nel corso dell'anno (il dato dell'uso una o più volte negli ultimi 12 mesi contiene l'uso degli ultimi 30 giorni: 0,3%) e una maggioranza di "sperimentatori" che l'hanno utilizzata nella vita una o più volte senza continuarne poi l'uso (1,2%, dodici soggetti ogni mille residenti).

<sup>1</sup> i dati riportati nel presente elaborato fanno riferimento esclusivamente alla prima fase dell'indagine IPSAD® relativa all'anno 2007, vedi Paragrafo 12.1 della Parte 12 "Approfondimenti Metodologici".

In Italia quindi l'1,5% della popolazione ha avuto contatto con l'eroina almeno una volta nella vita. Il 25% di chi ha provato la sostanza lo ha fatto a 17 anni o meno, circa il 50% lo ha fatto fra i 18 ed i 20 anni mentre il resto lo ha fatto da 21 anni in poi.

**Grafico 2.1: Uso di eroina nella popolazione generale (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni, consumo frequente).**



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2007-2008

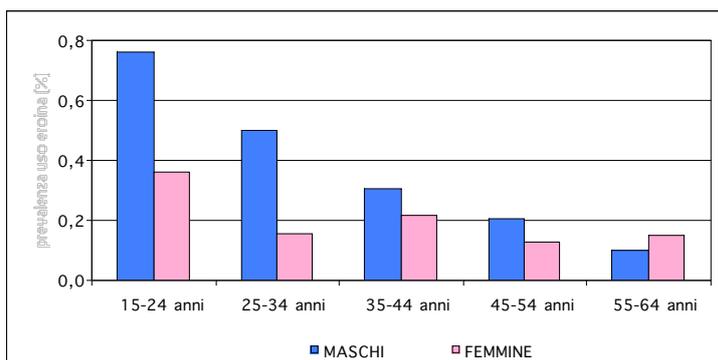
### I consumatori di eroina

Nel Grafico 2.2 si osserva la distribuzione per fascia di età e sesso di coloro che hanno riferito l'uso di eroina una o più volte negli ultimi dodici mesi. Le prevalenze maschili sono, per ogni età ad eccezione della fascia 55-64 anni, superiori alle femminili, con un rapporto uomo/donna complessivo di 2 (due utilizzatori maschi ogni femmina).

Confrontando questo dato con la proporzione di genere tra i soggetti trattati sia in contesti ambulatoriali che residenziali (5 a 1 circa a favore dei maschi) è possibile ipotizzare che le donne accedano in misura nettamente inferiore ai maschi al sistema dei trattamenti.

Sono i giovani fra i 15 e i 24 anni a far rilevare prevalenze più alte nell'uso negli ultimi dodici mesi (maschi:0,8%; femmine:0,4%); più di 3 volte la frequenza riferita dalla popolazione generale.

**Grafico 2.2: Uso di eroina nella popolazione generale (una o più volte negli ultimi 12 mesi).**



### Distribuzione per genere e classi d'età.

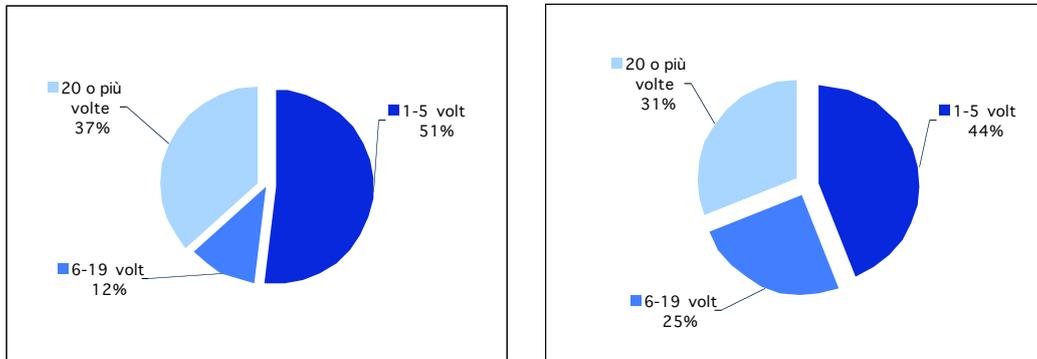
Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2007-2008

Tra coloro che hanno utilizzato almeno una volta eroina nel corso del 2007 (0,33% della popolazione) la modalità di utilizzo prevalente è quella sporadica infatti il 49% riferisce di averla assunta da una a 5 volte, il 34% 20 o più volte e il 17% da 6 a 19 volte. Il 37% dei consumatori ed il 31% delle consumatrici ha usato la sostanza 20 o più volte, l'11% dei maschi ed il 25% delle femmine tra le 6 e le 19 volte. Le restanti quote indicano la parte di consumatori che ha contatti

sporadici con la sostanza: il 52% dei maschi ed il 44% delle femmine ha consumato meno di 5 volte in un anno.

**Grafico 2.3: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di eroina nella popolazione generale (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).**

a) grafico a sinistra: maschi;  
b) grafico a destra: femmine.



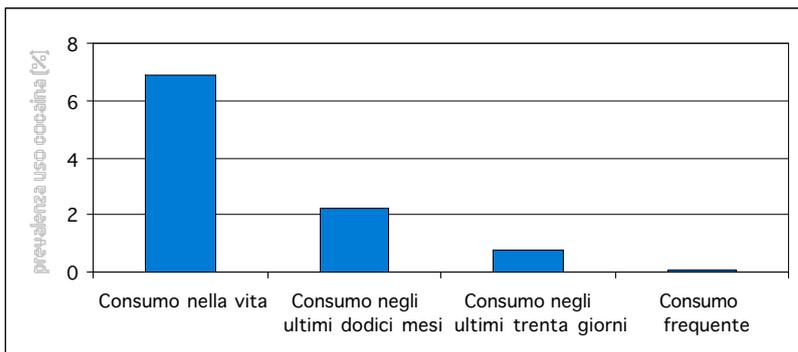
Elaborazione sui dati IPSAD-Italia©2007-2008

La proporzione tra uso negli ultimi 12 mesi, uso regolare ed uso frequente sembrerebbe indicare che meno di un terzo di coloro che hanno avuto un approccio nel passato recente (durante l'ultimo anno) con l'eroina ne fanno un uso frequente (e verosimilmente dipendente); ciò può essere attribuito sia ad un effetto del sistema trattamentale come a pattern di uso "controllato" e/o a fenomeni di remissione spontanea. Poco più della metà di coloro che hanno consumato eroina nell'ultimo mese dichiarano anche di farne un uso regolare. Questi pattern di "uso controllato" sembrano più frequenti nel genere maschile.

### 2.1.2 Consumi di cocaina

Il consumo frequente di cocaina è riferito dallo 0,1% della popolazione fra i 15 ed i 64 anni (un soggetto ogni mille residenti). A fronte di una modesta percentuale di utilizzatori frequenti, si osserva una prevalenza 7 volte superiore di coloro che, pur non consumando ogni giorno, hanno fatto uso della sostanza nei 30 giorni precedenti l'intervista. Esiste poi una parte di persone, poco meno del doppio dei consumatori negli ultimi 30 giorni (0,8%), che ha consumato cocaina nell'ultimo anno, ma non nell'ultimo mese; si registra infatti una prevalenza d'uso una o più volte negli ultimi 12 mesi del 2,2%. Infine il 6,9% degli italiani ha riferito di aver fatto uso nella propria vita almeno una volta di cocaina. Il 25% dei "consumatori" l'ha utilizzata per la prima volta a 18 anni o meno, mentre il 30% lo ha fatto fra i 18 ed i 21 anni, tutti gli altri ne hanno fatto il primo uso più tardi.

**Grafico 2.4: Uso di cocaina nella popolazione generale (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni, consumo frequente).**



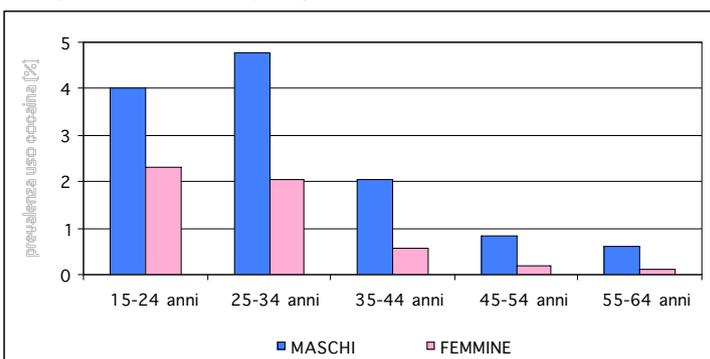
Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2007-2008

### I consumatori di cocaina

Analizzando nel dettaglio le caratteristiche di coloro che hanno riferito di aver fatto uso di cocaina una o più volte nel corso dei dodici mesi antecedenti la compilazione del questionario (2,2% dei rispondenti), si osserva che sono i soggetti di sesso maschile e di età compresa tra i 25 ed i 34 anni quelli che in maggior percentuale (4,8%) hanno usato cocaina una o più volte nell'anno (Grafico 2.5). Il valore del rapporto tra le prevalenze maschili e quelle femminili risulta complessivamente, come per l'eroina, pari a 2. Tuttavia, mentre i consumi per i maschi hanno un picco tra i 25-34enni per poi diminuire fino allo 0,6% della classe d'età maggiore, per le femmine diminuiscono all'aumentare dell'età, passando dal 2,3% delle 15-24enni a meno dello 0,1% delle 55-64enni.

Le differenze di genere hanno quindi, con il variare dell'età, un andamento opposto a quelle associate al consumo di eroina. Nel consumo di cocaina al crescere dell'età aumentano le differenze (nel genere femminile sembra di trovarsi di fronte, per ora, ad un fenomeno giovanile), in quello di eroina diminuiscono progressivamente col crescere dell'età.

**Grafico 2.5: Uso di cocaina nella popolazione generale (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.**

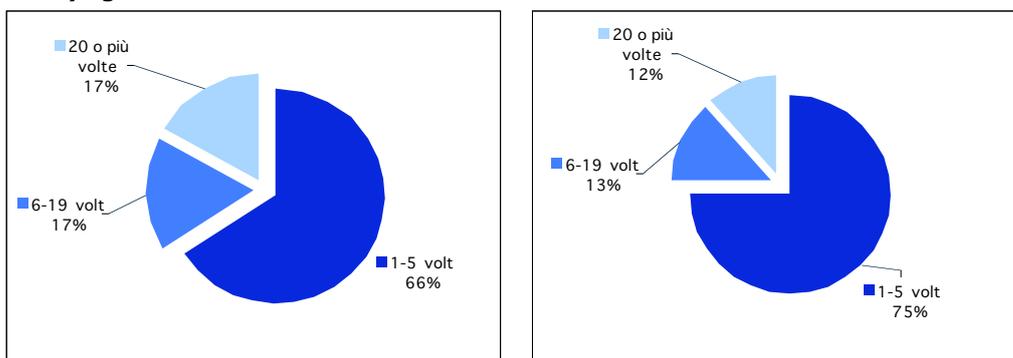


Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2007-2008

La modalità di assunzione più frequente è da una a cinque volte (69% dei consumatori), esiste poi un 15% che assume cocaina almeno 20 volte. Il 66% dei consumatori ed il 75% delle consumatrici ha, nell'ultimo anno, utilizzato sporadicamente cocaina (in un numero di volte compreso tra 1 e 5). Un utilizzo più frequente (20 o più volte) è invece relativo al 17% dei maschi e al 11,5% delle femmine.

**Grafico 2.6: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di cocaina nella popolazione generale (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).**

a) grafico a sinistra: maschi;  
b) grafico a destra: femmine.



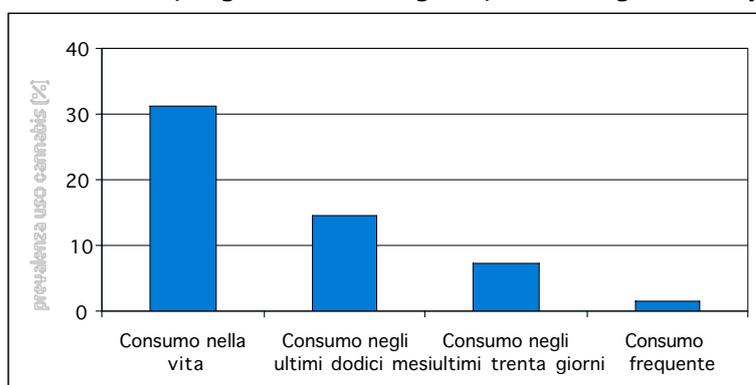
Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2007-2008

Anche nei consumi di cocaina sembrano essere molto rilevanti, ancor più che in quelli di eroina, modelli di consumo caratterizzati da "autocontrollo", per l'eroina tali pattern sembrano riguardare prevalentemente il genere femminile.

### 2.1.3 Consumi di cannabis

L'1,4% degli italiani di età compresa tra i 15 ed i 64 anni (14 soggetti ogni mille residenti) consuma frequentemente la cannabis. L'uso negli ultimi 30 giorni è attribuibile al 7% della popolazione, altrettante sono le persone che di cannabis hanno fatto uso nel corso del 2007, ma non nel mese precedente l'intervista, per un totale del 14% di intervistati che hanno detto di aver assunto cannabis una o più volte nel corso del 2007. Esiste poi una maggioranza di "sperimentatori" e di ex consumatori che hanno fatto uso della sostanza nel corso della vita, ma non lo hanno fatto nell'anno precedente alla compilazione del questionario (il 16%), che sommati a chi invece ha continuato a consumare cannabis, fanno registrare una prevalenza d'uso una o più volte nella vita del 31%. Ovvero oltre un terzo della popolazione fra i 15 ed i 64 anni ha fatto uso di cannabis una o più volte nel corso della propria vita. Il 20% di chi ha provato la cannabis lo ha fatto a 15 anni o meno, il 50% lo ha fatto fra i 16 ed i 20 anni, ed il restante 30% lo ha fatto dopo i 20 anni.

**Grafico 2.7: Uso di cannabis nella popolazione generale (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni, consumo giornaliero).**

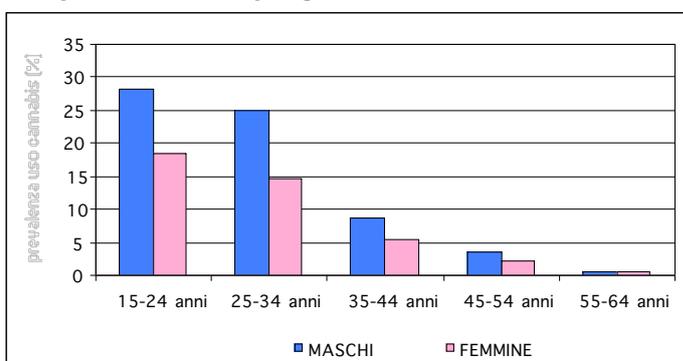


Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2007-2008

### I consumatori di cannabis

L'uso di cannabis risulta più frequente tra i 15 ed i 24 anni, fascia d'età in cui il 28,2% della popolazione maschile ed il 18,5% di quella femminile ne riporta l'utilizzo negli ultimi dodici mesi. Dal Grafico 2.8 si può osservare che il consumo diminuisce progressivamente all'aumentare dell'età. Questa diminuzione nelle prevalenze d'uso è particolarmente evidente nel passaggio dalla fascia d'età 25-34 anni a quella successiva: i maschi passano dalla prevalenza d'uso del 24,9% a quella dell'8,8% e le femmine dal 14,7% al 5,3%. La discontinuità della curva, a fronte di quelle riferite ai consumi di eroina (progressiva ed armonica diminuzione a partire dalla fascia 15-24 anni) e di cocaina (crescita tra le fasce 15-24 e 25-34 e poi progressiva decrescita) sembra permettere di attribuire, per i consumi di cannabis, un peso eziologico superiore a fattori connessi con il ciclo di vita rispetto a quelli meramente biologici.

**Grafico 2.8: Uso di cannabis nella popolazione generale (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.**

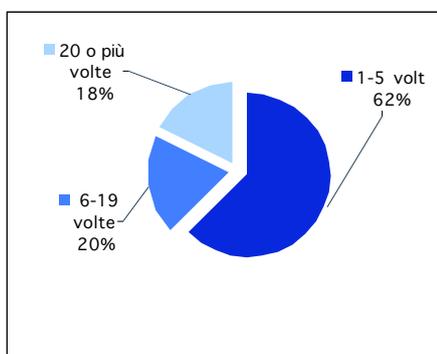
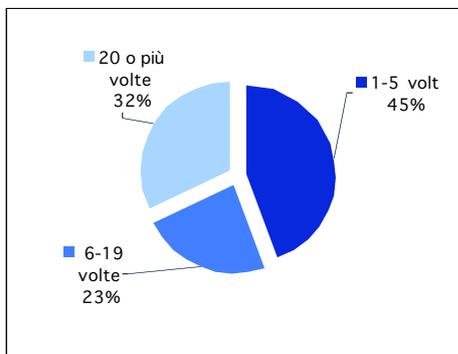


Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2007-2008

Il 14,6% degli italiani ha utilizzato cannabis almeno una volta negli ultimi dodici mesi (Grafico 2.7). La maggior parte sia dei maschi che delle femmine, rispettivamente il 44,5% dei maschi ed il 62% delle femmine, ha consumato la sostanza in almeno 5 occasioni. Il 32,3% dei maschi ed il 17,6% delle femmine usano la sostanza 20 o più volte, mentre rispettivamente il 23,3% ed il 20% tra le 6 e le 19 volte. L'uso sporadico sembra essere nettamente più frequente nel genere femminile.

**Grafico 2.9: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di cannabis nella popolazione generale (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).**

- a) grafico a sinistra: maschi;
- b) grafico a destra: femmine.

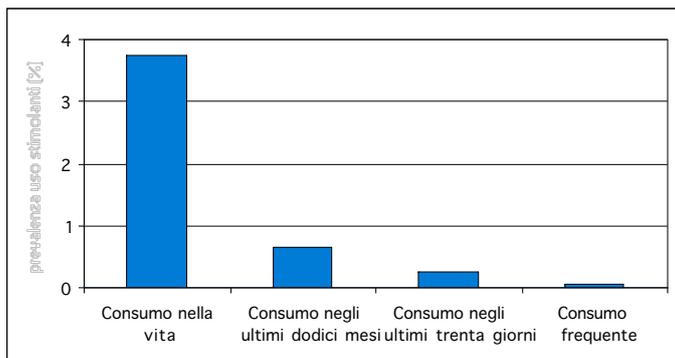


Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2007-2008

### 2.1.4 Consumi di stimolanti

Amfetamine, ecstasy, GHB ed altri stimolanti sono stati utilizzati dalla popolazione, almeno una volta nella vita, nel 3,7% dei casi. Lo 0,67% del campione ha avuto contatto con queste sostanze negli ultimi dodici mesi e lo 0,25% negli ultimi trenta giorni. Il consumo frequente riguarda una frazione molto piccola: lo 0,05% degli intervistati.

**Grafico 2.10: Uso di stimolanti nella popolazione generale (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni, consumo frequente).**



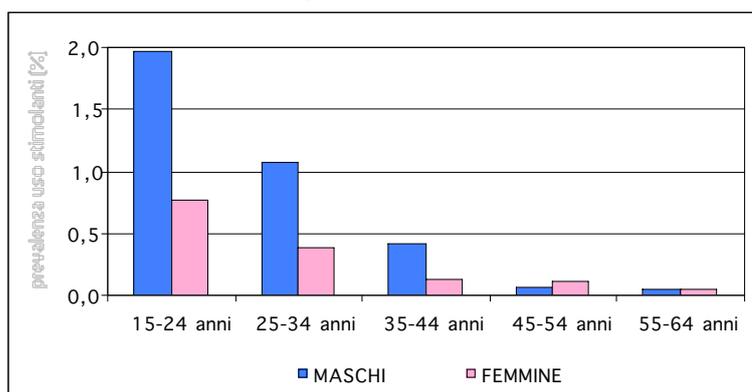
Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2007-2008

### I consumatori di stimolanti

La fascia di età in cui le persone maggiormente utilizzano stimolanti è quella compresa tra i 15 ed i 24 anni, l'1,96% dei ragazzi e lo 0,77% delle ragazze ne riferisce l'uso.

Il rapporto tra la prevalenza d'uso maschile e femminile (m/f) passa da 2,5 nei 15-24enni a 3 nei 35-44enni. Nella successiva fascia d'età (45-54 anni), invece, i consumi femminili sembrano superare quelli maschili (m/f=0,5) (forse ciò è attribuibile ad un utilizzo "autoterapico" antidepressivo dal momento che tale fascia d'età è anche quella in cui è maggiore la differenza di genere, a favore delle femmine, della prevalenza della depressione) ed in quella maggiore il consumo risulta sostanzialmente uguale tra i generi.

**Grafico 2.11: Uso di stimolanti nella popolazione generale (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.**

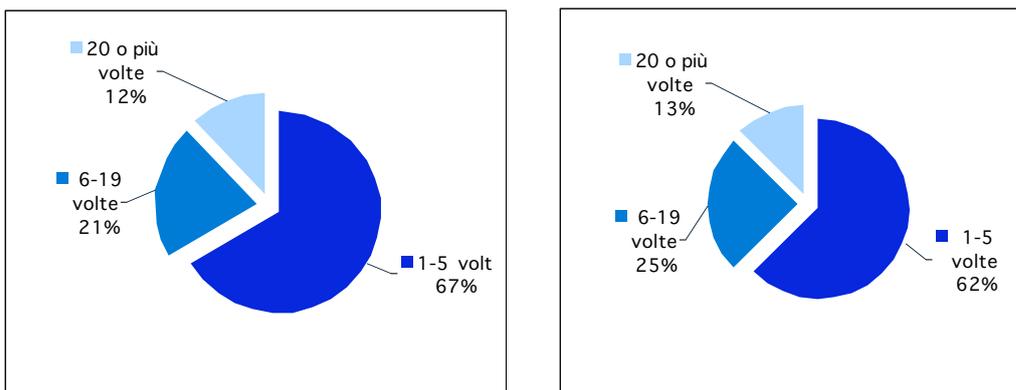


Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2007-2008

I soggetti che riferiscono di aver fatto uso di stimolanti negli ultimi dodici mesi dall'intervista (0,7% del campione), ha avuto, per il 67% dei maschi ed il 63% delle femmine, un contatto occasionale con le sostanze indagate. Il 21% dei maschi ed il 25% delle femmine hanno consumato stimolanti rispettivamente tra le 6 e le 19 volte, contro il 12% di ambo i generi che ne ha fatto un uso più frequente (20 o più volte).

**Grafico 2.12: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di stimolanti nella popolazione generale (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).**

- a) grafico a sinistra: maschi;  
b) grafico a destra: femmine.

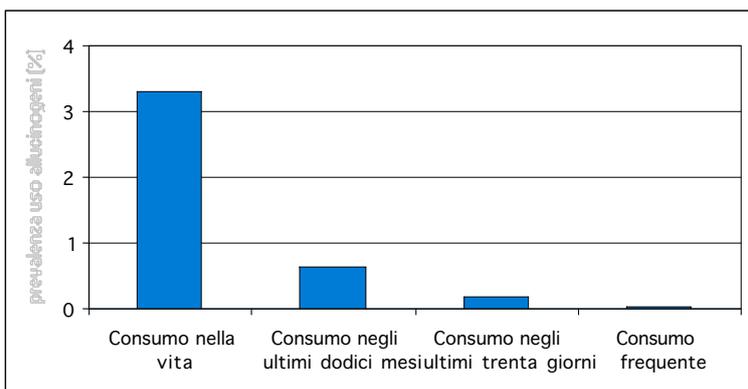


Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2007-2008

### 2.1.5 Consumi di allucinogeni

Il consumo, almeno una volta nella vita, di allucinogeni è riportato dal 3,3% della popolazione. Lo 0,6% della popolazione ne riferisce l'uso negli ultimi dodici mesi e lo 0,2% negli ultimi trenta giorni. Molto bassa la prevalenza di persone che riferiscono un utilizzo pressoché quotidiano della sostanza (0,02%).

**Grafico 2.13: Uso di allucinogeni nella popolazione generale (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni, consumo frequente).**



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2007-2008

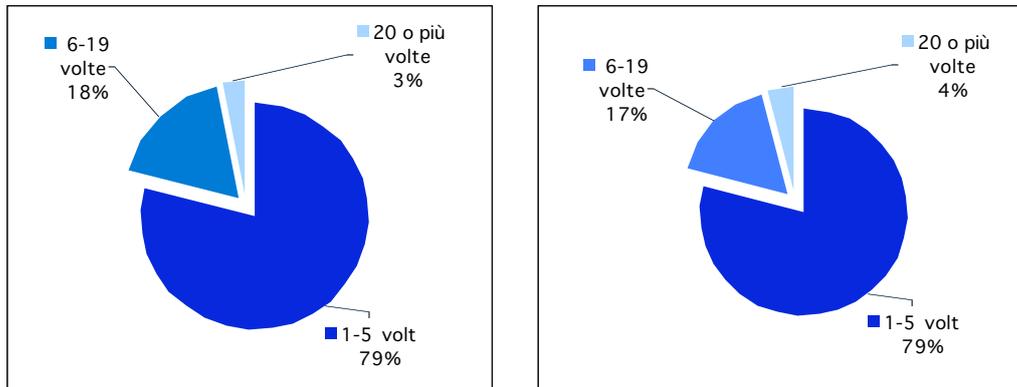
Gli uomini che nel corso del 2007 hanno avuto uno o più contatti con gli allucinogeni sono più del doppio delle donne (0,9% maschi e 0,4% femmine).

Il consumo di allucinogeni, in modo congruo con il fatto che non determina pattern di utilizzo dipendente, è quello, tra i consumi psicoattivi illegali, nel quale è più frequente il pattern di utilizzo sporadico/occasionale.

Non si evidenziano differenze significative tra i generi nella frequenza di utilizzo delle sostanze negli ultimi dodici mesi. Il 79% dei consumatori riferisce una frequenza di consumo al massimo di 5 volte, circa il 18% da 6 a 19 volte ed il 3% 20 o più volte.

**Grafico 2.14: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di allucinogeni nella popolazione generale (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).**

- a) grafico a sinistra: maschi;  
 b) grafico a destra: femmine.



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2007-2008

### Confronto tra pattern di utilizzo

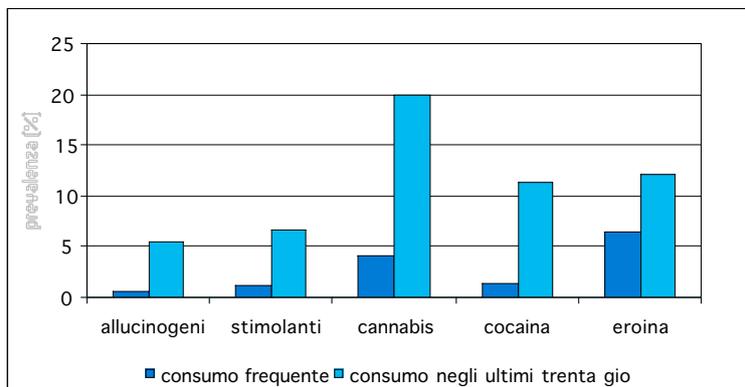
Tra coloro che hanno sperimentato l'uso di eroina nella vita (quindici soggetti ogni mille residenti), il 6,4% (ovvero circa un soggetto), ne riferisce un uso frequente ed il 12,1% (ovvero due soggetti), riferisce di averla utilizzata negli ultimi trenta giorni. In coloro che hanno provato cocaina almeno una volta nella vita (circa settanta soggetti ogni mille residenti), una quota pari all'1,3% (ovvero un soggetto) ne fa un uso frequente e l'11,3% (ovvero otto soggetti) ne ha fatto uso negli ultimi trenta giorni. Per gli sperimentatori di cannabis (trecentosessanta soggetti ogni mille residenti) invece, il 4% (ovvero 14 soggetti), ne fa un uso quotidiano mentre il 19,8% (ovvero 71 soggetti), ne ha consumato negli ultimi trenta giorni.

Nel Grafico 2.15 sono illustrate, per ogni sostanza considerata, la prevalenza d'uso frequente e la prevalenza relativa agli ultimi trenta giorni di coloro che, delle varie droghe, hanno riferito l'uso una o più volte nella vita.

Tale analisi permette di individuare la proporzione di soggetti che nell'ultimo mese prima dell'intervista, mantiene un uso frequente delle sostanze e che risulta diversa per ogni sostanza psicoattiva illegale. Il rapporto tra uso frequente ed uso nell'ultimo mese, negli esposti, può essere utilizzato come indicatore di "continuità d'uso" dalla sostanza.

Nel Grafico 2.15 si evidenzia che l'eroina ha il rapporto più elevato tra consumo frequente o quotidiano e consumo negli ultimi trenta giorni (il 53% dei soggetti che consumano nell'ultimo mese eroina ne fa un uso frequente o quotidiano) e gli allucinogeni il più basso (9%). In una situazione più spostata verso il basso, rispetto all'eroina, si trovano gli stimolanti (26%), la cannabis (20%) e la cocaina (13%).

**Grafico 2.15. Distribuzione percentuale di consumo di sostanze psicoattive illegali negli ultimi trenta giorni e consumo frequente o quotidiano nella popolazione generale tra i soggetti che hanno usato la sostanza una o più volte nella vita.**



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2007-2008

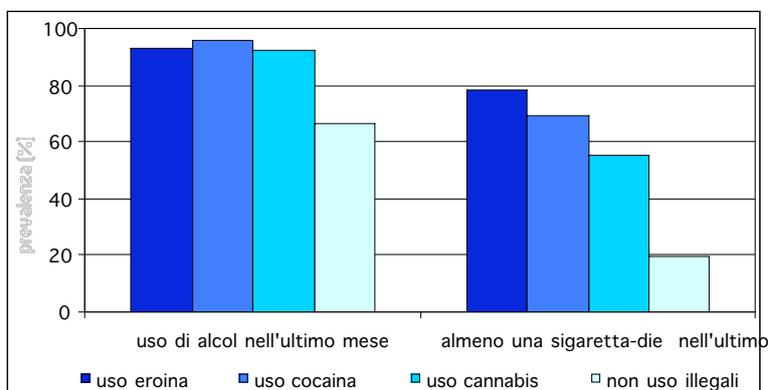
### 2.1.6 Policonsumo

Il consumo contemporaneo di più sostanze, completa l'analisi dei consumi di sostanze psicoattive illegali da parte della popolazione generale.

Il Grafico 2.16 rappresenta la distribuzione di frequenza dei consumatori di sostanze legali tra i consumatori di eroina, cocaina, cannabis. Possiamo attribuire l'uso di alcol nell'ultimo mese al 93% dei soggetti che hanno consumato eroina nell'ultimo anno, al 95,6% dei consumatori di cocaina e al 92,4% dei consumatori di cannabis. Il 78,6% dei consumatori di eroina consuma sigarette quotidianamente così come il 69% dei consumatori di cocaina ed il 55% degli utilizzatori di cannabinoidi.

Confrontando tali dati, con quelli dei soggetti che non fanno uso di sostanze illegali, si osserva che, i consumatori di sostanze psicoattive illegali hanno un rischio una volta e mezza più elevato di essere anche consumatori di alcol. La stessa considerazione si può fare per il rapporto tra consumo di tabacco e consumi di sostanze psicoattive illegali. Coloro che hanno consumato sostanze illegali nell'ultimo anno fumano sigarette quotidianamente tre volte di più della popolazione che non consuma sostanze illegali.

**Grafico 2.16: Distribuzione percentuale di consumatori di sostanze psicoattive legali nella popolazione generale fra i soggetti che hanno fatto uso di eroina e/o cocaina e/o cannabis negli ultimi 12 mesi.**



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2007-2008

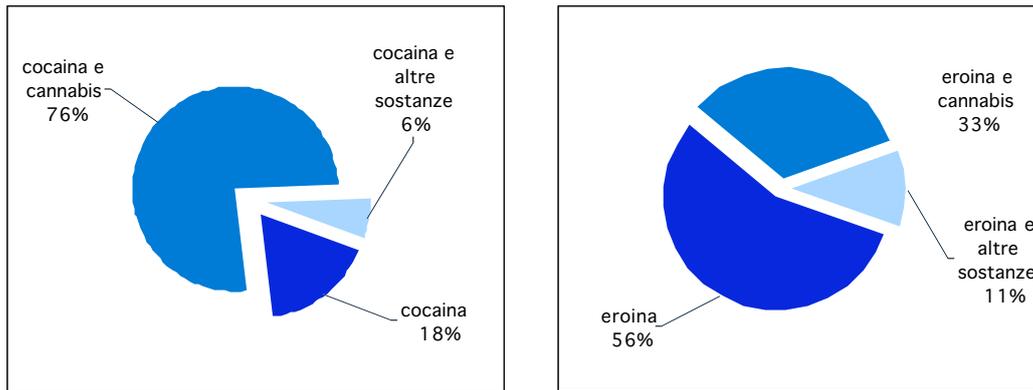
Per la lettura delle caratteristiche d'uso è molto interessante andare a vedere i consumi contemporanei di sostanze illegali. I dati suggeriscono che sono gli utilizzatori di cocaina quelli che maggiormente sembrano avere propensione al policonsumo di sostanze psicoattive illegali.

Tra i soggetti che, negli ultimi 12 mesi, hanno fatto uso di cocaina (22 soggetti ogni mille residenti), il 76% ha utilizzato cocaina e cannabis (16 soggetti), il 6% cocaina ed altre sostanze (2 soggetti) e solo il 18% (4 soggetti), si è limitato alla cocaina (Grafico 2.17a).

I consumatori di eroina negli ultimi 12 mesi precedenti l'intervista (tre soggetti ogni mille residenti), sembrano essere nettamente più "fedeli". Il 55% usa solo tale sostanza, il 33% fa uso anche di cannabinoidi e l'11% fa uso di eroina e altre sostanze (Grafico 2.17b).

**Grafico 2.17: Distribuzione percentuale di poli-consumatori di sostanze psicoattive illegali nella popolazione generale fra i soggetti che hanno fatto uso negli ultimi 12 mesi:**

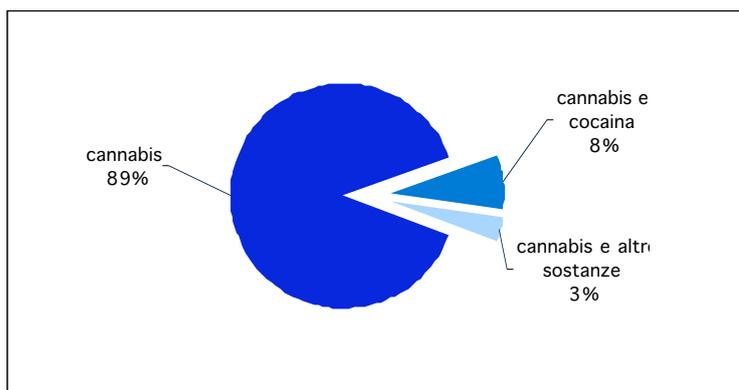
- a) grafico a sinistra distribuzione tra i consumatori di cocaina;**  
**b) grafico a destra distribuzione tra i consumatori di eroina.**



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia©2007-2008

Tra i soggetti che hanno utilizzato cannabinoidi negli ultimi 12 mesi (centoquaranta soggetti per mille residenti), la proporzione di "monoconsumatori" è molto elevata. L'89% usa solo la cannabis (ovvero 125 soggetti), l'8% la stessa sostanza assieme alla cocaina (ovvero 11 soggetti), e il 3% consuma cannabis in associazione con altre sostanze (ovvero 4 soggetti).

**Grafico 2.18: Distribuzione percentuale di poli-consumatori di sostanze psicoattive illegali nella popolazione generale fra i soggetti che hanno fatto uso di cannabis negli ultimi 12 mesi.**



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia©2007-2008

### 2.1.7 Fattori associati all'uso di sostanze psicoattive illegali

Insieme alle domande sui consumi di sostanze psicoattive legali ed illegali, il questionario IPSAD@Italia 2007-2008 presenta alcuni quesiti che riguardano aspetti della vita della popolazione intervistata. Esistono infatti caratteristiche individuali che risultano associate "positivamente" o "negativamente" al consumo di sostanze psicoattive<sup>2</sup>, laddove positivo e negativo non hanno significato necessariamente valoriale ma di frequenza osservata dell'associazione. Nella lettura di tali dati occorre prestare attenzione in quanto non si tratta né di fattori eziologici né di conseguenze bensì di **concomitanze**, nelle quali la natura del rapporto con il comportamento in osservazione è verosimilmente costituita da una complessa miscela di cause ed effetti che va ulteriormente approfondita con altre indagini.

Nello studio sono state indagate le associazioni fra caratteristiche e comportamenti d'uso. L'indicatore di confronto scelto è dato dal rapporto tra la probabilità di essere consumatore di sostanze illegali nei soggetti che presentano la caratteristica in esame e la probabilità di essere consumatore nei soggetti che non presentano la caratteristica in esame (OR=ODDS-RATIO). La significatività di tale confronto è espressa dal valore "p" quando è minore o uguale a 0,05.

Rispetto al consumo di eroina, cocaina, cannabis, stimolanti e allucinogeni negli ultimi dodici mesi, il fattore più frequentemente associato, risulta l'aver avuto "guai" con la polizia e/o segnalazioni al Prefetto. La probabilità di fare uso di eroina è circa trentatre volte più elevata in tali soggetti rispetto ai soggetti che non hanno mai avuto queste esperienze (OR 33,4;  $p < 0,05$ ). La probabilità di fare uso di cocaina, nello stesso confronto, è circa nove volte più elevata (OR 9,2;  $p < 0,05$ ), la probabilità di fare uso di cannabis è circa quattro volte più elevata (OR 3,7;  $p < 0,05$ ), la probabilità di fare uso di stimolanti circa undici volte (OR 11,3;  $p < 0,05$ ) e la probabilità di fare uso di allucinogeni circa cinque volte (OR 4,7;  $p < 0,05$ ). Da evidenziare che tali dati, sono condizionati dal "regime normativo" e quindi non possono essere interpretati come osservazioni "naturalistiche".

L'uso di eroina e di cocaina è più frequentemente presente nei soggetti che riferiscono di essere stati coinvolti in risse. La probabilità di riferire l'uso di eroina è quasi cinque volte maggiore nei soggetti coinvolti in risse, rispetto a quanto mostrato dai soggetti non coinvolti (OR 4,5;  $p < 0,05$ ). La medesima evidenza risulta per la cocaina (OR 5,2;  $p < 0,05$ ). Coloro che riferiscono di essere *divorziato/separato/vedovo* hanno una probabilità di riferire l'uso di eroina sei volte maggiore rispetto a coloro che non appartengono a tale categoria (OR 6,1;  $p < 0,05$ ) e di circa tre volte maggiore per la cocaina (OR 2,6;  $p < 0,05$ ).

In particolare l'uso di **eroina** è associato all'aver avuto una *diminuzione nel rendimento sul lavoro o a scuola* (OR 4,4;  $p < 0,05$ ) e quello di **cocaina** all'aver avuto *esperienze sessuali di cui ci si è pentiti il giorno dopo* (OR 4,7;  $p < 0,05$ ) o all'aver avuto *rapporti sessuali non protetti* (OR 2,5;  $p < 0,05$  per l'eroina; OR 3,7;  $p < 0,05$  per la cocaina).

A seguire, per quanto riguarda il consumo di **cannabis**, **stimolanti** e **allucinogeni**, l'aver avuto *esperienze sessuali di cui ci si è pentiti il giorno dopo* (OR 3,5;  $p < 0,05$  per la cannabis; OR 3,9;  $p < 0,05$  per gli stimolanti; OR 6,6;  $p < 0,05$  per gli allucinogeni) e l'aver avuto *rapporti sessuali non protetti* (OR 3,2;  $p < 0,05$  per la cannabis; OR 4,6;  $p < 0,05$  per gli stimolanti; OR 5,0;  $p < 0,05$  per gli allucinogeni) sono i fattori maggiormente associati all'uso di tali sostanze così come l'esser stato coinvolto in *risse* (OR 1,8;  $p < 0,05$  per la cannabis; OR 7,3;  $p < 0,05$  per gli stimolanti; OR 5,9;  $p < 0,05$  per gli allucinogeni).

Tra le caratteristiche meno associate all'uso delle sostanze illegali si evidenziano il "Non essersi ubriacato nell'ultimo mese" (OR 0,05;  $p < 0,05$  per l'eroina; OR 0,07;  $p < 0,05$  per cocaina; OR 0,1;  $p < 0,05$  per cannabis; OR 0,06;  $p < 0,05$  per gli

<sup>2</sup> Vedi Tavola 2.1 negli Allegati: Parte 13.2 "Tavole di lavoro della Relazione".

stimolanti; OR 0,07;  $p < 0,05$  per gli allucinogeni). Come anche il *non essere fumatori abituali* (OR 0,07;  $p < 0,05$  per l'eroina; OR 0,13;  $p < 0,05$  per cocaina; OR 0,14;  $p < 0,05$  per cannabis; OR 0,13;  $p < 0,05$  per gli stimolanti; OR 0,10;  $p < 0,05$  per gli allucinogeni). *Avere un'alta percezione dei rischi di far uso di droghe e disapprovare l'uso delle stesse* sono le altre caratteristiche associate al non uso delle sostanze.

## 2.2 CONSUMI NEI GIOVANI SCOLARIZZATI

La diffusione ed il consumo delle sostanze psicoattive illegali fra gli studenti è indagata attraverso lo studio nazionale ESPAD®Italia, realizzato annualmente dal 1999, in accordo con le indicazioni date dall'Osservatorio Europeo<sup>3</sup>. La lettura della diffusione dell'uso di sostanze psicoattive illegali, nella popolazione giovanile scolarizzata, fatta tramite il confronto, negli anni di rilevamento, dei dati delle indagini ESPAD®Italia svolte nel periodo 1999-2007, mette in evidenza la seguente situazione:

**eroina** - si osserva una sostanziale stabilità per quanto riguarda la prevalenza dei consumatori nella fascia di età 15-19 anni della popolazione giovanile scolarizzata. Si rileva una diminuzione nei consumi tra le studentesse 16enni e nei maschi 18enni (il 30% in meno per entrambe le categorie ha riferito di aver fatto uso della sostanza una o più volte nel corso dell'ultimo anno).

**cocaina** - la diffusione dell'uso nel 2007 non mostra sostanziali differenze rispetto alle rilevazioni dell'anno precedente, confermando quanto si rileva nella popolazione generale. In questo caso l'arresto della crescita della diffusione dell'uso di cocaina emersa negli anni precedenti, deve essere ulteriormente studiata.

**cannabis** - contrariamente a quanto rilevato nella popolazione generale, i consumi di cannabis nella popolazione giovanile scolarizzata sembrano leggermente diminuiti. In particolare, negli ultimi dodici mesi, le maggiori differenze si osservano nei 15enni (il 25% in meno riferisce il contatto con la sostanza).

**stimolanti** - si osserva un aumento dell'uso di stimolanti. Tale aumento riguarda sia la sperimentazione nella vita (il 40% in più degli studenti ha riferito di aver provato la sostanza), sia l'uso negli ultimi dodici mesi e negli ultimi trenta giorni (il 50% in più ne riferisce l'uso).

**allucinogeni** - un leggero aumento si osserva anche per quanto riguarda l'uso di allucinogeni soprattutto tra le studentesse con età compresa tra i 18 ed i 19 anni.

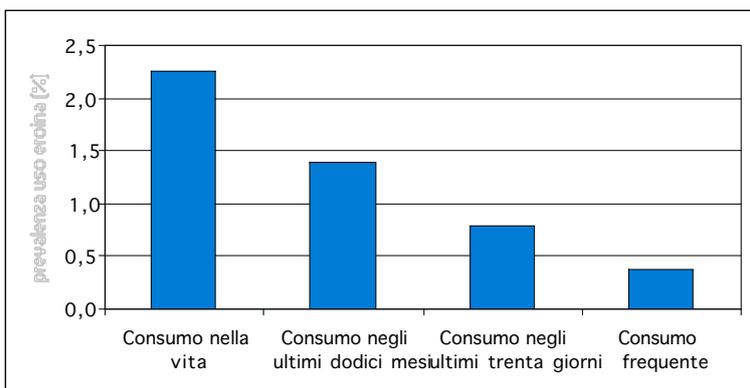
In generale si può osservare che se nella popolazione di 15-64 anni i consumatori di sesso maschile sono sempre di più rispetto alle donne, nella popolazione di 15-19 anni scolarizzata le differenze di genere si attenuano e con il diminuire dell'età vanno pressoché annullandosi. L'indicazione da evidenziare è che per quanto riguarda i consumi di sostanze psicoattive il comportamento femminile sta progressivamente sempre più allineandosi a quello maschile.

### 2.2.1 Consumi di eroina

Il 2,2% degli studenti ha provato l'eroina almeno una volta nel corso della propria vita, fra essi l'1,4% lo ha fatto durante il 2007. Un terzo dei giovani che ha avuto almeno un contatto con la sostanza ne fa uso (0,8%) negli ultimi trenta giorni. Il consumo frequente è riferito dallo 0,4% dei giovani intervistati, circa un sesto di coloro che l'hanno sperimentata.

<sup>3</sup> Vedi Paragrafo 12.2 della Parte 12 "Approfondimenti Metodologici"

**Grafico 2.19: Uso di eroina nella popolazione scolarizzata (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni, consumo frequente).**



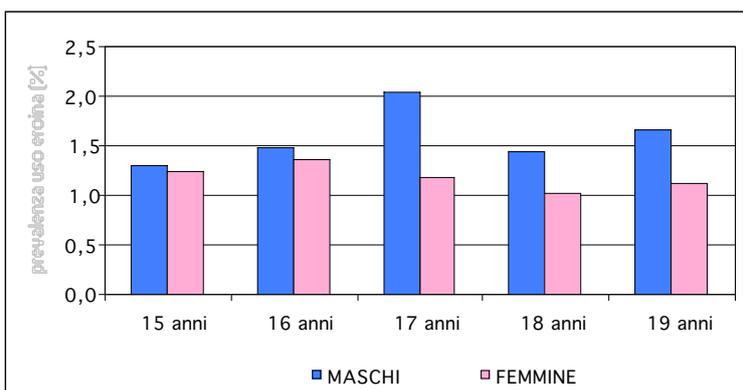
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2007

**Gli studenti che consumano eroina**

Fra gli studenti che hanno detto di aver usato eroina nel corso del 2007 sono i diciassetenni a consumare maggiormente la sostanza (2%). Il consumo delle studentesse appare più moderato per ogni fascia d'età rispetto quella dei coetanei. Tuttavia le sedicenni riferiscono l'uso di eroina nell'1,5% dei casi; tale dato decresce all'aumentare dell'età (a 19 anni consuma l'1,1% dei casi). L'1,7% dei ragazzi diciannovenni riferisce di aver utilizzato la sostanza.

Il fatto che, nella distribuzione per genere, i picchi di utilizzo siano tra i diciassetenni maschi e tra le sedicenni femmine permette di ipotizzare che per una quota non irrisoria della popolazione adolescenziale il consumo di eroina non rappresenti una "stazione terminale" di una carriera nel campo delle sostanze psicoattive illegali, ma piuttosto un'esperienza transitoria che viene abbandonata precocemente al compimento della maggiore età.

**Grafico 2.20: Uso di eroina nella popolazione scolarizzata (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.**

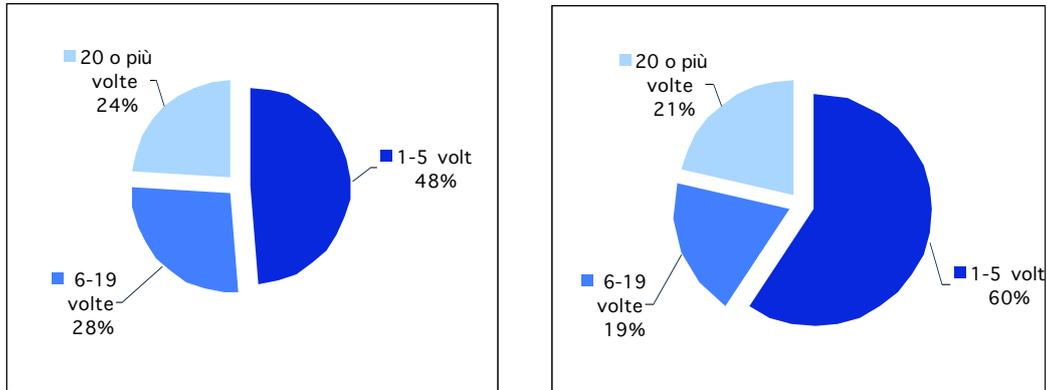


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2007

Tra i soggetti che hanno avuto un contatto con l'eroina negli ultimi dodici mesi (l'1,4% del campione, Grafico 2.19), il 23,9% dei maschi ed il 21,5% delle femmine ne ha fatto uso venti o più volte nell'ultimo anno; oltre la metà si è limitata a contatti sporadici (infatti l'uso della sostanza da una e cinque volte, riguarda il 59,2% delle femmine ed il 48,5% dei maschi) (Grafico 2.21).

**Grafico 2.21: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di eroina nella popolazione scolarizzata (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).**

a) grafico a sinistra: maschi;  
b) grafico a destra: femmine.

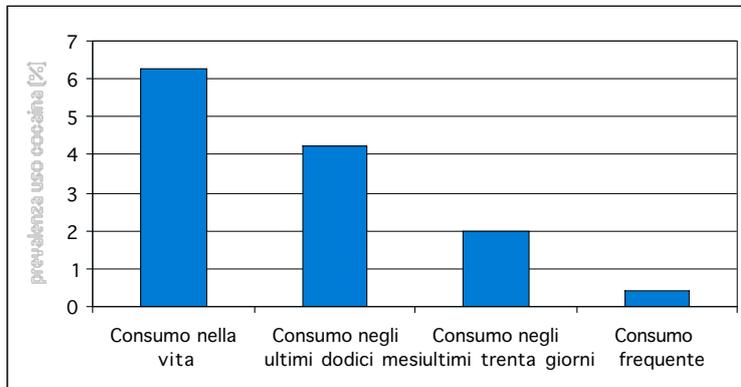


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2007

### 2.2.2 Consumi di cocaina

Il 6,3% degli studenti italiani ha sperimentato almeno una volta nella vita l'uso di cocaina. La proporzione è molto simile a quella nella popolazione generale (6,9%). La cocaina risulta essere quindi diffusa tra la popolazione giovanile quasi il triplo rispetto all'eroina (2,2%, Grafico 2.19). Nel corso del 2007 il 4,2% degli studenti l'ha consumata almeno una volta ed il 2% l'ha consumata nel mese in cui ha partecipato allo studio. Il consumo frequente di cocaina è riportato invece dallo 0,4% degli studenti. Ogni cento studenti che almeno una volta nella vita hanno assunto cocaina, sette continuano a farne uso frequentemente. L'utilizzo "esplorativo" sembra essere quindi quello di gran lunga prevalente.

**Grafico 2.22: Uso di cocaina nella popolazione scolarizzata (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni, consumo frequente).**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2007

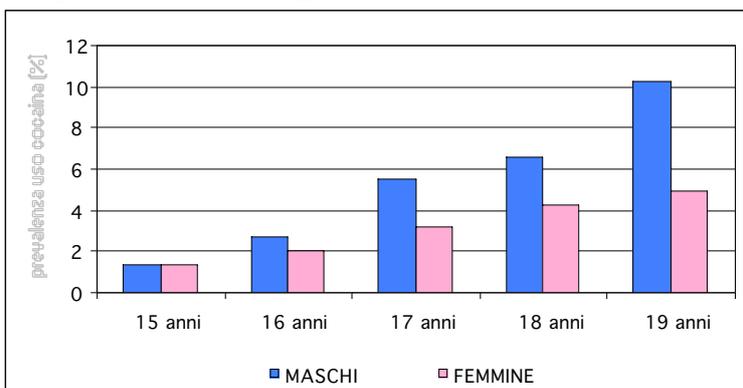
### Studenti che consumano cocaina

L'esposizione all'uso della sostanza aumenta al crescere dell'età. Le maggiori prevalenze d'uso si hanno quindi tra i diciannovenni: 10,2% per i ragazzi e 4,9% per le coetanee. E' nel passaggio tra i quindici ed i diciassette anni che si nota in particolare l'aumento delle prevalenze d'uso per le femmine e, soprattutto, per i maschi.

La distribuzione delle frequenze di consumo con il crescere dell'età sembra quindi essere molto differente da quella dell'eroina; se è pur vero che la frazione di consumatori "sporadici" è maggiore tra gli utilizzatori di cocaina che di eroina il consumo di cocaina non sembra andare incontro ai fenomeni di "autocontenimento" che caratterizzano quelli di eroina al compimento della

maggior età, ma sembra preludere ad un progressivo maggior reclutamento di nuovi consumatori successivo al compimento dei 20 anni. Riguardo alla "sporadicità" dei consumi, sia per quanto riguarda l'eroina che la cocaina, occorre sottolineare come una quota significativa dei rischi per la salute, in particolare la mortalità acuta per overdose o per incidenti cardiovascolari, riguardi proprio i consumatori discontinui.

**Grafico 2.23: Uso di cocaina nella popolazione scolарizzata (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.**

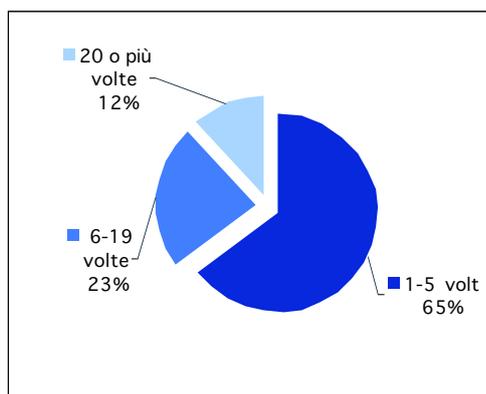
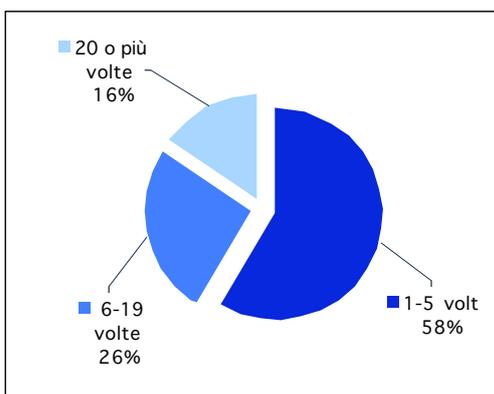


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2007

Tra i consumatori di cocaina, tra coloro cioè che ne hanno riferito l'uso almeno una volta negli ultimi dodici mesi (il 4,2% degli intervistati), il 15,7% dei maschi ed il 12% delle femmine ne fa uso venti o più volte all'anno. Un utilizzo sporadico (da una a cinque volte) viene riportato dal 58,4% dei maschi e dal 64,6% delle femmine.

**Grafico 2.24: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di cocaina nella popolazione scolарizzata (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).**

a) grafico a sinistra: maschi;  
b) grafico a destra: femmine.

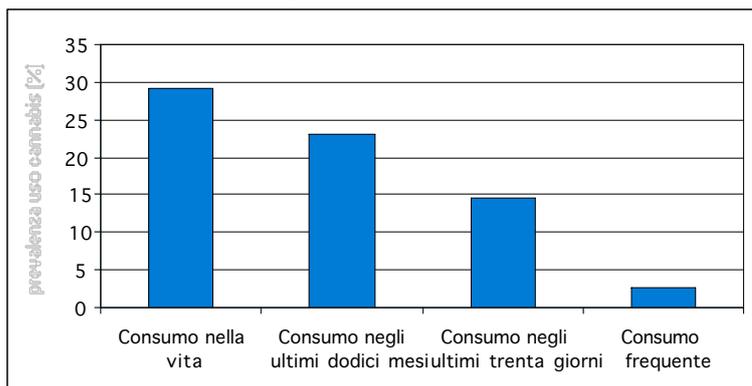


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2007

### 2.2.3 Consumi di cannabis

L'uso frequente di cannabis è riferito dal 2,7% degli studenti, mentre l'uso negli ultimi 30 giorni viene riferito dal 14,6% degli studenti. Esiste poi una percentuale di studenti che consuma cannabis poche volte l'anno, circa l'8% di coloro che hanno usato nel 2007, per una prevalenza d'uso una o più volte negli ultimi 12 mesi del 23%. Si osserva infine che circa il 6% degli studenti pur avendo sperimentato l'uso della sostanza non ne ha poi proseguito l'uso, il dato complessivo è che il 29,2% degli studenti almeno una volta durante la propria vita ha fatto uso di cannabis.

**Grafico 2.25: Uso di cannabis nella popolazione scolarrizzata (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni, consumo giornaliero).**

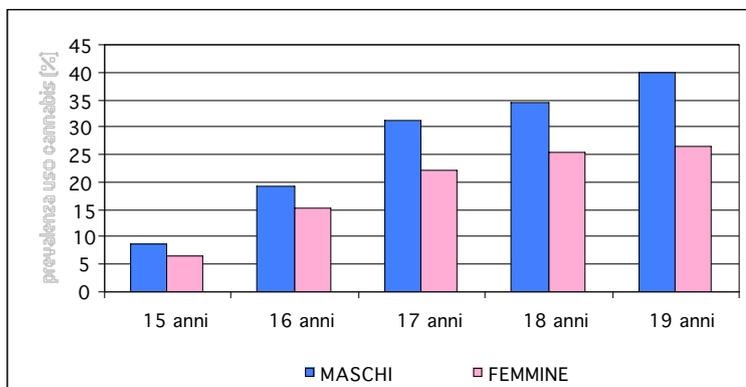


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2007

### Studenti che consumano cannabis

Analizzando i consumi relativi al 2007 si osserva che a diciannove anni il 40,1% dei maschi ed il 26,3% delle femmine ha utilizzato cannabis almeno una volta negli ultimi dodici mesi. Un incremento nell'esperienza d'uso (la prevalenza diviene pressoché tripla) si ha nel passaggio dai quindici ai diciassette anni, sia tra i maschi che tra le femmine. Tra le studentesse, dopo i diciassette anni, i consumi tendono però a stabilizzarsi, a differenza di quanto accade per i consumi di cocaina. Il rapporto tra le prevalenze d'uso dei maschi e quelle delle femmine è complessivamente di 1,4 (cinque femmine ogni sette maschi). Anche nei consumi di cannabinoidi le differenze di genere sono inferiori nelle classi di età più giovani, come per eroina e cocaina.

**Grafico 2.26: Uso di cannabis nella popolazione scolarrizzata (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.**



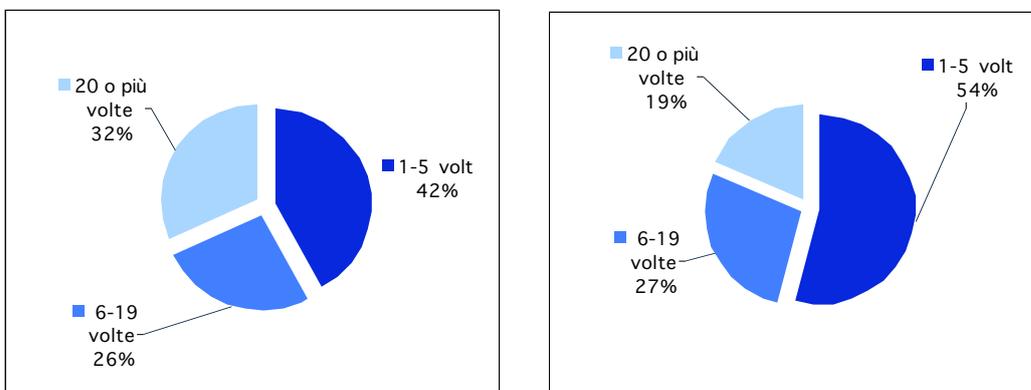
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2007

Il 23% degli intervistati ha riferito l'uso di cannabis negli ultimi dodici mesi. Fra questi consumatori il 32% dei maschi ed il 18,7% delle femmine ha fatto uso

venti o più volte. Più del 50% delle femmine (54,1%) ne riferisce il consumo tra una e cinque volte nel corso dell'ultimo anno contro il 42% dei ragazzi: le femmine tendono a riferire un utilizzo più moderato.

**Grafico 2.27: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di cannabis nella popolazione scolarrizzata (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).**

a) grafico a sinistra: maschi;  
b) grafico a destra: femmine.

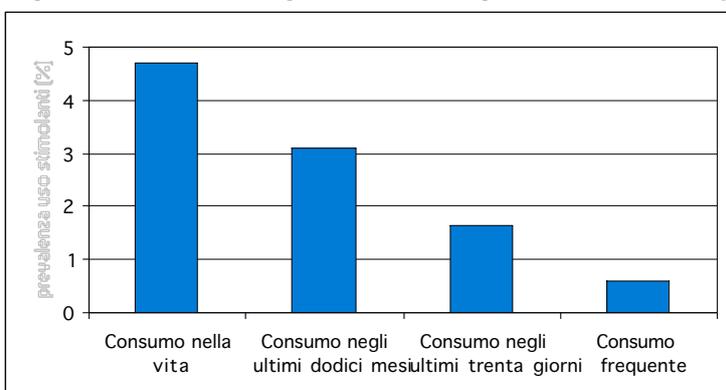


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2007

### 2.2.4 Consumi di stimolanti

Il 4,7% dei giovani intervistati riporta di aver fatto uso almeno una volta nella vita di stimolanti (amfetamine, ecstasy, GHB, ecc.). Circa un terzo degli stessi ne ha fatto uso anche nell'ultimo mese ed un ottavo di questi sono consumatori frequenti (0,6%).

**Grafico 2.28: Uso di stimolanti nella popolazione scolarrizzata (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni, consumo frequente).**



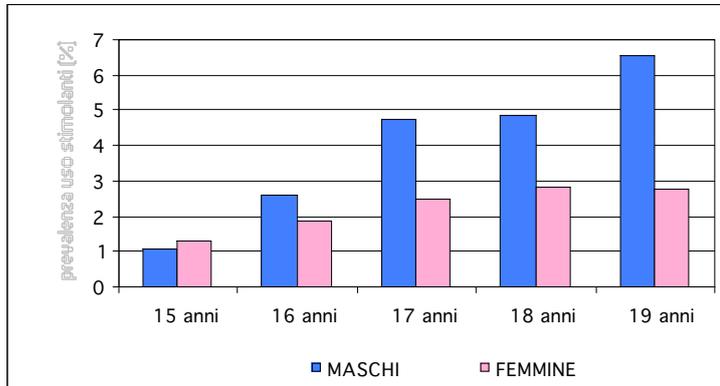
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2007

### Gli studenti che consumano stimolanti

Nel corso del 2007, l'1,1% dei maschi e l'1,3% delle femmine di quindici anni ha fatto uso di stimolanti negli ultimi dodici mesi. I consumi delle femmine aumentano gradualmente fino ad arrivare al 2,8% delle diciottenni e delle diciannovenni. I consumi dei maschi aumentano in maniera più netta in particolare tra i sedici (2,6%) ed i diciassette anni (4,8%) e tra i diciotto (4,8%) ed i diciannove (6,6%) ed il rapporto tra le prevalenze d'uso maschili e femminili passa dallo 0,8 dei quindici anni al 2,3 dei diciannove anni.

Quindi, relativamente all'uso di stimolanti, il fenomeno già descritto di "mascolinizzazione" dei comportamenti femminili con il decrescere dell'età è ancora più accentuato; la frequenza di utilizzo nella classe di età dei quindicenni è addirittura maggiore nelle femmine come accade per il fumo di tabacco.

**Grafico 2.29: Uso di stimolanti nella popolazione scolarrizzata (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.**

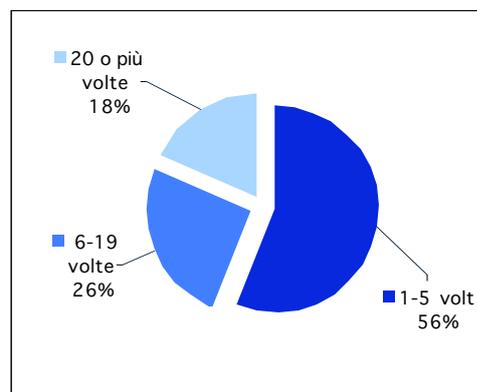
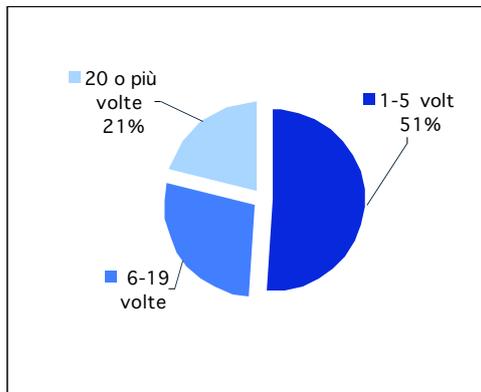


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2007

Più del 50% dei consumatori (almeno una volta negli ultimi dodici mesi) di stimolanti ha utilizzato le sostanze meno di cinque volte nell'anno. Il 21,2% dei maschi ed il 18,4% delle femmine ne ha fatto uso venti o più volte.

**Grafico 2.30: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di stimolanti nella popolazione scolarrizzata (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).**

a) grafico a sinistra: maschi;  
b) grafico a destra: femmine.

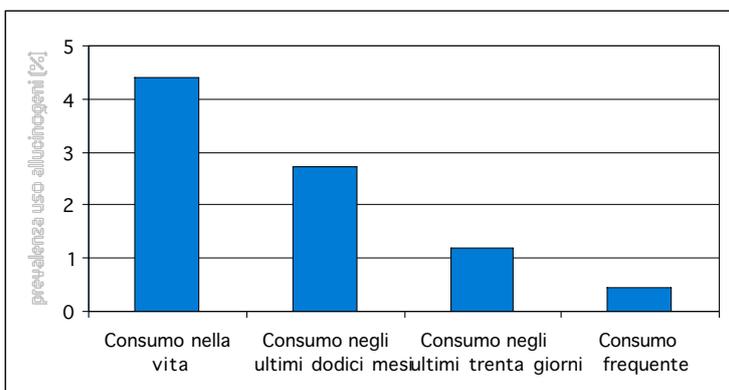


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2007

### 2.2.5.I consumi di allucinogeni

Tra gli studenti intervistati nelle scuole italiane il 4,4% ha usato sostanze allucinogene almeno una volta nella vita ed il 2,7% nell'ultimo anno. Il consumo avvenuto negli ultimi trenta giorni coinvolge l'1,2% della popolazione d'interesse ed il consumo frequente lo 0,4%, corrispondente ad un decimo di coloro che ne hanno sperimentato l'uso (4,4%).

**Grafico 2.31: Uso di allucinogeni nella popolazione scolарizzata (una o più volte nella vita,**



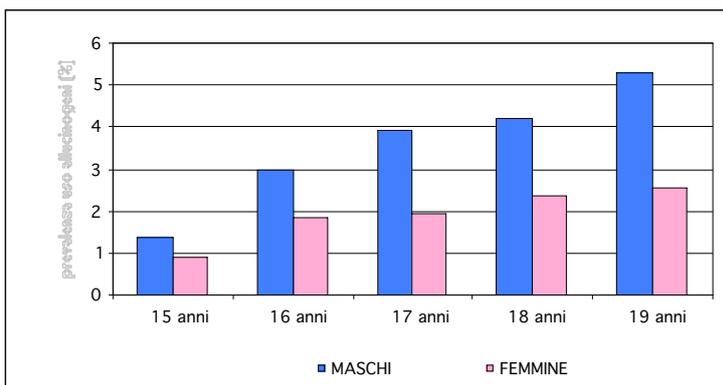
**negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni, consumo frequente).**

Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2007

### Studenti che consumano allucinogeni

I soggetti di diciannove anni sono quelli che maggiormente riferiscono l'uso di allucinogeni: il 5,3% dei maschi ed il 2,5% delle femmine. Le prevalenze d'uso aumentano progressivamente nel passaggio da una fascia di età alla successiva partendo da valori di 1,4% per i maschi e 0,9% per le femmine quindicenni. L'aumento maggiore si ha tra i quindici ed i sedici anni (3% per i maschi e 1,8% per le femmine sedicenni). Il rapporto tra i consumi maschili e quelli femminili è pari, complessivamente, ad 1,8. E' tra i diciannovenni la massima differenza di genere tra i consumi, con un rapporto pari a 2,1.

**Grafico 2.32: Uso di allucinogeni nella popolazione scolарizzata (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.**

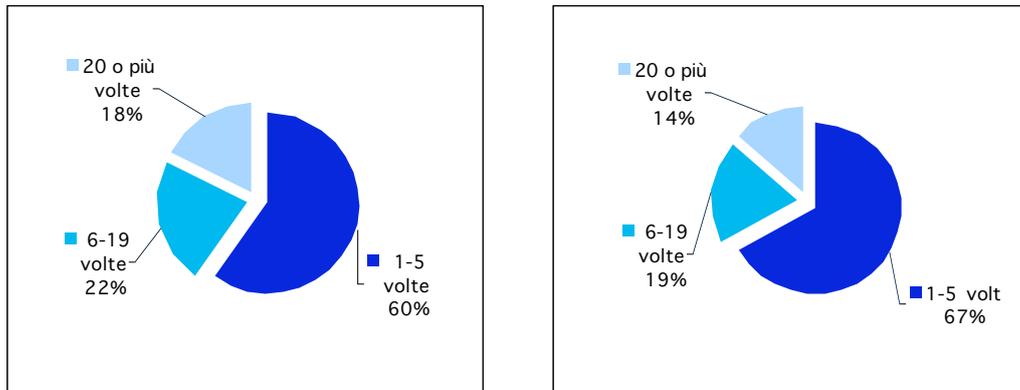


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2007

Nel Grafico 2.33 è rappresentata la distribuzione della frequenza di utilizzo in un anno tra i consumatori di allucinogeni, per genere. I maschi nel 17,9% dei casi hanno consumato la sostanza venti o più volte, contro il 13,7% delle femmine. Hanno usato la sostanza tra le sei e le diciannove volte il 22,4% dei maschi ed il 19,5% delle femmine.

**Grafico 2.33: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di allucinogeni nella popolazione scolarizzata (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).**

a) grafico a sinistra: maschi;  
b) grafico a destra: femmine.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2007

Rispetto a quanto osservato nella popolazione generale il pattern di utilizzo "sporadico/occasionale" (1-5 volte) è meno frequente nella popolazione giovanile che appare maggiormente propensa a ripetere l'esperienza nell'anno un numero di volte maggiore a cinque.

**Confronto tra pattern di utilizzo**

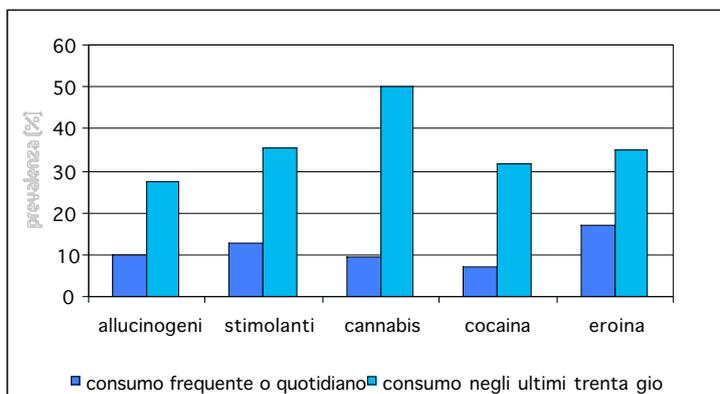
Tra coloro che hanno sperimentato l'uso di eroina il 16,9% ne fa un uso frequente ed il 35,1% l'ha utilizzata negli ultimi trenta giorni. Nel collettivo di coloro che hanno provato stimolanti almeno una volta nella vita, una quota pari al 12%, ne fa un uso frequente ed il 35,3% ne ha fatto uso negli ultimi trenta giorni.

Nel Grafico 2.34 sono espone, per ogni sostanza considerata le prevalenze d'uso frequente e relativo agli ultimi trenta giorni di coloro che, delle varie droghe hanno riferito l'uso una o più volte nella vita.

Tale analisi, come già scritto, permette di calcolare il rapporto tra uso frequente ed uso nell'ultimo mese, negli esposti, che può essere utilizzato come indicatore di "continuità d'uso" della sostanza.

Nel grafico si evidenzia che l'eroina ha il rapporto più elevato tra consumo frequente o quotidiano e consumo negli ultimi trenta giorni (il 48% dei soggetti che consumano nell'ultimo mese eroina ne fanno un uso frequente o quotidiano), mentre la cannabis il più basso (20%).

**Grafico 2.34: Distribuzione percentuale di consumo di sostanze psicoattive illegali negli ultimi trenta giorni e consumo frequente o quotidiano nella popolazione scolarizzata tra i soggetti che hanno usato la sostanza una o più volte nella vita.**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2007

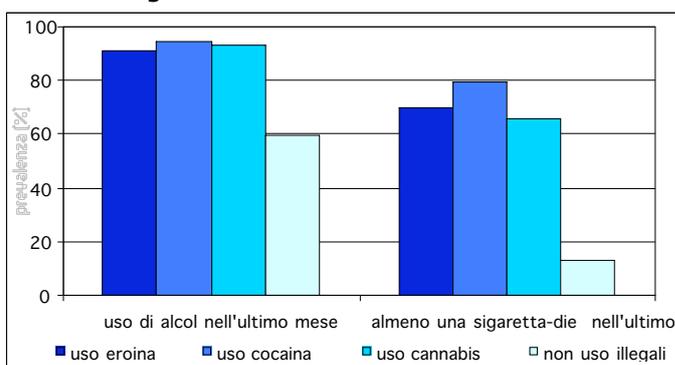
### 2.2.6 Policonsumo

L'analisi del fenomeno dell'utilizzo di sostanze psicoattive illegali e legali sarebbe fuorviante ed incompleta se non si prendesse in considerazione il consumo contemporaneo di più sostanze, molto diffuso tra i giovani e fonte di preoccupazione per i forti rischi associati.

Il Grafico 2.35 rappresenta la distribuzione di frequenza dei consumatori di sostanze legali tra i consumatori di eroina, cocaina, cannabis. Possiamo attribuire l'uso di alcol nell'ultimo mese al 91% dei soggetti che hanno consumato eroina nell'ultimo anno, al 94,7% dei consumatori di cocaina e nel 93% dei consumatori di cannabis. Il 69,5% dei consumatori di eroina consuma sigarette quotidianamente così come il 79,7% dei consumatori di cocaina ed il 66,1% degli utilizzatori di cannabinoidi.

Come negli adulti, confrontando tali dati con quelli della popolazione che non fa uso di sostanze illegali si può affermare che, cumulativamente, i giovani consumatori di sostanze psicoattive illegali hanno un "rischio" di essere anche consumatori di alcol nettamente superiore. La stessa considerazione si può fare per il rapporto tra consumo di tabacco e consumi di sostanze psicoattive illegali.

**Grafico 2.35: Distribuzione percentuale di consumatori di sostanze psicoattive legali nella popolazione scolarrizzata fra i soggetti che hanno fatto uso di eroina e/o cocaina e/o cannabis negli ultimi 12 mesi.**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2007

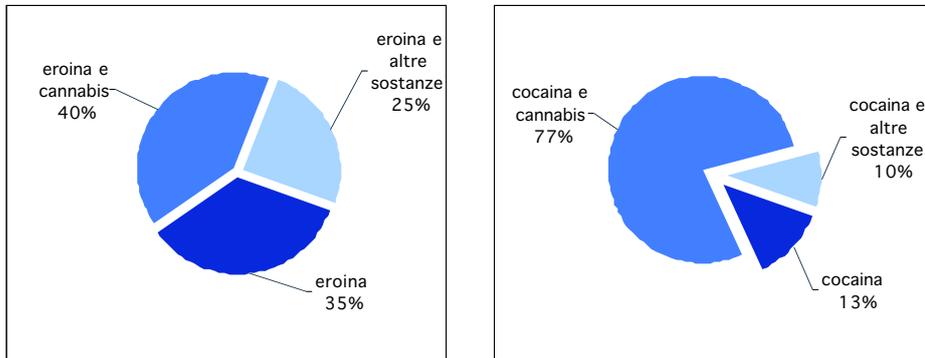
Tra i soggetti che, negli ultimi 12 mesi hanno fatto uso di almeno una sostanza psicoattiva illegale (il 24% degli studenti), il 76% ha utilizzato una sola sostanza, il 12% due sostanze e circa il 12% tre sostanze.

I consumatori di eroina si distribuiscono in un 34,9% di soggetti che usano solo la suddetta sostanza, in un 40,3% che fa uso anche di cannabinoidi ed un 24,7% che fa uso di eroina e altre sostanze (Grafico 2.36a).

Tra i consumatori di cocaina solo il 12,6% dei consumatori ne fa un uso esclusivo; nel 77,8% dei soggetti che usano cocaina viene associata la cannabis e nel 9,7% altre sostanze (grafico 2.36b).

**Grafico 2.36: Distribuzione percentuale di poli-consumatori di sostanze psicoattive illegali nella popolazione scolarizzata fra i soggetti che hanno fatto uso negli ultimi 12 mesi:**

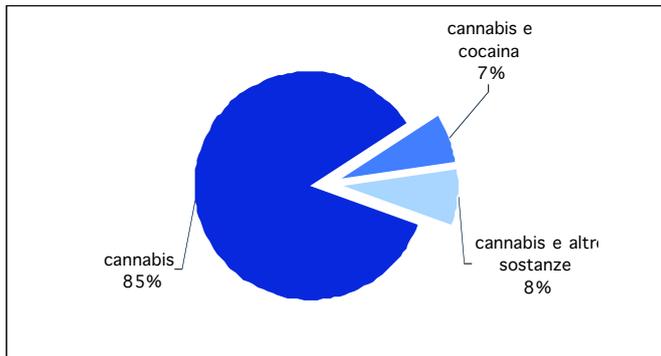
- a) grafico a sinistra distribuzione tra i consumatori di eroina;  
 b) grafico a destra distribuzione tra i consumatori di cocaina.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2007

Gli utilizzatori di cannabis in percentuale dell'85,3% sono "fedeli" a questa sostanza e non utilizzano altre sostanze illegali. Tra di essi la cocaina viene associata dal 6,9% dei consumatori e, l'associazione con altre sostanze si ha nel 9,7% degli studenti che hanno riportato l'uso di cannabinoidi (grafico 2.37).

**Grafico 2.37: Distribuzione percentuale di poli-consumatori di sostanze psicoattive illegali nella popolazione scolarizzata fra i soggetti che hanno fatto uso di cannabis negli ultimi 12 mesi.**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2007

### 2.2.7 Fattori associati all'uso di sostanze psicoattive illegali

Analogamente al questionario IPSAD®Italia2007-2008, anche il questionario ESPAD-Italia®2007 presenta alcuni quesiti che riguardano aspetti della vita degli studenti intervistati; esistono infatti caratteristiche individuali che risultano associate "positivamente" o "negativamente" al consumo di sostanze psicoattive<sup>4</sup>. Nella lettura di tali dati occorre prestare attenzione in quanto non si tratta né di fattori eziologici né di conseguenze bensì di **concomitanze** nelle quali la natura del rapporto con il comportamento in osservazione è verosimilmente costituita, come già scritto, da una complessa miscela di fattori. Nello studio sono state indagate le associazioni fra caratteristiche e comportamenti d'uso. Rispetto al consumo delle sostanze illegali (uso negli ultimi dodici mesi) indagate nei paragrafi precedenti, i fattori più frequentemente associati all'uso risultano l'aver amici che fanno uso di droghe e/o abusano di alcolici (OR 6,0; p<0,05 per l'eroina; OR 15,7; p<0,05 per la cocaina; OR 16,6; p<0,05 per la cannabis; OR 9,6; p<0,05 per gli stimolanti; OR 18,1; p<0,05 per gli allucinogeni) ed uscire quasi ogni la sera (andare in discoteca, al bar, alle

<sup>4</sup> Vedi Tavola 2.2 negli Allegati: Parte 13.2 "Tavole di lavoro della Relazione".

feste,...) (OR 8,0;  $p < 0,05$  per l'eroina; OR 14,0;  $p < 0,05$  per la cocaina; OR 12,4;  $p < 0,05$  per la cannabis; OR 11,7;  $p < 0,05$  per gli stimolanti; OR 15,2;  $p < 0,05$  per gli allucinogeni).

Rispetto alle altre sostanze e alle altre caratteristiche degli studenti, l'uso di l'eroina è maggiormente associato sia all'aver fatto uso di psicofarmaci negli ultimi dodici mesi senza prescrizione medica (OR 13,6;  $p < 0,05$ ) che all'aver fratelli che fanno uso di droghe e/o abusano di alcolici (OR 10,5;  $p < 0,05$  per l'eroina; OR 5,0;  $p < 0,05$  per le altre sostanze). Tuttavia, l'aver fatto uso di psicofarmaci negli ultimi dodici mesi senza prescrizione medica è fortemente associato anche all'uso di cocaina (OR 5,6;  $p < 0,05$ ) stimolanti e allucinogeni (OR 8,3;  $p < 0,05$ ). Altri due fattori altamente associati all'uso di tutte le sostanze, fatta eccezione per la cannabis, sono l'aver partecipato spesso a giochi in cui si spendono soldi (OR 7,1;  $p < 0,05$  per l'eroina; OR 5,9;  $p < 0,05$  per la cocaina; OR 2,7;  $p < 0,05$  per la cannabis; OR 5,6;  $p < 0,05$  per gli stimolanti; OR 4,4;  $p < 0,05$  per gli allucinogeni) e l'aver avuto "guai" con la polizia e/o segnalazioni al Prefetto (OR 9,7;  $p < 0,05$  per l'eroina; OR 5,9;  $p < 0,05$  per la cocaina; OR 3,5;  $p < 0,05$  per la cannabis; OR 7,7;  $p < 0,05$  per gli stimolanti; OR 7,3;  $p < 0,05$  per gli allucinogeni). Anche l'aver avuto rapporti sessuali non protetti e/o l'aver avuto rapporti sessuali di cui ci si è pentiti il giorno dopo risultano associati all'uso di tutte le sostanze (OR 8,2;  $p < 0,05$  per l'eroina; OR 5,3;  $p < 0,05$  per la cocaina; OR 3,1;  $p < 0,05$  per la cannabis; OR 5,8;  $p < 0,05$  per gli stimolanti; OR 5,4;  $p < 0,05$  per gli allucinogeni).

Per quanto riguarda l'uso di cannabis, risulta maggiormente associato, rispetto alle altre caratteristiche, "l'andare spesso in giro con gli amici" (OR 3,1;  $p < 0,05$ ) e all'aver "perso 3 o più giorni di scuola negli ultimi trenta giorni senza motivo" (OR 2,8;  $p < 0,05$  per la cannabis; OR 4,0;  $p < 0,05$  per le altre sostanze).

I consumi di eroina, cocaina, stimolanti e allucinogeni sono maggiormente associati anche ai soggetti che riferiscono di aver speso più di 50 euro alla settimana senza il controllo dei genitori (OR 5,0 circa;  $p < 0,05$ ).

Il non "uso e/o abuso" delle sostanze psicotrope legali (alcol e tabacco) è la "caratteristica" che si associa maggiormente al non uso delle sostanze illegali. Difatti, in non essere fumatore è fortemente associato al non uso di sostanze (OR 0,08;  $p < 0,05$  per l'eroina; OR 0,05;  $p < 0,05$  per cocaina; OR 0,03;  $p < 0,05$  per cannabis; OR 0,06;  $p < 0,05$  per gli stimolanti; OR 0,07;  $p < 0,05$  per gli allucinogeni), a seguire il non essersi ubriacato negli ultimi trenta giorni (OR 0,1;  $p < 0,05$  per tutte le sostanze). I fattori maggiormente legati al non uso delle sostanze sembrano essere quelli legati alla vita familiare degli studenti, in particolare il percepire attenzione da parte dei genitori sembrerebbe il più alto fattore protettivo (OR 0,16;  $p < 0,05$  per l'eroina; OR 0,26;  $p < 0,05$  per cocaina; OR 0,35;  $p < 0,05$  per cannabis; OR 0,22;  $p < 0,05$  per gli stimolanti; OR 0,24;  $p < 0,05$  per gli allucinogeni), come l'interessamento dei genitori nel conoscere dove e con chi esce la sera (OR 0,22;  $p < 0,05$  per l'eroina; OR 0,33;  $p < 0,05$  per cocaina; OR 0,44;  $p < 0,05$  per cannabis; OR 0,31;  $p < 0,05$  per gli stimolanti e per gli allucinogeni) o il sentirsi accolto dagli stessi (OR 0,22;  $p < 0,05$  per l'eroina; OR 0,37;  $p < 0,05$  per cocaina; OR 0,48;  $p < 0,05$  per cannabis; OR 0,31;  $p < 0,05$  per gli stimolanti e per gli allucinogeni). Avere un rendimento scolastico medio-alto risulta essere un altro fattore protettivo relativamente all'uso di sostanze (OR 0,32;  $p < 0,05$  per l'eroina; OR 0,34;  $p < 0,05$  per cocaina; OR 0,48;  $p < 0,05$  per cannabis; OR 0,33;  $p < 0,05$  per gli stimolanti; OR 0,38;  $p < 0,05$  per gli allucinogeni). Avere un'alta percezione dei rischi di far uso di droghe e l'aver cura della casa e delle persone e/o animali sono le altre caratteristiche associate al non uso delle sostanze.

# PARTE 3

---

## **PREVENZIONE**

### **3.1 Prevenzione universale**

- 3.1.1 A scuola
- 3.1.2 In famiglia
- 3.1.3 Nella società civile

### **3.2 Prevenzione selettiva e mirata**

- 3.2.1 In contesti ricreazionali
- 3.2.2 Fra gruppi a rischio
- 3.2.3 Su famiglie a rischio



## PREVENZIONE

Tra le iniziative di prevenzione universale attivate nel corso del 2007, ovvero indirizzate a tutti gli appartenenti ad una popolazione, diversamente dagli interventi di prevenzione selettiva o mirata, rivolti a specifici contesti o sottogruppi di popolazione considerati maggiormente a rischio, sono da segnalare quelle del Ministero della Pubblica Istruzione. Tale impegno sulla prevenzione del disagio giovanile e delle tossicodipendenze si è concretizzato in iniziative di informazione/formazione inserite in un progetto educativo globale (*Piano triennale per il benessere dello studente*), il cui obiettivo finale era il raggiungimento da parte dei ragazzi di responsabilità e autonomia di scelta.

A livello locale, attraverso le indagini effettuate tramite questionari inviati a tutte le Regioni e PPAA e ad un campione rappresentativo dei Dipartimenti delle Dipendenze e delle Scuole, si delinea uno scenario ricco di contenuti, multiforme e variegato: l'82% delle scuole ha attivato, per l'anno scolastico 2007-2008, progetti di prevenzione tramite il coinvolgimento delle ASL (86%), associazioni (35%), forze dell'ordine (35%), enti locali (19%) e liberi professionisti (18%). Nel 58% delle Scuole sono state organizzate giornate di studio dedicate alla prevenzione delle droghe, nel 21% giornate dedicate alla prevenzione del doping e nel 4% dedicate al tema del gioco d'azzardo patologico.

I principali programmi di prevenzione universale sono quelli che si basano su incontri rivolti alle famiglie degli studenti e quelli basati sul reciproco o auto aiuto tra le famiglie stesse. A livello di comunità locale sono stati attivati piani di prevenzione sulle droghe, mediante l'implementazione di centri di associazione e counselling, la creazione di spazi ricreativi e culturali, la formazione rivolta a soggetti particolarmente attivi nell'ambito territoriale e la prevenzione attraverso l'uso dei media.

I programmi di prevenzione rivolti ai giovani in contesti ricreazionali (stadi di calcio, concerti, rave party, pub e locali notturni) sono stati menzionati in quattordici Regioni e PPAA (e tra queste, in tre Regioni su quattro erano attivi almeno quattro progetti). Le tipologie di gruppo a rischio considerate come più rilevanti sono quelle degli immigrati (rilevanti nell'89% delle Regioni e PPAA), i giovani in comunità o in affidamento e i senza fissa dimora (79%) e gli studenti con problemi di emarginazione scolastica e sociale o giovani che abbandonano precocemente la scuola (63%). Per il 50% circa delle Regioni e PPAA si ritiene rilevante anche la prevenzione verso soggetti con problematiche di gioco d'azzardo, doping ed infine a particolari gruppi etnici (rom, nomadi).



### 3.1 PREVENZIONE UNIVERSALE

Gli interventi di prevenzione universale sono indirizzati a tutti gli appartenenti ad una stessa popolazione, considerata nel suo insieme come avente lo stesso rischio di sviluppare un'eventuale condizione problematica per la salute, sebbene l'entità di tale rischio possa variare tra individuo ed individuo.

#### 3.1.1 A scuola

Nel presente paragrafo sono riportate le iniziative implementate nel corso del 2007 nel campo della prevenzione universale condotta nella scuola sia a livello centrale da parte del Ministero della Pubblica Istruzione (MPI) che a livello locale da parte delle singole scuole superiori, aderenti allo studio ESPAD-Italia@2007<sup>1</sup>. L'impegno istituzionale del MPI per la prevenzione del disagio giovanile e delle tossicodipendenze si è concretizzato in iniziative di informazione/formazione inserite in un progetto educativo globale che aveva l'obiettivo di consentire ai ragazzi di raggiungere responsabilità e autonomia di scelta.

Il complesso delle azioni, avviate dal MPI, è stato orientato al superamento della cultura dell'emergenza a favore di quella che si può definire la cultura della prevenzione. L'obiettivo generale è stato quello di creare le condizioni culturali e materiali per costruire un ambiente positivo fin da quando gli alunni iniziano il proprio percorso scolastico, sostenendo la loro capacità di progettazione, di azione diretta, di verifica, di esplorazione e di riflessione.

Il clima scolastico e le diverse modalità con cui si vive la scuola influenzano, più o meno direttamente, la qualità della vita, nonché la percezione del benessere e della salute.

Il benessere fisico dipende anche da variabili soggettive quali l'autostima, la visione che l'individuo ha di sé, la soddisfazione per la propria vita, le relazioni sociali, soprattutto con i coetanei con i quali gli studenti condividono la maggior parte delle esperienze che fanno a scuola.

Il MPI, in collaborazione con gli altri dicasteri competenti e in sinergia con i diversi soggetti presenti sul territorio, ha promosso il Piano triennale per il benessere dello studente, con particolare riferimento al tema delle dipendenze, anche attraverso l'utilizzo del sito [www.benesserestudente.it](http://www.benesserestudente.it).

I dieci ambiti del piano triennale sono: i) promozione di stili di vita positivi e della prevenzione delle dipendenze da droghe, alcool, tabacco, farmaci e doping (*liberi dalle dipendenze*); ii) favorire un rapporto sano col cibo e prevenire i disturbi dell'alimentazione come anoressia e bulimia (*cibo e salute*); iii) rispetto della natura per uno sviluppo ed un futuro sostenibili (*l'ambiente siamo noi*); iv) educazione all'essere sportivi consapevoli, leali e non violenti (*siamo tutti campioni*); v) promozione dell'associazionismo e del volontariato come parte integrante del percorso formativo (*a scuola di volontariato*); vi) educazione al rispetto, alle pari opportunità e ai comportamenti sessuali responsabili (*differenti e uguali*); vii) educazione alla partecipazione, alla convivenza e al dialogo interculturale (*cittadini del mondo*); viii) prevenzione di ogni forma di violenza, del fenomeno del bullismo, educazione al rispetto della persona e delle regole (*rispetto e legalità*); ix) educazione ai comportamenti responsabili sulla strada (*una strada sicura*); x) promozione delle nuove tecnologie nella didattica ed educazione all'uso corretto e sicuro degli strumenti di comunicazione (*tecnologie amiche*).

Il portale [www.benesserestudente.it](http://www.benesserestudente.it) è stato concepito come un servizio di informazione e di consulenza rivolto al personale della scuola, alle famiglie e agli studenti, con lo scopo di fungere da luogo di incontro e scambio di esperienze tra scuole di realtà diverse. Contiene inoltre atti normativi nazionali e internazionali, indicazioni bibliografiche, progetti ed indicazioni di buone prassi didattiche.

<sup>1</sup> Vedi Paragrafo. 12.2 della Parte 12 "Approfondimenti Metodologici"

Nei primi 6 mesi di attività il sito è stato visitato 87.128 volte, con un tempo medio di accesso pari a circa quattro minuti e una media di sette pagine per visita.

I contenuti di maggior interesse sono stati Cibo e salute, Liberi dalle dipendenze, Rispetto e legalità, L'ambiente siamo noi, Tecnologie amiche.

Le città in cui si è registrato il maggior numero di accessi (proporzionalmente alla popolazione residente), sono state Roma, Milano, Napoli, Torino, Catania, Firenze, Bari e Palermo.

Attraverso il portale si è quindi voluto promuovere nella scuola la "cultura della salute" attraverso la documentazione e la condivisione delle migliori esperienze realizzate.

Tra queste il portale segnala iniziative volte alla prevenzione dell'uso del tabacco, dell'abuso di alcol, delle tossicodipendenze in realtà diverse del territorio nazionale.

Il MPI ha avviato iniziative volte alla formazione sia dei referenti regionali e provinciali alla salute ed al benessere sia dei dirigenti scolastici, dei docenti e del personale ATA, da coinvolgere, questi ultimi in particolare, su prevenzione e strategie di contrasto al fenomeno delle dipendenze.

A livello nazionale sono stati implementati due progetti, il primo denominato Strengthening Families Program – SFP (Programma Sostegno Famiglie) e volto alla creazione di centri distribuiti su tutto il territorio nazionale, in cui famiglia, scuola e territorio operino congiuntamente, sia verso la riduzione dei fattori di rischio nei bambini (bullismo, dipendenze, disagio) che nel migliorare il contesto familiare e le capacità educative genitoriali<sup>2</sup>.

Il secondo progetto curato anch'esso a livello nazionale dal MPI ha coinvolto 10 consulte provinciali degli studenti che hanno collaborato al fine di realizzare alcune campagne di prevenzione delle dipendenze e promozione del benessere<sup>3</sup>. Per quanto riguarda le iniziative attuate a livello locale è stata condotta un'indagine<sup>4</sup> attraverso l'utilizzo di un questionario, costruito in base alle direttive EMCDDA e compilato a cura dei dirigenti scolastici.

L'82% delle scuole ha attivato, per l'anno scolastico 2007-2008, progetti di prevenzione (da un minimo di uno ad un massimo di tredici progetti); il restante 18% non riferisce progetti attivi: il 29,5% delle scuole del sud e delle isole non ha attivato alcun progetto; tra le scuole del centro Italia tale quota è del 16,9% ed al nord del 12,4%.

Il 61% del campione è informato a proposito di azioni di piano regionali/provinciali/locali per la prevenzione dell'uso e abuso di alcol, tabacco, droghe e doping. La conoscenza dell'esistenza di un piano specifico a livello locale è riportato dal 16% del campione, a livello provinciale dal 19%, a livello regionale dall'11%.

Le istituzioni che svolgono attività di prevenzione all'interno delle scuole sono le ASL (86%), le associazioni (35%), le forze dell'ordine (35%), le autorità scolastiche stesse (25%), gli enti locali (19%), i liberi professionisti (18%).

Il 90% degli Istituti ha un regolamento interno che disciplina i comportamenti in materia di tabacco ed alcol; nel 58% delle Scuole sono state organizzate giornate di studio dedicate alla prevenzione delle droghe, nel 21% giornate dedicate alla prevenzione del doping e nel 4% dedicate al tema del gioco d'azzardo patologico.

Gli Istituti che prevedono l'intervento di esperti esterni nei programmi di prevenzione sono il 91% del totale ed il 79% prevede progetti articolati su più moduli. Progetti trasversali con contenuti articolati su più materie sono previsti nel 31% delle scuole e nell'83% di esse i docenti forniscono informazioni sulle

---

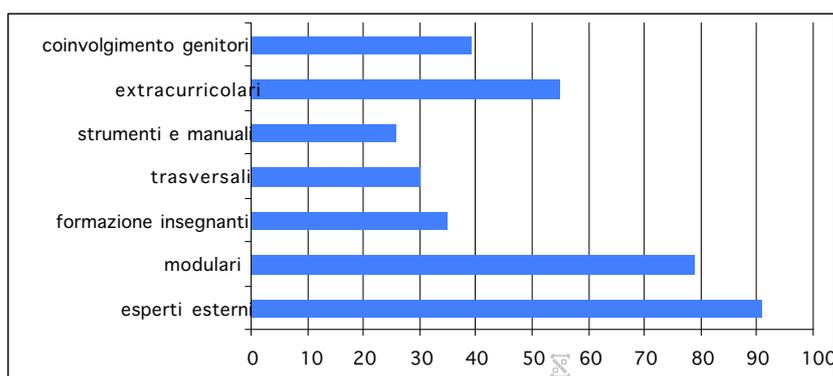
<sup>2</sup> Vedi Paragrafo. 12.5 della Parte 12 "Approfondimenti Metodologici"

<sup>3</sup> Vedi Paragrafo. 12.6 della Parte 12 "Approfondimenti Metodologici"

<sup>4</sup> Vedi Paragrafo. 12.2 della Parte 12 "Approfondimenti Metodologici"

droghe ed il doping all'interno del programma curricolare. Sono previsti interventi per la prevenzione del consumo di sostanze psicoattive con l'ausilio di specifici strumenti e manuali nel 26% delle scuole - e nel 90% dei casi - sono programmati progetti finalizzati all'individuazione precoce di alunni in difficoltà. Interventi genere-specifici sussistono nel 12% dei casi ed iniziative rivolte ai genitori nel 39% delle scuole; gli incontri con rappresentanti delle forze dell'ordine per scopi di prevenzione sono previsti nel 64% dei casi.

**Grafico 3.1: Distribuzione percentuale di caratteristiche salienti dei progetti previsti nelle scuole.**



Elaborazione sui dati ESPAD@Italia2006

Per quanto riguarda le differenze tra le tipologie di scuola (Licei, Istituti d'Arte, Istituti Tecnici ed Istituti Professionali) si nota che nei Licei vi è una minore prevalenza di iniziative che prevedono giornate di studio sull'argomento della prevenzione dell'uso di droghe (48% contro il 60% delle altre scuole). Gli Istituti Tecnici presentano una maggior sensibilità verso la prevenzione del doping (27%) e gli Istituti Professionali attuano in maggior percentuale la formazione degli insegnanti in materia di prevenzione del disagio, anche non all'interno di un progetto specifico (46%). Sia gli Istituti Professionali che i Tecnici prevedono, più delle altre due tipologie di istituto del campione, interventi di esperti esterni (96% e 91% rispettivamente), progetti articolati su più moduli (84% e 81%), progetti trasversali articolati su varie materie (36% e 30%), attività extracurricolari di prevenzione (60% e 57%) ed incontri con i genitori (40% e 35%).

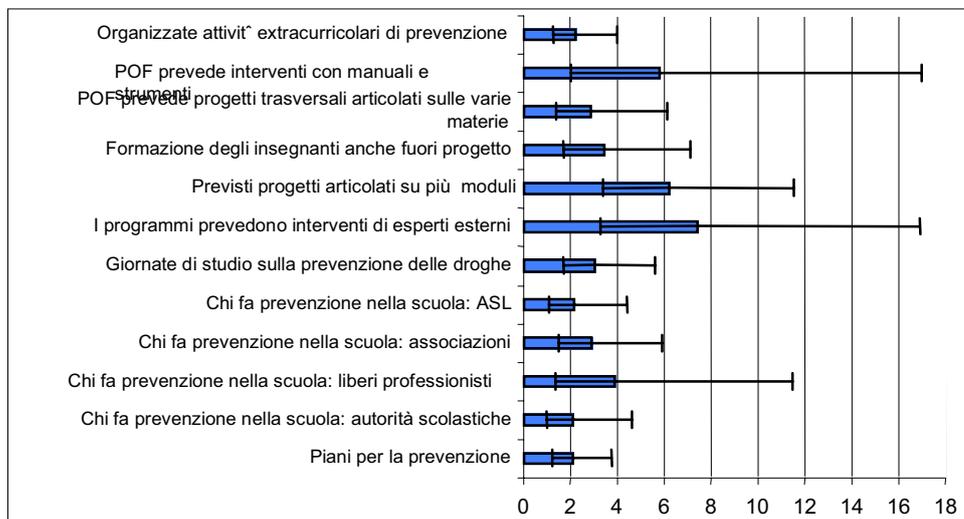
E' stato utilizzato un modello di regressione logistica per avere una descrizione sintetica dell'associazione tra caratteristiche generali della scuola (relative alle attività di prevenzione) rilevate nella prima sezione del questionario e la presenza e numerosità di progetti attivi (seconda sezione del questionario), tenendo conto dell'area geografica e della tipologia d'istituto.

Gli elementi informativi che emergono dalla parte generale del questionario che maggiormente appaiono associati (Grafico 3.2) alla presenza di progetti attivi nell'anno scolastico sono: il prevedere l'intervento di esperti esterni (OR=7,47;  $p<0,05$ ), progetti di struttura tendenzialmente complessa, ovvero articolati su più moduli formativi (OR = 6,26;  $p<0,05$ ), attuati attraverso strumentazioni ad hoc come manuali e strumenti specifici (OR=5,87;  $p<0,05$ ), progetti trasversali a più materie (OR=2,93;  $p<0,05$ ), l'intervento di liberi professionisti (OR=3,96;  $p<0,05$ ), la formazione degli insegnanti anche fuori progetto (OR=3,50;  $p<0,05$ ) ed il prevedere inoltre l'intervento delle associazioni (OR=2,97;  $p<0,05$ ).

Sono positivamente associati alla concreta attività preventiva anche il pianificare giornate di studio sulla prevenzione delle droghe (OR=3,11;  $p<0,05$ ), le attività

extracurricolari di prevenzione (OR=2,27;  $p<0,05$ ), l'intervento delle ASL in tali attività (OR=2,21;  $p<0,05$ )<sup>5</sup>.

**Grafico 3.2: Indice di associazione (odds ratio) fra caratteristiche generali delle scuole e la presenza/numerosità di progetti attivi nell'anno scolastico in corso.**



Elaborazione sui dati ESPAD@Italia2007

La seconda sezione del questionario raccoglie informazioni sui singoli progetti attivati.

Le informazioni raccolte riguardano un campione rappresentativo delle Scuole Italiane di 1.546 progetti.

Il 25,5% dei progetti sono stati attuati negli Istituti Tecnici, il 30,7% nei Professionali, il 25,2% nei Licei e Ginnasi ed il 18,6 negli Istituti d'Arte. La distribuzione geografica vede concentrati nel nord Italia il 56,8% dei progetti, il 21,4% al centro e il 21,8% al sud ed isole. I progetti risultano inseriti nel Piano di Offerta Formativa della scuola nel 92,1% dell'insieme considerato.

I progetti contemplano contenuti ed ambiti problematici multipli relativi all'uso ed abuso di sostanze psicoattive legali ed illegali e di sostanze dopanti (51,7%), problemi sociali e benessere personale (49%), sessualità e malattie sessualmente trasmissibili (59%), salute mentale e riduzione del danno (73,7%). I progetti affrontano problematiche legate ad uno o più sottogruppi di popolazione nel 49,8% dei casi: tali sottogruppi sono caratterizzati o da problematiche psicologiche di tipo cognitivo-comportamentale (30,5% dei progetti) o di ambito sociale (33,3%). Gli obiettivi prioritari dei progetti sono riconducibili allo sviluppo delle capacità personali dei giovani (86,1%) e al rafforzamento del ruolo della scuola (18,2%).

Le figure professionali responsabili della realizzazione del progetto sono gli insegnanti stessi (44,2%), gli psicologi (23,6%), i medici o gli infermieri (12%), gli assistenti sociali o gli educatori (11,8%).

Le modalità operative utilizzate per gli incontri sono corsi interattivi (44,9%), lavoro di gruppo (38,1%), lezioni frontali (44,1%), ricerche individuali (20,2%) e seminari (9,2%).

Il 46% dei progetti ha una durata maggiore ai tre mesi ed è articolato in uno o più moduli ed il 33,6% si estende su più anni scolastici; i progetti sono già stati realizzati nel passato nel 78,3% dei casi e, per il 97,4% ne è prevista una nuova realizzazione. Per quanto riguarda la frequenza degli incontri nell'anno, per il 52,3% è maggiore di cinque incontri.

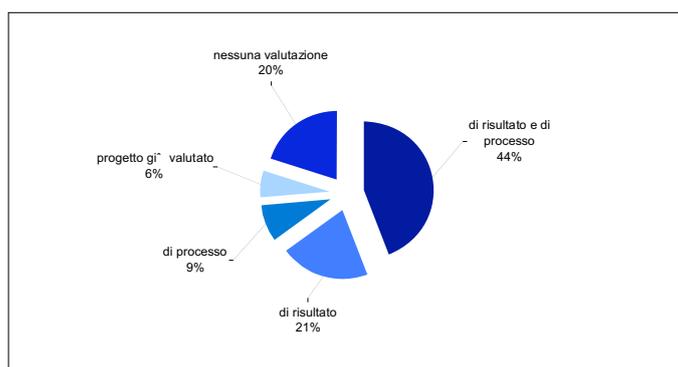
<sup>5</sup> Vedi Tavola 3.1 negli allegati: Parte 13.2 "Tavole di lavoro della Relazione".

Il 16% dei progetti è in collaborazione con più scuole o istituti e, nel 6,1% dei casi, coinvolge anche classi di scuole medie inferiori; i progetti sono dedicati solamente agli studenti del biennio nel 31,3% dei casi.

I metodi e strumenti di raccolta dei dati sono i questionari (41%), il monitoraggio periodico in itinere e/o ex post (26%), le griglie di osservazione (14%), i registri di classe/attività (10%), le interviste (7,3%) ed i diari studente (1,5%).

Nel 44% dei progetti è prevista una valutazione sia dei risultati che di processo (completa), nel 30% o dei risultati o di processo (parziale) e nel 20% di questi non viene prevista alcuna valutazione (Grafico 3.3).

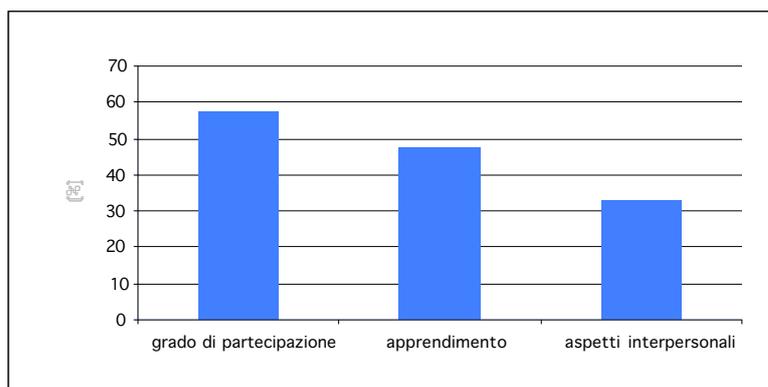
**Grafico 3.3: Distribuzione percentuale delle modalità di valutazione dei progetti censiti.**



Elaborazione sui dati ESPAD@Italia2007

Gli indicatori utilizzati (Grafico 3.4) riguardano il grado di partecipazione alle attività da parte dei vari attori (57,2%), la coerenza dei contenuti e le competenze acquisite (48%), la capacità di relazione unitamente alla percezione del sé ed all'autostima (32,8%).

**Grafico 3.4: Distribuzione percentuale della tipologia di indicatore utilizzato nella valutazione dei progetti censiti.**



Elaborazione sui dati ESPAD@Italia2007

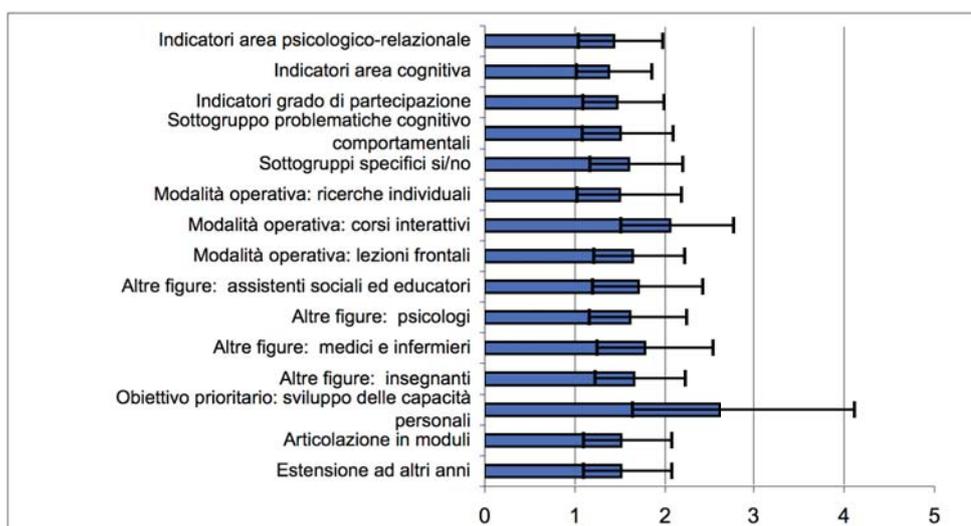
Anche in questo caso, come fatto in precedenza, sono stati definiti modelli di regressione logistica per indagare in merito alla probabilità di avere progetti con tipologia di contenuti specifici nel corso dell'anno scolastico 2007/2008 in base alle altre caratteristiche emerse dal questionario.

I contenuti considerati sono: 1) uso ed abuso di sostanze psicoattive legali ed illegali e di sostanze dopanti 2) problemi sociali e benessere personale, 3) sessualità e malattie sessualmente trasmissibili 4) salute mentale e riduzione del danno.

E' stata fatta un'analisi preliminare per mettere in relazione i vari raggruppamenti di contenuti con l'area geografica e con la tipologia di Istituto. Risulta associata agli istituti professionali piuttosto che ai licei la presenza di progetti delle due aree tematiche *uso ed abuso di sostanze psicoattive legali ed illegali e di sostanze dopanti* (OR=3,42;  $p<0,05$ ), *sessualità e malattie sessualmente trasmissibili* (OR=2,94;  $p<0,05$ ). I progetti relativi all'area *salute mentale e riduzione del danno* sono invece meno frequenti nelle scuole professionali piuttosto che ai licei (OR=0,41;  $p<0,05$ ). Si rileva un'associazione meno frequente anche tra il tema della *sessualità e delle malattie sessualmente trasmissibili* e la collocazione del progetto nelle scuole del sud Italia, rispetto al nord (OR=0,67;  $p<0,05$ ) ed un'associazione invece più frequente tra il tema *salute mentale e riduzione del danno* e la collocazione nell'Italia meridionale (OR=1,78;  $p<0,05$ )<sup>6</sup>.

Andando ad esaminare le interazioni tra caratteristiche e tipologia contenutistica delle attività, tenendo conto dell'area geografica e della tipologia d'Istituto, emerge (nel Grafico 3.5 vengono riportati i valori degli odds ratio ed i relativi intervalli di confidenza del 95% CI stimati per ciascuna variabile inserita nel modello statistico) che i progetti dell'area *uso ed abuso di sostanze psicoattive legali ed illegali e di sostanze dopanti* hanno come caratteristiche fondamentali quelle di avere come obiettivo lo sviluppo delle capacità personali (OR=2,59;  $p<0,05$ ), come modalità operativa quella dei corsi interattivi (OR=2,05;  $p<0,05$ ), delle lezioni frontali (OR=1,63;  $p<0,05$ ), e delle ricerche individuali (OR=1,49;  $p<0,05$ ); il coinvolgimento di figure professionali come medici ed infermieri (OR=1,77;  $p<0,05$ ), assistenti sociali ed educatori (OR=1,70;  $p<0,05$ ), e psicologi (OR=1,61;  $p<0,05$ ). Altri elementi associati a questa tipologia di contenuti sono l'estensione del progetto a più anni (OR=1,51;  $p<0,05$ ), e la sua articolazione in moduli (OR=1,50;  $p<0,05$ ). Vengono inoltre affrontate problematiche di tipo cognitivo-comportamentale (OR=1,50;  $p<0,05$ ) e utilizzati, per la valutazione, indicatori sia del grado di partecipazione (OR=1,46;  $p<0,05$ ), che di tipo psicologico - relazionale (OR=1,43;  $p<0,05$ ), e cognitivo (OR=1,37;  $p<0,05$ )<sup>7</sup>.

**Grafico 3.5: Rapporto di associazione (odds ratio) fra caratteristiche dei progetti e contenuto e percentuali della presenza della variabile di interesse articolata per assenza/presenza del contenuto. Uso di sostanze psicoattive legali ed illegali e di sostanze dopanti.**



Elaborazione sui dati ESPAD@Italia2007

6 Vedi Tavola 3.2 negli allegati: Parte 13.2 "Tavole di lavoro della Relazione".

7 Vedi Tavola 3.3 negli allegati: Parte 13.2 "Tavole di lavoro della Relazione".

Le caratteristiche associate ai progetti dell'area problemi sociali e benessere personale sono lo sviluppo delle capacità personali come obiettivo prioritario (OR=1,92; p<0,05), l'articolazione in moduli (OR=1,40; p<0,05) e l'inserimento dell'attività nel Piano di Offerta Formativa (POF) (OR=1,83; p<0,05). Le figure professionali coinvolte sono principalmente medici ed infermieri (OR=2,07; p<0,05), psicologi (OR=1,83; p<0,05) ed insegnanti (OR=1,70; p<0,05). In questo ambito vengono effettuate lezioni frontali (OR=1,35; p<0,05) e gli indicatori usati sono quelli dell'area cognitiva (OR=1,51; p<0,05)<sup>8</sup>.

Il contenuto tematico *sessualità e malattie sessualmente trasmissibili* definisce progetti che hanno estensione su più anni (OR=1,39; p<0,05) ed articolazione su più moduli (OR=1,71; p<0,05). Le figure principali coinvolte sono gli insegnanti (OR=1,64; p<0,05). La modalità operativa più utilizzata è il lavoro di gruppo (OR=1,37; p<0,05) e si prevede la creazione di sottogruppi specifici (OR=1,70; p<0,05). Viene prevista la valutazione (OR=1,97; p<0,05), di risultato o di processo (OR=2; p<0,05) attraverso indicatori sia del grado di partecipazione (OR=1,78; p<0,05), che dell'area psicologico-relazionale (OR=1,48; p<0,05)<sup>9</sup>.

I progetti indirizzati verso le tematiche della *salute mentale e riduzione del danno* sono articolati su più moduli (OR=1,51; p<0,05), si rivolgono a sottogruppi specifici relativamente alle problematiche cognitivo-comportamentali (OR=1,49; p<0,05) e a quelle dello svantaggio sociale (OR=1,51; p<0,05)<sup>10</sup>.

### 3.1.2 In Famiglia

In base alle risposte fornite dai referenti regionali al questionario europeo<sup>11</sup> sulla prevenzione universale i principali progetti/programmi di prevenzione universale sono quelli che si basano su incontri rivolti alle famiglie e/o ai genitori degli studenti e quelli basati sull'auto-aiuto o il reciproco aiuto tra le famiglie: la prima tipologia di programma risulta esplicitata nell'84% dei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e sociali regionali del 2007, e nello specifico nel 26% di tali documenti gli incontri con le famiglie sono riconosciuti come prioritari all'interno dei documenti, ed nel 58% circa sono menzionati ufficialmente.

I progetti/programmi di auto o reciproco aiuto tra le famiglie risultano citati in  $\frac{3}{4}$  (74%) dei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e sociali regionali del 2007, nella misura di  $\frac{1}{4}$  (26%) sono riconosciuti come prioritari e in circa la metà dei casi (47%) sono menzionati ufficialmente.

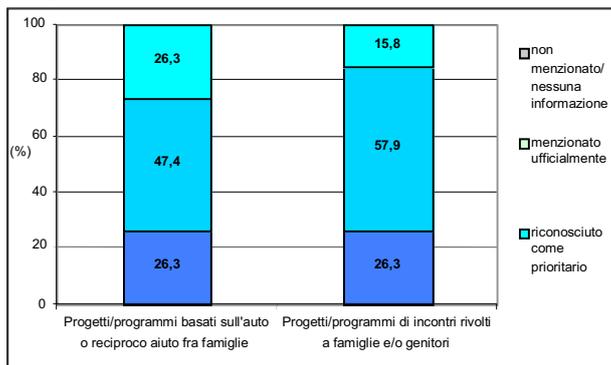
8 Vedi Tavola 3.4 negli allegati: Parte 13.2 "Tavole di lavoro della Relazione".

9 Vedi Tavola 3.5 negli allegati: Parte 13.2 "Tavole di lavoro della Relazione".

10 Vedi Tavola 3.6 negli allegati: Parte 13.2 "Tavole di lavoro della Relazione".

11 I questionari strutturati dell'EMCDDA riguardano aspetti quanti-qualitativi nell'ambito della prevenzione, del reinserimento sociale, dei trattamenti e interventi rivolti alla riduzione della mortalità droga-correlata; per sue caratteristiche strutturali, il livello di dettaglio delle risposte può variare notevolmente, da quelle più generiche a quelle più dettagliate; inoltre spesso all'interno di una stessa Regione diversi sono i referenti che rispondono al questionario, aumentandone la differenziazione tra le risposte; inoltre molti dati non si sono resi disponibili nei tempi di consegna previsti per la redazione della presente Relazione. Per questi motivi, si riportano in alcuni casi solo i progetti delle Regioni e PA per le quali il dato, maggiormente dettagliato, si sia reso disponibile al livello del dettaglio richiesto per la presente trattazione. Vedi Paragrafo 12.3 della Parte 12 "Approfondimenti Metodologici".

**Grafico 3.6: Distribuzione percentuale di riferimenti espliciti dei programmi rivolti alle famiglie nei documenti sulle politiche sanitarie e/o sociali nel 2007.**



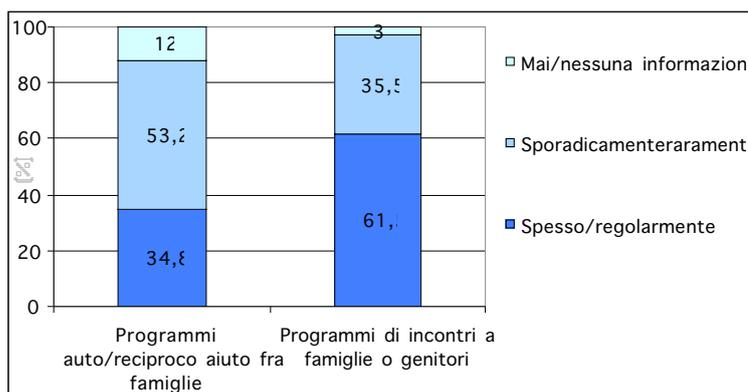
Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Tali progetti sono per lo più svolti all'interno delle scuole, e prevedono il coinvolgimento di più soggetti, quali gli insegnanti, gli studenti (appartenenti a scuole di ogni ordine e grado), le famiglie, gli operatori socio-sanitari.

Tra le Regioni che nel 2007 hanno implementato un maggior numero di progetti rivolti a famiglie e genitori di studenti posiziona l'Abruzzo, con un finanziamento complessivo di circa 820 mila euro.

Altre sezioni dei questionari strutturati dell'EMCDDA sono state compilate dai responsabili dei Dipartimenti per le dipendenze/Aree di coordinamento/ASL che hanno partecipato all'indagine SIMI@Italia; in base alle risposte fornite (Grafico 3.7), a livello dipartimentale si osserva che i programmi di prevenzione universale rivolta alle famiglie sono stati affrontati a livello locale per lo più con una bassa frequenza (sporadicamente/raramente nel 53% dei casi), mentre i programmi basati su incontri rivolti alle famiglie e/o ai genitori degli studenti sono stati per lo più (61,5%) affrontati spesso o con regolarità.

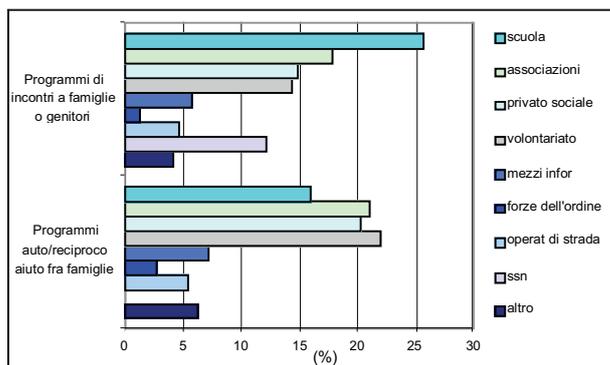
**Grafico 3.7: Distribuzione percentuale della frequenza con cui sono stati affrontati a livello dipartimentale i programmi rivolti alle famiglie nel 2007.**



Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia e dell'indagine con questionari EMCDDA sulle Regioni

I canali maggiormente utilizzati a livello dipartimentale per coinvolgere le famiglie nei progetti di prevenzione universale loro rivolti sono stati (Grafico 3.8) nel caso dei progetti di auto e reciproco aiuto il volontariato, le associazioni e il privato sociale, mentre negli incontri rivolti alle famiglie e/o genitori questi sono stati più frequentemente approcciati tramite la scuola (25,7%).

**Grafico 3.8: Distribuzione percentuale dei canali con cui sono state contattate e coinvolte le famiglie nei progetti di prevenzione universale implementati a livello dipartimentale nel 2007.**

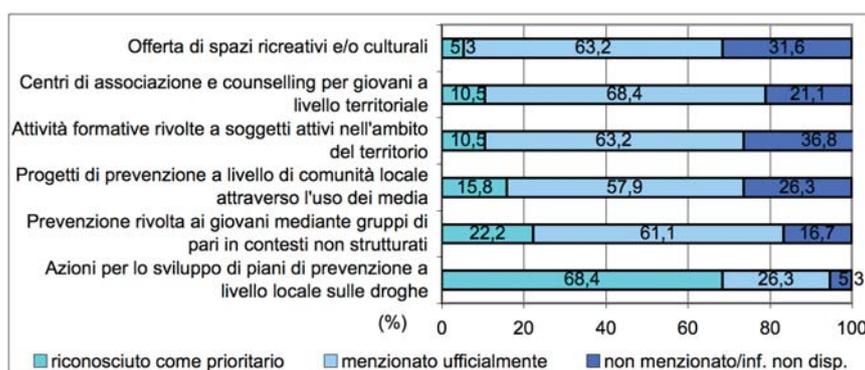


Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia e dell'indagine con questionari EMCDDA sulle Regioni

### 3.1.3 Nella società civile

In base al questionario predisposto dall'Osservatorio Europeo sulle droghe e le tossicodipendenze, le attività di prevenzione universale svolte nel corso del 2007 a livello locale, secondo i documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali regionali (Grafico 3.9), sono state quelle relative al potenziamento e sviluppo di piani di prevenzione a livello locale (in circa 2/3 - 68% - dei documenti risultano come "prioritarie" e nel 26,3% come "menzionate"), alla prevenzione rivolta ai giovani mediante gruppi di pari in contesti non strutturati (nel 22,2% dei documenti regionali risultano "prioritari e nel 61% "menzionati"), l'implementazione di centri di associazione e counselling (nel 68% dei documenti risultano come azioni "menzionate"), a cui segue il riferimento ufficiale nei documenti ufficiali regionali delle attività di creazione di spazi ricreativi e culturali, la formazione rivolta a soggetti particolarmente attivi nell'ambito territoriale (queste due ultime attività sono menzionate nel 63% circa della documentazione regionali) e la prevenzione attraverso l'uso dei media (nel 58% circa).

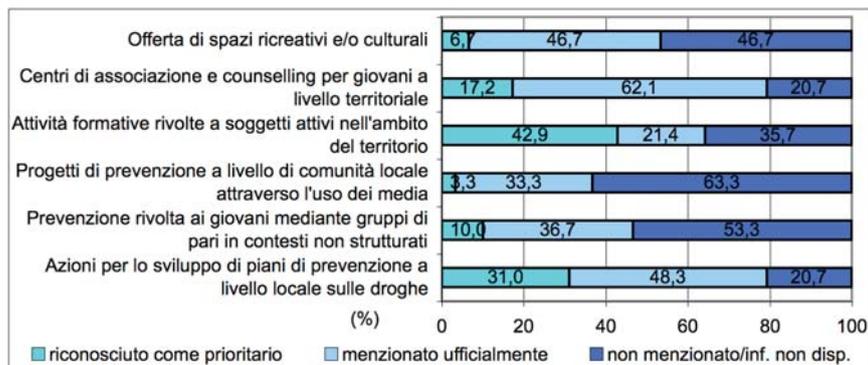
**Grafico 3.9: Distribuzione percentuale di riferimenti espliciti dei programmi rivolti alla comunità locale nei documenti sulle politiche sanitarie e/o sociali nel 2007.**



Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

L'importanza ai suddetti ambiti di intervento, rilevata a livello dei Dipartimenti per le dipendenze/Aree di coordinamento/ASL, evidenzia quote maggiori di rilevanza nei documenti ufficiali sanitari e/o sociali dei progetti formativi rivolti a soggetti nell'ambito del territorio (circa 43%) a cui seguono il riconoscimento ufficiale dei progetti inerenti i centri di associazione e counselling (62%), le azioni per lo sviluppo di piani di prevenzione (48%) e l'offerta di spazi ricreativi e culturali (47%).

**Grafico 3.10: Distribuzione percentuale di riferimenti espliciti dei programmi rivolti alla comunità locale nei documenti sulle politiche sanitarie e/o sociali dei Dipartimenti per le dipendenze/Aree di coordinamento/ASL nel 2007.**



Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia e dell'indagine con questionari EMCDDA sulle Regioni

Una delle Regioni in cui si è investito maggiormente nel 2007 verso la prevenzione universale a livello di comunità locale risulta essere la Toscana, con un finanziamento complessivo di 784 mila euro.

### 3.2 PREVENZIONE SELETTIVA E MIRATA

Gli interventi di prevenzione selettiva o mirata sono rivolti a specifici contesti o a sottogruppi di popolazione considerati maggiormente a rischio o vulnerabili rispetto alla popolazione nel suo insieme. Anche in questo caso, come strumento di rilevazione sono stati utilizzati i questionari messi a punto in base alle indicazioni dell'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze in materia di prevenzione selettiva e mirata, sia nei contesti ricreazionali, che fra specifici gruppi e famiglie a rischio.

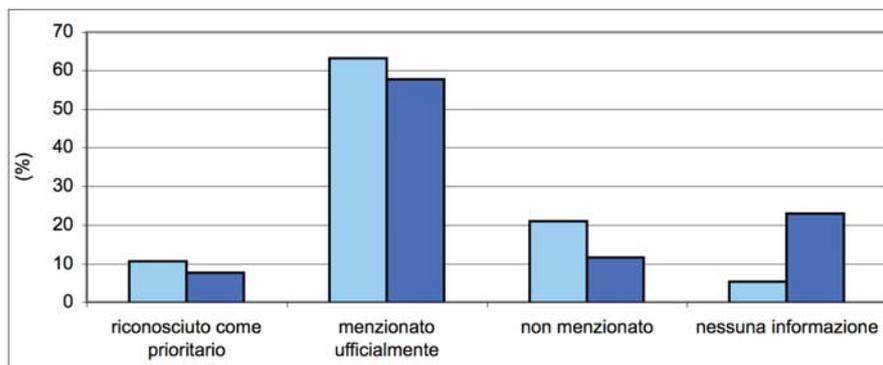
#### 3.2.1 In contesti ricreazionali

Nel 2007, i programmi di prevenzione rivolta ai giovani in contesti ricreazionali (cioè ragazzi frequentatori di stadi di calcio, concerti, rave party, pub e locali notturni) sono stati menzionati in quattordici Regioni e PA (e tra queste, in tre Regioni su quattro erano attivi almeno quattro progetti).

Tali progetti sono stati definiti "prioritari" nel 10% dei documenti ufficiali regionali in tema di politiche sociali e/o sanitarie, e "menzionati ufficialmente" nel 63% di questi (Grafico 3.11). Nel 21% non risultano presenti in tale documentazione.

Nella documentazione ufficiale in tema sociale e sanitario a livello dipartimentale la presenza di tale ambito di prevenzione risulta leggermente inferiore, laddove aumenta la mancanza di informazione (23% circa contro il 5,3% del livello regionale).

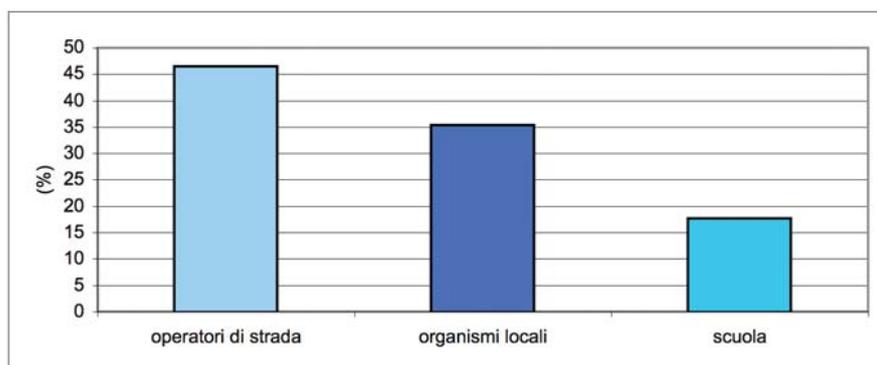
**Grafico 3.11: Distribuzione percentuale di riferimenti espliciti dei programmi rivolti ai soggetti in ambito ricreazionale nei documenti sulle politiche sanitarie e/o sociali a livello Regionale e Dipartimentale del 2007.**



Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia e dell'indagine con questionari EMCDDA sulle Regioni

L'approccio maggiormente utilizzato a livello dipartimentale nei progetti di prevenzione selettiva e mirata rivolta ai giovani in contesti ricreazionali evidenzia (Grafico 3.12) come tipo di setting più frequente gli operatori di strada (47%), seguiti dagli organismi locali e dalla scuola (rispettivamente 35% e 18%).

**Grafico 3.12: Distribuzione percentuale del canale di approccio utilizzato a livello dipartimentale nei progetti di prevenzione selettiva verso i giovani in contesti ricreazionali nel 2007.**



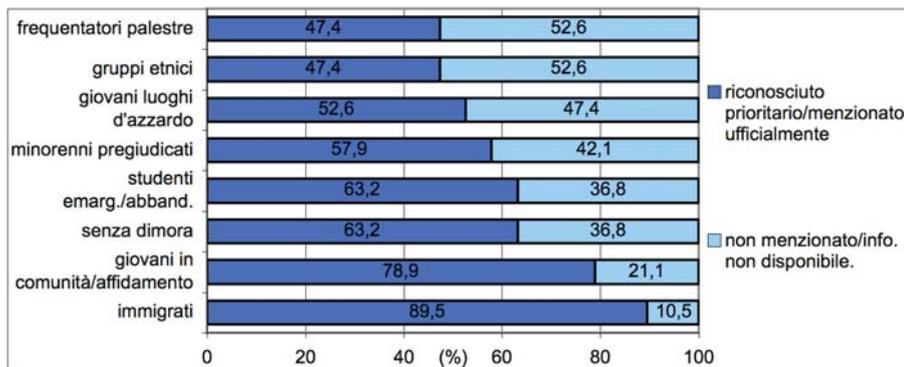
Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia e dell'indagine con questionari EMCDDA sulle Regioni

Tra le Regioni e PA che hanno attivato progetti che coinvolgessero i giovani in ambito ricreazionale (12 su 19), si possono menzionare la PA di Bolzano (con un progetto di 25 mila euro), le Regioni Piemonte (con un progetto di 61 mila euro) e Marche (con un progetto di 41 mila euro).

### 3.2.2 Fra gruppi a rischio

Nel corso del 2007, in tutti i documenti ufficiali sulle politiche sociali e/o sanitarie delle Regioni e PA (escluse Basilicata e Liguria) esistono differenti riferimenti espliciti inerenti alle attività di prevenzione selettiva rivolte ai vari gruppi target. Nello specifico (Grafico 3.13) le tipologie di gruppo a rischio considerate come più rilevanti sono quelle degli immigrati (nell'89% dei documenti regionali sono indicati o come "prioritari" o "menzionati ufficialmente"), i giovani in comunità o in affidamento (non in carcere) nel 79% circa dei documenti regionali, i senza fissa dimora e gli studenti con problemi di emarginazione scolastica e/o sociale e i giovani che abbandonano precocemente la scuola (nel 63% dei casi); all'incirca nella metà della documentazione ufficiale delle Regioni e PA si fa riferimento anche a target con problematiche di gioco d'azzardo, doping ed infine particolari gruppi etnici (rom, nomadi...).

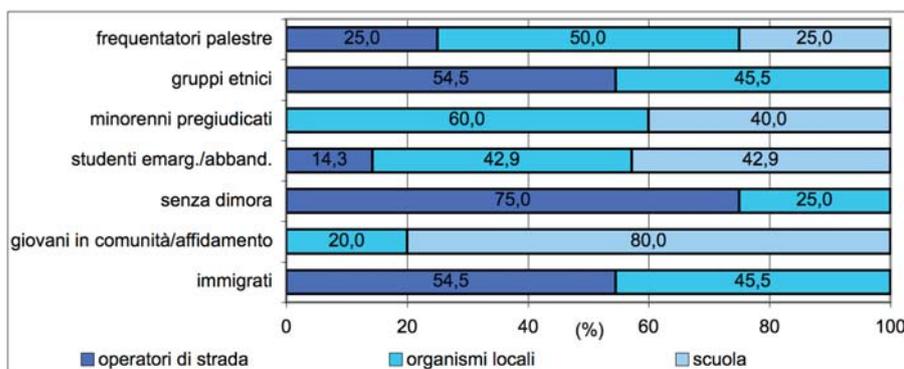
**Grafico 3.13: Distribuzione percentuale della rilevanza dell'attività di prevenzione selettiva e mirata rivolta ai gruppi a rischio nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali nel 2007.**



Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Il canale di approccio maggiormente utilizzato a livello dipartimentale nei progetti di prevenzione selettiva e mirata rivolta ai gruppi a rischio vede (Grafico 3.14) la scuola maggiormente coinvolta nei progetti che riguardano i ragazzi in comunità o in affidamento (80%), gli studenti che abbandonano precocemente la scuola o emarginati socialmente (40%) e i minori pregiudicati (43% circa); gli operatori di strada sono maggiormente utilizzati per approcciare i senza dimora (75%), gli immigrati e gli appartenenti a gruppi etnici (54%), mentre gli organismi locali sono il setting più frequente tra i minorenni pregiudicati o con problemi con la giustizia (60%) ed i frequentatori di palestre quali potenziali abusatori di steroidi ed altri farmaci per migliorare le prestazioni (50%).

**Grafico 3.14: Distribuzione percentuale del canale di approccio utilizzato a livello dipartimentale nei progetti di prevenzione selettiva verso i gruppi a rischio nel 2007.**



Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia e dell'indagine con questionari EMCDDA sulle Regioni

Una delle Regioni che nel 2007 ha investito maggiormente in progetti di prevenzione selettiva e mirata è stato il Veneto, che tra le diverse Aziende Ulss della Regione, ha finanziato progetti per complessivi 1.920.000 euro.

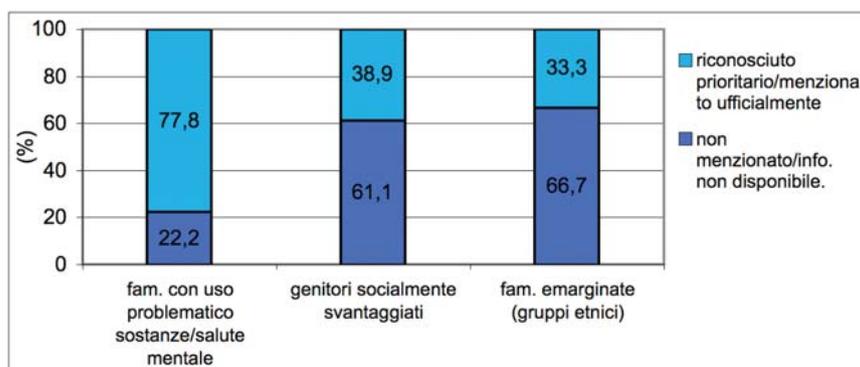
### 3.2.3 Su famiglie a rischio

Nel 2007, in due Regioni e PA su tre si sono attuati progetti di prevenzione selettiva rivolte a famiglie problematiche, e nello specifico con uso problematico di sostanze (alcol incluso) o con problemi di salute mentale al suo interno; in una Regione su quattro si sono implementati progetti di prevenzione mirata a genitori socialmente svantaggiati (disoccupati, senza fissa dimora) e a famiglie emarginate appartenenti a gruppi etnici.

I progetti/programmi rivolti a famiglie con uso problematico di sostanze/problemi di salute mentale, quelli maggiormente implementati, sono

stati progetti riconosciuti come prioritari e ufficialmente menzionati nel 78% circa dei documenti ufficiali regionali in tema di politiche sociali e/o sanitarie; i progetti rivolti a genitori socialmente svantaggiati sono stati riconosciuti come prioritari e ufficialmente menzionati nel 39% circa dei documenti regionali e i progetti su famiglie emarginate appartenenti a gruppi etnici lo sono ufficialmente presenti in un terzo della documentazione regionale (Grafico 3.15).

**Grafico 3.15: Distribuzione percentuale della rilevanza dell'attività di prevenzione selettiva e mirata rivolta a famiglie a rischio nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o**

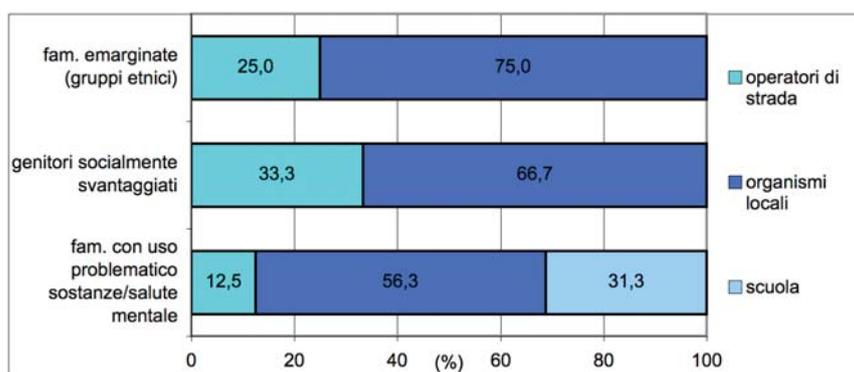


#### sociali nel 2007.

Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

A livello locale il canale di approccio maggiormente utilizzato nei progetti di prevenzione selettiva e mirata rivolta alle famiglie a rischio (Grafico 3.16) evidenzia come gli organismi locali siano il contatto d'approccio più frequente nei progetti riguardanti famiglie emarginate appartenenti a gruppi etnici (75% dei casi), così come nei progetti rivolti a genitori socialmente svantaggiati (2 su 3); nei progetti/programmi rivolti a famiglie con uso problematico di sostanze/problemi di salute mentale nel 56% dei casi il setting più frequente sono gli organismi locali, seguiti dal canale scolastico (31%) e dagli operatori di strada (12,5%).

**Grafico 3.16: Distribuzione percentuale del canale di approccio utilizzato a livello**



#### dipartimentale nei progetti di prevenzione selettiva verso le famiglie a rischio nel 2007.

Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia e dell'indagine con questionari EMCDDA sulle Regioni

Tra le Regioni e PA che hanno attivato nel 2007 progetti specificamente rivolti a famiglie problematiche si annoverano le Regioni Lazio (progetto di prevenzione per i figli di genitori tossicodipendenti da 124 mila euro) e Puglia (progetto nazionale contro le dipendenze diretto, tra gli altri, a famiglie problematiche e immigrati stagionali, per un importo annuale di 178 mila euro).



## **PARTE 4**

---

### **CONSUMATORI DI SOSTANZE PSICOATTIVE ILLEGALI CON BISOGNO DI CURA**

#### **4.1 Profilo dei soggetti in trattamento presso i SerT**

4.1.1 Analisi delle caratteristiche dei soggetti in trattamento presso i SerT nel corso del 2007

#### **4.2 Profilo dei soggetti inviati presso le Comunità terapeutiche**

4.2.1 Analisi delle caratteristiche dei soggetti in trattamento nel corso del 2007

#### **4.3 Stime di incidenza di utilizzatori con bisogno di cura**

#### **4.4 Stime del numero dei soggetti eleggibili al trattamento per uso di eroina e cocaina**



## CONSUMATORI DI SOSTANZE PSICOATTIVE ILLEGALI CON BISOGNO DI CURA

Il 2007, così come gli anni precedenti, ha visto crescere il numero dei soggetti in trattamento nei SerT (171.771 utenti). Tali soggetti hanno caratteristiche sostanzialmente stabili rispetto al passato, sia per quanto riguarda i nuovi che i vecchi utenti. Restano stabili anche le caratteristiche strutturali: il 21% sono nuovi utenti, l'87% sono maschi e l'età media è di 35 anni. Si osserva tuttavia un leggero incremento dell'età media dei nuovi utenti, pari a 31 anni nel 2007; la differenza di età tra i due gruppi tende quindi a diminuire.

Come negli anni precedenti, le sostanze che hanno determinato il trattamento sono, nella maggior parte dei casi, gli oppiacei (74%); anche se tra i nuovi utenti assume rilevanza superiore la quota di utenti in carico per uso di cocaina (25%) e di cannabis (16%). Gli IDU (consumatori per via endovenosa) rappresentano il 62% dell'utenza complessiva, e in particolare ricorre all'uso per via parenterale il 73% degli utilizzatori di oppiacei ed il 9% dei soggetti in trattamento per cocaina. Tale modalità di assunzione risulta associata soprattutto ad età più elevate e all'iniziazione precoce all'uso della sostanza.

Il 41% dell'utenza fa uso contemporaneo di più sostanze psicoattive illegali, questo valore raggiunge il 47% se si considera anche l'alcol. Il fenomeno riguarda soprattutto i soggetti in trattamento per uso di oppiacei.

Diminuiscono, in percentuale, gli utenti che chiedono un trattamento a seguito di invio da parte delle Prefetture, mentre aumentano quelli inviati da Strutture socio-sanitarie.

Il profilo della persona in trattamento per uso di oppiacei corrisponde a quello di un soggetto già conosciuto dai servizi in anni precedenti, con una scolarità di livello medio-basso, occupato o in cerca di occupazione, che vive da solo o in famiglia. Di contro i soggetti che sono in trattamento per cocaina sono in genere maschi, mai conosciuti prima dai servizi, disoccupati, vivono da soli o in strutture pubbliche (ovvero carcere). Differiscono, da questi, i soggetti che fanno un percorso terapeutico per cannabis; nel 58% dei casi inviati dalle prefetture, presentano un profilo di scolarità più elevato, vivono in condizioni abitative stabili e principalmente con i genitori.

Il 7% degli utenti sono di nazionalità straniera e sono, rispetto al resto dell'utenza, prevalentemente di sesso maschile e più giovani.

Il 10% dell'utenza in carico presso i SerT risulta in trattamento presso una Comunità terapeutica, previo invio del SerT stesso; ciò corrisponde a 16.433 persone che costituiscono il 90% della utenza in carico presso le strutture socio-riabilitative, complessivamente pari a 18.357 persone. Rispetto ai soggetti trattati nei SerT, l'invio in CT da parte dei SerT avviene con una probabilità maggiore per i nuovi utenti e per le femmine. Nelle Comunità risulta maggiore la proporzione di soggetti in trattamento per uso di oppiacei (79%), rispetto agli utenti in trattamento nei SerT.

In Italia si stima che, nel 2007, poco meno di 8 soggetti ogni 10.000 residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni siano diventati eleggibili al trattamento. In media gli utilizzatori di eroina intraprendono un percorso terapeutico entro 6 anni dall'inizio dell'uso della sostanza.

Si stimano, inoltre, che siano complessivamente poco più di 318.000 i soggetti eleggibili al trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze. Tale cifra corrisponde ad una prevalenza di circa 8 per mille residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni. Disaggregando per sostanza d'uso si hanno stime del 5 per mille per quanto riguarda gli eleggibili al trattamento per uso di oppiacei e del 4 per mille per uso di cocaina. Sono le regioni della costa tirrenica, fra Liguria e Campania, a registrare prevalenze più alte, a queste si aggiungono le Marche; mentre i valori minori si registrano negli estremi settentrionali e meridionali.



## 4.1 PROFILO DEI SOGGETTI IN TRATTAMENTO PRESSO I SERT

### 4.1.1 Analisi delle caratteristiche dei soggetti in trattamento presso i SerT nel corso del 2007

Come nel biennio precedente ed in attesa dell'entrata in funzione del nuovo sistema informativo delle dipendenze (SIND), si utilizzano nel presente capitolo le evidenze emerse dal Progetto SIMI@Italia<sup>1</sup> per tracciare il profilo dei soggetti che sono risultati in trattamento presso i SerT per uso di sostanze psicoattive illegali.

Nel 2007 il Progetto SIMI@Italia ha coinvolto 30 aree provinciali, basandosi su un campione non casuale di circa 40.945 soggetti, corrispondenti a circa il 24% degli utenti risultati in trattamento presso i servizi territoriali pubblici nel corso del 2007.

I dati raccolti attraverso il Progetto SIMI@Italia si basano sulla rilevazione per record individuali delle principali caratteristiche degli utenti in carico presso i SerT e permettono di effettuare analisi complesse finalizzate a dare una descrizione più completa degli utenti in trattamento.

Secondo quanto rilevato dal Ministero della Salute i soggetti che hanno ricevuto un trattamento nel 2007 presso i 516 servizi censiti (su 543 servizi attivi) sono stati 171.771. Si può stimare che nei 27 Servizi in cui non è stato rilevato il dato siano state trattate 8.681<sup>2</sup> persone; si stima quindi che nel 2007 siano stati trattati dai servizi quasi 180.500 soggetti (la stima corrisponde a 180.452 persone). Il dato risulta in leggero aumento rispetto al biennio precedente, essendosi verificato nel triennio un incremento medio annuo di quasi 2 punti percentuali e confermando un trend in crescita documentato ormai da diversi anni.

Considerando il tasso di prevalenza, dato dal rapporto tra il numero dei soggetti in carico in ogni anno e la popolazione residente di età compresa tra i 15 e i 54 anni d'età (registrata alla data del 1° gennaio di ogni singolo anno), si osserva che se nel 2005 si avevano circa 51 soggetti ogni 10.000 abitanti in carico presso i servizi, nel 2007 tale rapporto si attesta su di un valore di circa 54 persone ogni 10 mila residenti, a conferma dell'incremento già menzionato.

La quota di casi incidenti (**nuovi utenti**, coloro che effettuano una domanda di trattamento per la prima volta nel corso del 2007) si mantiene sullo stesso livello degli anni precedenti, essendo pari al 21% dell'utenza, mentre il restante 79% (**utenti già in carico**) è costituito da soggetti che proseguono un trattamento attivato in anni precedenti o che rientrano in trattamento, ad esempio a causa di una recidiva.

Nell'86% (2006:87%) dei casi l'utenza è costituita da soggetti di **genere maschile**; tale frazione è di un punto percentuale più alta nel collettivo dei nuovi utenti; i valori non hanno subito variazioni rispetto a quanto riscontrato nel biennio 2005-2006.

In leggero calo appare invece la quota di utenti appoggiati, cioè i soggetti che sono temporaneamente trattati presso un determinato servizio pur risultando presi in carico presso un altro; essi rappresentano il 13% dell'utenza in trattamento nel 2007, mentre ne costituivano il 16% nel 2005.

Sia nel collettivo maschile che in quello femminile si rileva come classe modale di età quella compresa tra 35 e 44 anni; essa rappresenta il 39% dei maschi (6% per i nuovi utenti e 33% per coloro già in carico da anni precedenti) ed il 35% delle femmine (4% nuovi e 30% già in carico). Proporzioni di poco inferiori

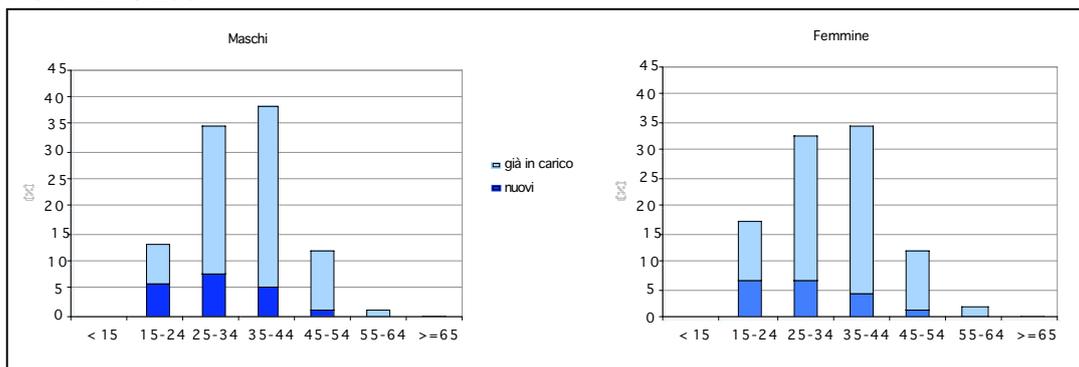
1 Vedi Paragrafo 12.4 della Parte 12 "Approfondimenti Metodologici".

2 Alla data del 1° giugno 2008 sono state rilevate le informazioni contenute nelle schede ministeriali (annuali) del 95% dei complessivi servizi per le tossicodipendenze presenti sul territorio nazionale. Su tale copertura si è calcolata la stima del numero di utenza media per provincia e tale cifra si è applicata a tutte le province con copertura parziale, raggiungendo la stima complessiva di seguito presentata.

presenta la classe precedente, quella di età compresa tra 25 e 34 anni, con il 35% dei maschi ed il 33% delle femmine (Grafico 4.1).

L'utenza in carico nel 2007 presenta caratteristiche strutturali stabili, non soltanto rispetto al genere ed alla tipologia di utenza, come osservato in precedenza, ma anche rispetto all'**età media** dei pazienti, che si attesta intorno ai 35 anni anche quest'anno come nel biennio precedente. Di qualche anno più giovani risultano i nuovi utenti, con un età media di 31 anni, rispetto agli utenti già noti che hanno in media 36 anni; tale differenza tende ad assottigliarsi col passare degli anni.

**Grafico 4.1: Distribuzione percentuale dell'utenza per tipologia di utente, genere e classi d'età. Anno 2007.**

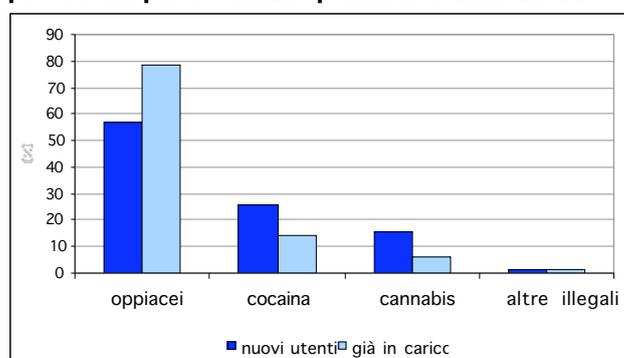


Elaborazione su dati del Progetto SIMI@Italia

Come negli anni precedenti si conferma anche quest'anno la preponderanza di utenti in carico ai SerT per uso di oppiacei (eroina ed altri oppiacei); il 74% dell'utenza complessiva presenta tale tipologia di sostanze come "primaria" e la quota risulta di poco superiore rispetto a quella riscontrata sia nel 2005 che nel 2006 (73%). Segue la cocaina, definita "primaria" per il 16% degli utenti, stabile rispetto al 2006, e la cannabis, per l'8%, valore in decremento rispetto al biennio precedente (10% nel 2005 e 9% nel 2006); infine, l'1% dell'utenza risulta in trattamento per uso "primario" di altre sostanze illegali.

La situazione diversa si presenta se si disaggregano gli utenti. Tra gli utenti già in carico, la quota di utenti in trattamento per abuso di oppiacei risulta pari al 79%, contro percentuali più basse sia tra gli utilizzatori di cocaina (14%) che di cannabis (6%). Tra i casi incidenti assume rilevanza nettamente superiore la quota di soggetti consumatori di cocaina (25%) e di quelli presi in carico per disturbi correlati all'uso di cannabis (16%) (Grafico 4.2).

**Grafico 4.2: Distribuzione percentuale dei nuovi utenti e di quelli già in carico da anni precedenti per sostanza "primaria". Anno 2007.**



Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia

Oltre la metà degli utenti in carico dichiara di assumere la sostanza "primaria" per via iniettiva (56%) e tale proporzione è costituita in maggioranza da utenti eroinomani, che ricorrono alla via iniettiva nel 73% dei casi, e da cocainomani, che lo fanno nel 9% dei casi. Si aggiungono a questi un numero consistente di soggetti che pur non dichiarando un uso iniettivo della sostanza primaria, riferiscono di aver fatto ricorso alla via parenterale almeno una volta nella vita; si ha quindi che gli IDU rappresentano complessivamente il 62% dell'utenza in carico.

Distinguendo l'utenza tra casi incidenti e casi già noti da anni precedenti si osserva che l'uso della via parenterale della sostanza primaria è maggiore nel secondo gruppo, nel quale si hanno quote del 75% tra gli eroinomani e del 10% tra i cocainomani; tra i nuovi utenti, invece, ricorrono alla via iniettiva il 57% dei consumatori di eroina ed il 5% di cocaina.

Se si considerano soltanto gli utilizzatori di oppiacei e di cocaina come sostanze primarie è possibile ricorrere ad un modello logistico<sup>3</sup> per approfondire il profilo dei soggetti che assumono la sostanza per via iniettiva e le caratteristiche associate a tale comportamento.

Si evidenzia che, a parità di altre caratteristiche, gli utenti di età più elevata (al di sopra dei 35 anni) prediligono l'assunzione per via iniettiva con una probabilità più che doppia rispetto ai più giovani; anche l'aver cominciato ad assumere la sostanza (eroina o cocaina) prima dei 18 anni risulta, un fattore associato "positivamente" all'uso della sostanza per via iniettiva. Inoltre l'assunzione di oppiacei o cocaina attraverso tale modalità caratterizza maggiormente gli utenti già noti al servizio piuttosto che i nuovi.

Considerando l'utenza in carico distinta per sostanza psicoattiva primaria, sono stati calcolati e riportati sul Grafico 4.3 i valori medi dell'età di primo uso riferita, dell'età di prima presa in carico e dell'età attuale.

Risulta evidente, innanzitutto, che vi è una forte differenziazione dell'**età media attuale** dei soggetti sulla base alla sostanza utilizzata: se da un lato troviamo una certa similitudine tra quella dei consumatori di oppiacei e di cocaina, tra i quali si misura solo un anno di differenza, (cocaina: 36 anni in media; eroina: 35 anni) si osserva in parallelo una differenza di nove/dieci anni rispetto a coloro che fanno uso di cannabinoidi (età media 26 anni circa).

Nel confronto con il biennio 2005-2006 si osserva che, se per gli utenti con sostanza primaria oppiacei o cannabis l'età media presenta una certa stabilità, per i soggetti in carico per uso di cocaina si rileva un tendenziale invecchiamento, con un'età media di 33 e 35 anni, rispettivamente nel 2005 e 2006.

I soggetti in trattamento per uso di cannabis sono coloro che hanno effettuato per primi nella vita una domanda di trattamento (con un'**età media di prima presa in carico** pari a 24 anni), a cui seguono gli eroinomani presi in carico per la prima volta in media a 29 anni ed infine i cocainomani a 34 anni in media.

Sono ancora i consumatori di cannabis coloro che dichiarano l'**età media di primo uso** (18 anni) più bassa, valore che resta comunque superiore rispetto a quanto stimato sia a livello di mass media che di studi condotti sulla popolazione (es. studio IPSAD®Italia<sup>4</sup> sui consumi nella popolazione generale). Gli utenti trattati per problemi legati al consumo di oppiacei riferiscono un'età media di "iniziazione" di 21 anni, i cocainomani di 22 anni.

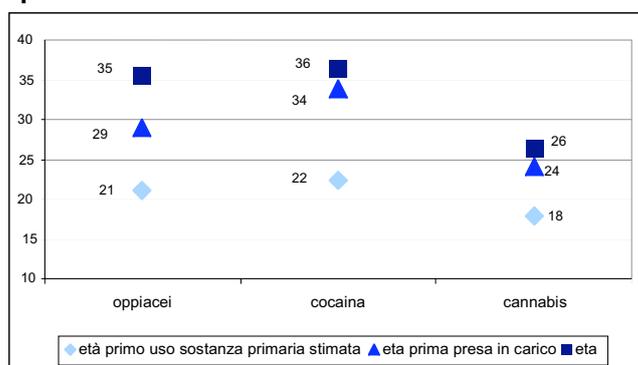
L'intervallo di **latenza**, definito come il periodo che intercorre tra il momento di primo utilizzo della sostanza e la prima richiesta di trattamento (per problemi derivanti dall'uso di quella determinata sostanza), assume valori elevati per quanto riguarda gli assuntori di cocaina (9 anni) mentre è leggermente minore per le sostanze oppiacee ed i derivati della cannabis (7 anni).

<sup>3</sup> Vedi Tavola 4.1 negli Allegati: Parte 13.2 "Tavole di lavoro della Relazione".

<sup>4</sup> Vedi Paragrafo 12.4 della Parte 12 "Approfondimenti Metodologici".

La differenza tra età media di prima presa in carico ed età attuale sta globalmente a significare la durata media del periodo "emerso" (successivo alla prima presa in carico) delle persone in trattamento; risulta più elevata tra i consumatori problematici di eroina che rappresentano da molti anni il core-business dell'utenza dei SerT (con una media di 6 anni), e più bassa per i consumatori problematici di cocaina, mediamente in carico da 3 anni; questi ultimi sono divenuti utenti dei SerT solo in anni recenti e sono soggetti a maggiori problemi di ritenzione in trattamento, stante anche l'assenza di strumenti farmacologici specifici. Il valore basso tra i consumatori di cannabis (2 anni) potrebbe piuttosto riflettere la durata media più breve dei programmi specifici (molto più frequentemente attivati in seguito ad invio della Prefettura (cfr. 5.4) e una più alta prevalenza di dimissioni a termine.

**Grafico 4.3: Distribuzione dei valori medi dell'età di primo uso della sostanza primaria, dell'età di prima presa in carico e dell'età attuale dei soggetti in carico per sostanza "primaria". Anno 2007.**



Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia

Nel 2007 la percentuale di utenti che utilizza almeno un'altra sostanza psicoattiva oltre a quella per la quale riceve il trattamento risulta leggermente in calo rispetto agli anni precedenti, pur oscillando sempre intorno alla metà dell'utenza (la quota è del 47% nell'anno di riferimento contro il 48% riscontrato nel 2005 ed il 49% del 2006).

Se si considerano soltanto le sostanze psicoattive illegali si ha che il **concomitante utilizzo di più sostanze** riguarda il 41% dell'utenza complessiva; e nello specifico il 32% utilizza solo due sostanze mentre il 9% tre o più.

Il fenomeno si presenta con maggior frequenza tra i soggetti già in carico tra i quali il 46% utilizza più sostanze (ed il 10% più di due), mentre si riduce praticamente alla metà tra i nuovi utenti, che presentano poliabuso nel 26% dei casi (il 7% con più di due) (Tabella 4.1).

Volendo tracciare un profilo generico rispetto al fenomeno del poliabuso possiamo dire che tra gli utenti già in carico:

- le persone che fanno uso di una sola sostanza sono per lo più in trattamento per uso di oppiacei e costituiscono il 39% dell'utenza già nota ai servizi, insieme ad un 10% di utenti che usa solo cocaina e ad un 5% che usa solo cannabinoidi;
- i soggetti policonsumatori già in carico sono soprattutto consumatori di oppiacei (39% del collettivo) e in minor misura di cocaina (4%) e di cannabis (1,4%).

Tra gli utenti incidenti poliassuntori è leggermente più uniforme la distribuzione delle sostanze "primarie" consumate (40% eroina, 19% cocaina e 13% cannabinoidi), in confronto a quella di coloro che dichiarano l'uso di un'unica sostanza.

**Tabella 4.1: Distribuzione percentuale dell'utenza in carico nei SerT per numero di sostanze psicoattive illegali consumate e tipologia di utenti. Anno 2007.**

		Utenti già in carico	Nuovi utenti
Utilizzatori di una sola sostanza		54,5%	74%
	due sostanze	35,7%	19,2%
Utilizzatori di più sostanze		9,8%	6,8%
	tre o più sostanze	9,8%	6,8%
totale		45,5%	26,0%

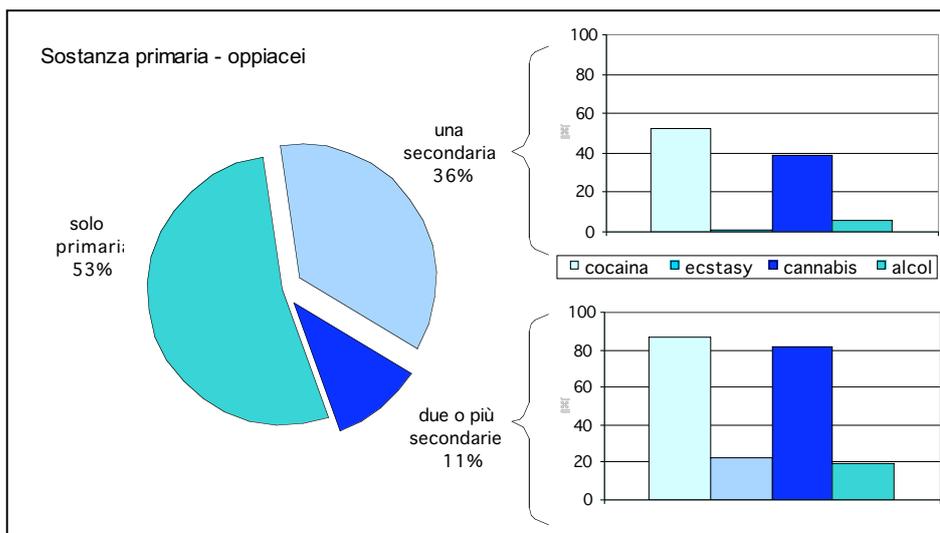
Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia

L'analisi del numero e del tipo di sostanze "secondarie" consumate secondo la distinzione per tipologia di sostanza "primaria" può fornire un contributo nello studio delle principali associazioni che caratterizzano il poliabuso.

Nel Grafico 4.4 è possibile osservare che gli utenti in trattamento per uso di oppiacei ricorrono all'uso concomitante di più sostanze illegali nel 47% dei casi.

Se si distinguono i poliassuntori in due gruppi - (a) coloro che, oltre alla primaria, assumono un'unica sostanza "secondaria" (b) quelli che ne assumono due o più - è possibile osservare che tra i soggetti in trattamento per disturbi correlati all'uso di oppiacei si trovano come sostanze di associazione preferite la cocaina (53% nel primo gruppo e 87% nel secondo gruppo) e la cannabis (39% ed 82% rispettivamente).

**Grafico 4.4: Distribuzione percentuale degli utenti in trattamento per uso di oppiacei in**

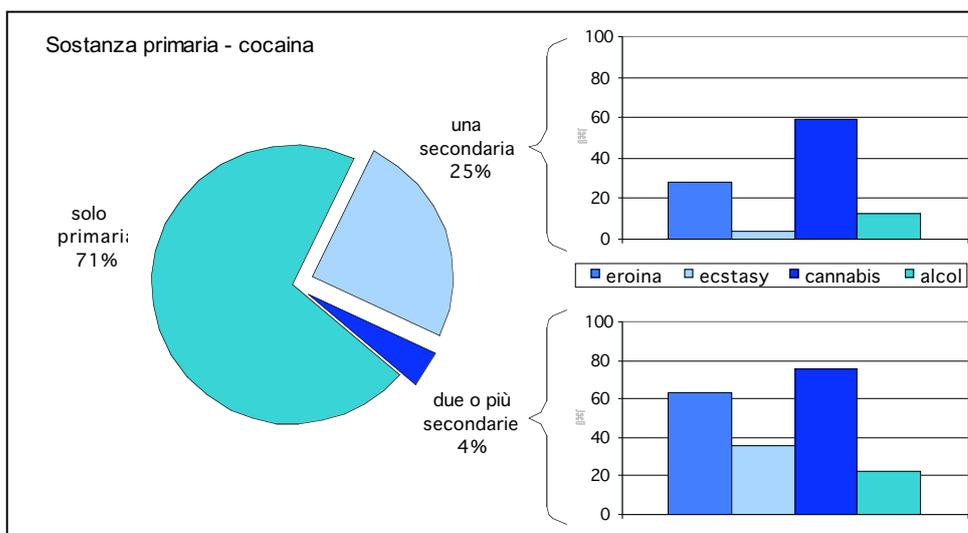


**base al numero e al tipo di sostanze "secondarie" consumate. Anno 2007.**

Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia

Si osserva altresì che tra i soggetti cocainomani prevalgono gli utilizzatori di un'unica sostanza (71%, dato nettamente superiore a quello rilevato con le indagini campionarie sulla popolazione generale 18%, e studentesca, 13%) e che i poliabusatori prediligono come sostanza concomitante prevalentemente la cannabis (utilizzata dal 60% dei consumatori di una sola secondaria e dal 76% dei consumatori di più sostanze secondarie), a cui si aggiunge l'utilizzo di eroina nel 63% dei soggetti pluriconsumatori. (Grafico 4.5).

**Grafico 4.5: Distribuzione percentuale degli utenti in trattamento per uso di cocaina in**

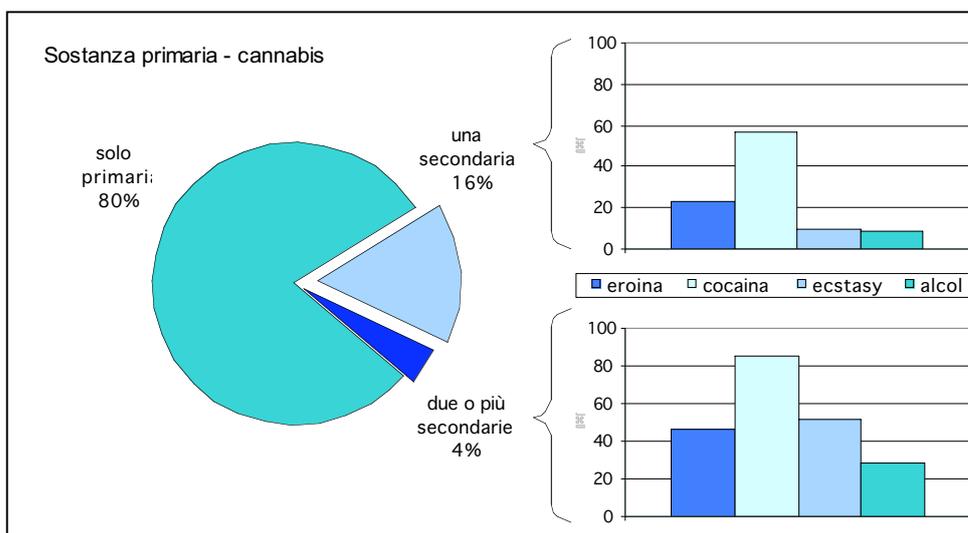


base al numero e al tipo di sostanze "secondarie" consumate. Anno 2007.

Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia

I soggetti che hanno richiesto un trattamento per uso di cannabis sono per la maggior parte utilizzatori di una sola sostanza (80%), dato simile a quello rilevato nella popolazione generale, 89% (cfr. 2.1.6), e nella popolazione degli adolescenti secolarizzati, 85% (cfr. 2.2.7). La cocaina pare essere la sostanza maggiormente associata sia per coloro che, in trattamento di cannabis, utilizzano solo un'altra sostanza, nel qual caso l'80% ha cocaina associata, che tra i poliassuntori di 3 o più sostanze psicoattive.

**Grafico 4.6: Distribuzione percentuale degli utenti in trattamento per uso di cannabis in**



base al numero e al tipo di sostanze "secondarie" consumate. Anno 2007.

Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia

L'utilizzo di un modello statistico di regressione logistica<sup>5</sup> evidenzia una maggiore propensione al policonsumo da parte dei soggetti trattati per uso primario di oppiacei, di età inferiore ai 35 anni e che risultano già in carico da anni precedenti.

<sup>5</sup> Vedi Tavola 4.2 negli Allegati: Parte 13.2 "Tavole di lavoro della Relazione".

Se si considera il collettivo dei soli casi incidenti, è possibile osservare che il **canale di invio**, alla stessa stregua del 2006, è principalmente quello volontario, che caratterizza il 38% dei nuovi utenti; il 18% del collettivo arriva ai servizi perché inviato dalle Prefetture, il 24% attraverso Strutture di tipo socio sanitario e il rimanente 21% attraverso altri canali (tra cui si contano familiari o amici per il 6% e le Autorità Giudiziarie in esecuzione degli artt. 90 e 94 del TU 309/90 per il 4%).

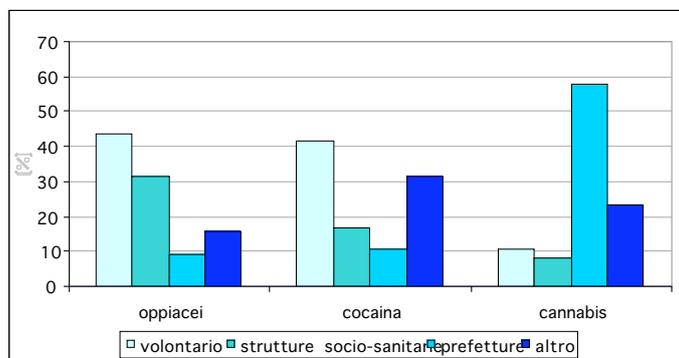
Rispetto al biennio precedente, si rileva una diminuzione della quota percentuale di domande spontanee di trattamento (43% nel 2005) e di quelle dovute ad invii da parte delle Prefetture (20% nel 2005 e 19% nel 2006) mentre si accentua la proporzione di invii da parte di strutture socio-sanitarie (18% nel 2005 e 19% nel 2006) o di altre strutture (19%).

Il canale di invio si presenta diversificato se si distinguono i casi incidenti in base alla sostanza per cui risultano in trattamento.

Tra i consumatori problematici di oppiacei la scelta volontaria si riscontra nel 44% degli utenti, il 31% risulta inviato ai servizi da strutture socio sanitarie, il 9% risulta inviato dalle Prefetture ed il rimanente 16% è giunto attraverso altri canali. Anche tra i consumatori di cocaina si osserva una prevalenza di utenti che si rivolgono spontaneamente ai servizi (il 42%), il 10% vi è inviato dalle Prefetture, il 17% attraverso strutture socio sanitarie e il rimanente 31% vi giunge attraverso altri canali.

La maggior parte dei soggetti in trattamento per uso di cannabis risulta invece inviata ai Servizi dalle Prefetture (58%), o da strutture socio sanitarie (8%), mentre in percentuali piuttosto ridotte si rivolgono volontariamente ai SerT (11%). Infine il 23% vi giunge attraverso altri canali (Grafico 4.7).

**Grafico 4.7: Distribuzione percentuale dei nuovi utenti in carico secondo il canale di invio che determina la domanda di trattamento per gruppi di sostanza "primaria". Anno 2007.**



Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia

Considerando il collettivo dei soli soggetti presi in carico dai Servizi per la prima volta nel 2007 in quanto **inviati dalle Prefetture** a seguito di una segnalazione (artt. 75 o 121 DPR 309/90) si evince, dalla distribuzione della sostanza definita "primaria", cioè quella per cui si è in trattamento (non necessariamente uguale a quella di segnalazione), che il collettivo è costituito prevalentemente da consumatori di cannabis (55%), di oppiacei (30%) e solo in minor parte da utilizzatori di cocaina (15%). E' un collettivo prettamente maschile (solo il 6% sono femmine) e piuttosto giovane rispetto all'utenza generale (25 anni l'età media e il 90% al di sotto dei 34 anni). Sono persone che utilizzano quasi esclusivamente un'unica sostanza (90%) e che soltanto in minima parte ha fatto ricorso alla via iniettiva (il 6%) almeno una volta nella vita. Mediamente hanno iniziato a 19 anni l'uso della sostanza per cui risultano in trattamento.

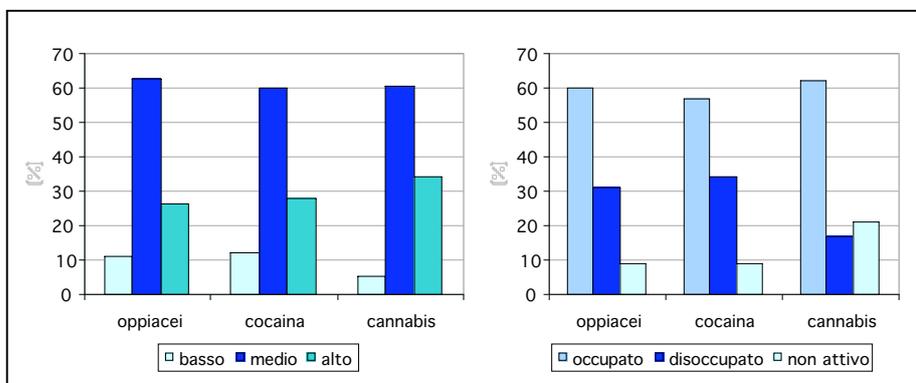
Tornando al collettivo generale, si analizzano di seguito alcune caratteristiche socio-economiche dei soggetti in carico presso i SerT. La maggior parte degli utenti in carico (62%) dichiara di avere un **livello di istruzione** medio, l'11% ha

frequentato al massimo le scuole elementari ed il 27% ha un più elevato livello di istruzione. Nella disaggregazione per sostanza "primaria" non si evincono caratteristiche peculiari nei soggetti eroinomani e cocainomani rispetto alla situazione generale, mentre si osserva un più elevato livello di istruzione tra gli utilizzatori di cannabis tra i quali ben il 34% presenta un livello di istruzione elevato.

Il collettivo presenta tratti sostanzialmente omogenei anche rispetto alla **condizione occupazionale**, indipendentemente dalla sostanza utilizzata; la maggior parte degli utenti (59%) risulta occupata, il 31% dei soggetti in carico è disoccupato e il rimanente 10% è economicamente non attivo.

La percentuale di disoccupati è maggiore tra i soggetti cocainomani (34%) e risulta superiore alla media la quota di soggetti non attivi - verosimilmente in gran parte studenti - tra i consumatori di cannabis (21%) (Grafico 4.8).

**Grafico 4.8: Distribuzione percentuale dell'utenza in trattamento presso i SerT in base alla scolarità (a sinistra) ed alla condizione occupazionale (a destra) secondo la sostanza che**

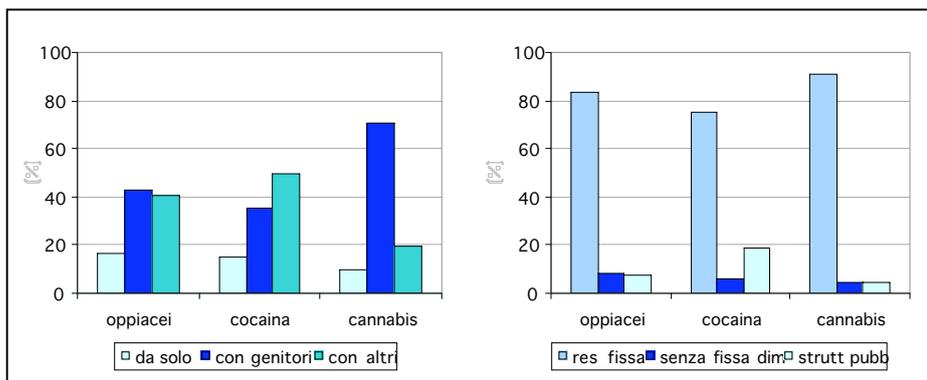


**determina il trattamento. Anno 2007.**

Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia

Ancora una volta l'analisi della **condizione abitativa** mette in evidenza la differente condizione socio-demografica degli utilizzatori di cannabis rispetto agli altri utenti. Troviamo così da un lato gli utilizzatori di opiacei e di cocaina che in meno della metà dei casi abitano con i genitori (rispettivamente 43% e 35%) o con altri (rispettivamente 41% e 50%), mentre tra i consumatori di cannabis si ha che ben il 71% di essi dichiara di abitare con i genitori, contro quote inferiori di utenti che abitano con altre persone (il 20%) o da soli (il 10%).

La maggior parte degli utenti in carico (83%) ha una **residenza** fissa, l'8% non ha dimora ed il 9% risiede in strutture pubbliche. Tale distribuzione si mantiene sostanzialmente la stessa anche nella disaggregazione per tipologia di sostanza, con l'unica eccezione di rilievo per quanto concerne gli utenti in trattamento per uso di cocaina che nel 19% dei casi risiedono in strutture pubbliche (Grafico 4.9).

**Grafico 4.9: Distribuzione percentuale dell'utenza in trattamento presso i SerT in base alla condizione abitativa (con chi - grafico a sinistra e dove - grafico a destra), secondo la**

**sostanza che determina il trattamento. Anno 2007.**

Elaborazione sui dati del Progetto SIMI®Italia

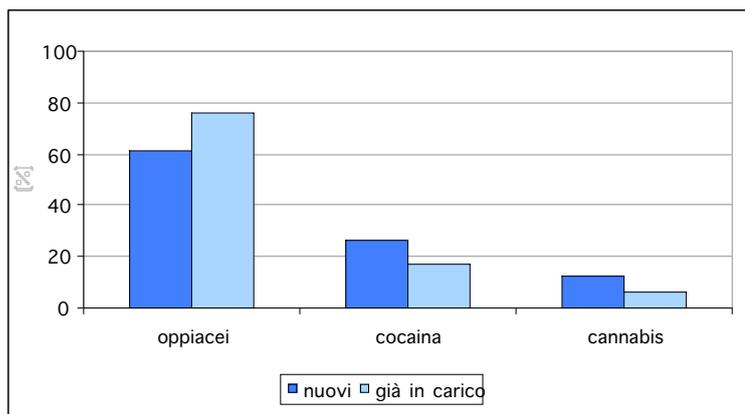
Sempre sulla base dei risultati di modelli di regressione logistica<sup>6</sup>, è possibile descrivere sinteticamente le caratteristiche socio-economiche dei soggetti che stanno facendo un percorso terapeutico-riabilitativo per uso di eroina, di cocaina e di cannabis.

Si osserva innanzitutto che **gli utilizzatori di oppiacei** costituiscono un collettivo composto da soggetti con livelli di scolarità bassi o medi, occupati o in situazione di disoccupazione piuttosto che inattivi, vivono con i genitori o da soli piuttosto che con altre persone, per i quali l'essere senza dimora diventa un fattore di rischio rispetto all'avere una residenza stabile. Gli **utenti** in trattamento **per uso di cocaina** tendono invece ad avere livelli di scolarità leggermente più elevati rispetto al resto dell'utenza, abitano da soli o con altri piuttosto che con i genitori e, con maggior probabilità rispetto al resto dell'utenza, in strutture pubbliche, sono prevalentemente maschi. Infine vi è il collettivo dei **consumatori di cannabis** che presenta un livello di istruzione molto più elevato, inattivi (probabilmente studenti) piuttosto che occupati o disoccupati e vivono con i genitori piuttosto che con altri o da soli ed in una residenza stabile.

I **soggetti di nazionalità straniera** in carico presso i SerT rappresentano il 7% dell'utenza complessiva. Sono più frequentemente maschi (il 90% di essi) e più giovani (32 anni, l'età media) e sebbene prevalgano gli utenti già in carico (64%), risulta superiore rispetto all'utenza complessiva la quota di casi incidenti (36%).

Tra i soggetti stranieri troviamo come sostanze "primarie" principalmente gli oppiacei (71% dei casi), la cocaina (20%) e la cannabis (8%). Considerando gli utenti in base al periodo di arrivo al servizio, si osserva una quota più elevata di nuovi utenti, rispetto agli utenti già in carico, che si rivolgono ai servizi per consumo di cocaina (26% contro 17%) e cannabis (12% contro 6%) (Grafico 4.10).

<sup>6</sup> Vedi Tavola 4.3 negli Allegati: Parte 13.2 "Tavole di lavoro della Relazione".

**Grafico 4.10: Distribuzione percentuale dell'utenza straniera per sostanza "primaria" e tipologia. Anno 2007.**

Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia

L'analisi delle caratteristiche socio demografiche dei soggetti stranieri in trattamento mostra che il livello di istruzione prevalente è quello medio (57%), il 29% ha un grado di istruzione elevato (frequenza maggiore che nella quota d'utenza italiana) e il 15% basso. Ben il 43% risulta disoccupato contro una percentuale di occupati di poco superiore (49%).

Rispetto alla condizione abitativa emerge invece che il 59% degli utenti stranieri abita con altre persone, il 16% da solo e il 25% con i genitori.

## 4.2 PROFILO DEI SOGGETTI INVIATI PRESSO LE COMUNITÀ TERAPEUTICHE

### 4.2.1 Analisi delle caratteristiche dei soggetti in trattamento nel corso del 2007

Il numero di utenti complessivamente trattati presso le comunità terapeutiche nel corso del 2007 è pari a 18.357, secondo i dati trasmessi dalla Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica del Ministero dell'Interno (Cnfr. cap. 5 par. 1).

Confrontando tale dato con quanto rilevato dal Ministero della Salute, secondo cui nel 2007 i SerT hanno gestito, tra nuovi invii e prosecuzioni di inserimenti degli anni precedenti in trattamento presso le Comunità Terapeutiche, complessivamente 16.433 utenti (pari al 10% circa dell'utenza in carico nei Servizi); si ha che il 90% dei soggetti complessivamente in carico nelle strutture socio-riabilitative risulta inviato dai SerT. Attraverso le evidenze emerse dal Progetto SIMI@Italia è possibile fornire un profilo di tale specifica tipologia di utenza.

Il 25% di essi è costituito da nuovi utenti, mentre il rimanente 75% è rientrato nell'anno in corso o risulta continuativamente in carico dagli anni precedenti. Si osserva dunque una quota superiore di nuovi utenti rispetto a quanto riscontrato per l'utenza generale in carico ai SerT (21%); e ciò significa che l'**invio in CT** avviene con una probabilità maggiore per i nuovi utenti rispetto agli utenti già noti. La percentuale dei nuovi utenti è simile tra il collettivo maschile (26%) e quello femminile (25%).

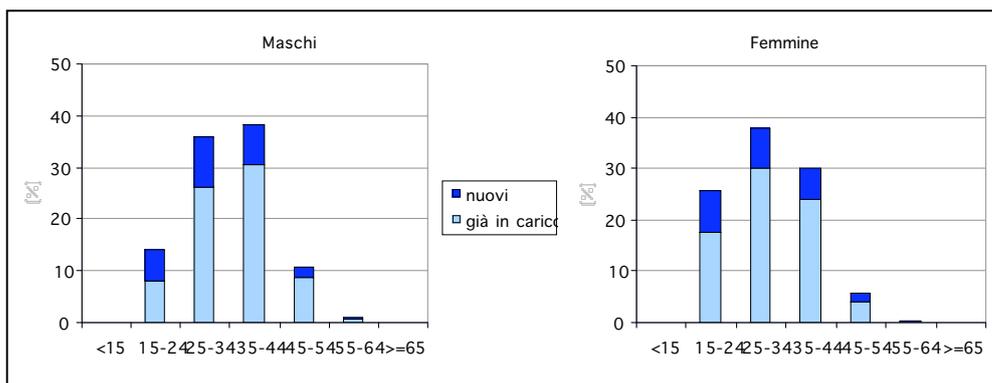
L'84% dei soggetti è di  **sesso** maschile e il 16% è costituito da femmine; proporzione che mostra una maggior presenza femminile rispetto all'utenza SerT (14%), e dunque una probabilità per le femmine superiore del 15% di essere gestite in CT rispetto al collettivo maschile.

Vi è solo una lieve differenza nella composizione per **età media** tra i due gruppi di utenti: 34 anni per gli utenti in CT e 35 per quelli in trattamento nei SerT; tale

differenza si accentua se si prendono in considerazione soltanto le femmine, che risultano più giovani se in trattamento nei SerT (31 anni contro 35).

Distinguendo il collettivo per sesso, tipologia e classi di età, si rileva che il 36% delle femmine (28% utenti già in carico e 12% nuovi), ha un'età compresa tra i 35-54 anni, mentre i maschi in queste classi di età sono il 49% (40% utenti già in carico e 9% nuovi); inoltre la quota rilevata nelle femmine di 15-24 anni è quasi doppia rispetto a quella dei coetanei (26% femmine contro 14% maschi) (Grafico 4.11).

**Grafico 4.11: Distribuzione percentuale dell'utenza in trattamento residenziale per**

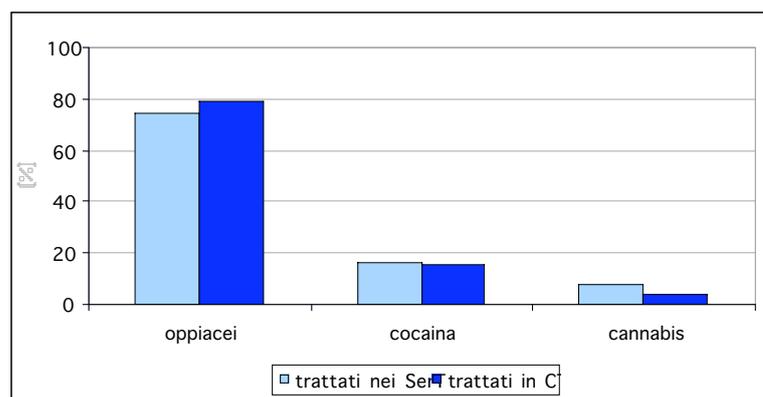


**tipologia di utente, sesso e classi d'età. Anno 2007.**

Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia

Per quanto riguarda la **sostanza "primaria"**, tra l'utenza in CT è maggiore la proporzione di soggetti in trattamento per uso di oppiacei (79%) rispetto agli utenti in trattamento nei SerT (74%); mentre, come è intuibile per motivi di ordine clinico, è minore la percentuale dei soggetti in trattamento per cannabis (4% contro 8%). (Grafico 4.12).

**Grafico 4.12: Distribuzione percentuale degli utenti in trattamento in CT e nei SerT per sostanza "primaria". Anno 2007.**



Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia

Il 69% del collettivo complessivamente analizzato assume la sostanza "primaria" per **via iniettiva**; tale modalità di assunzione risulta particolarmente diffusa tra gli utilizzatori di oppiacei (80%) mentre risulta meno frequente tra i consumatori di cocaina, che si attestano al 36%.

Rispetto all'utenza dei Servizi si riscontrano differenze di rilievo; in quest'ultimo gruppo infatti la quota di consumatori per via iniettiva è pari al 56% (73% tra i consumatori di oppiacei e 9% per cocaina). Confrontando i due gruppi risulta doppia la probabilità di essere inviati in CT se si è consumatori per via iniettiva. Un fattore associato positivamente con il far uso della sostanza per via iniettiva

tra gli utenti in CT risulta l'età: i soggetti di età superiore ai 35 anni mostrano una probabilità tripla di essere IDU<sup>7</sup>.

Tra gli utenti gestiti in trattamento presso le CT il 67% dichiara di far **uso di altre sostanze** oltre a quella per la quale risulta in trattamento e, tra questi, il 40% fa uso di due sostanze oltre alla "primaria". I risultati derivanti dall'adattamento di un modello di regressione logistica ai dati, evidenziano che gli utilizzatori di oppiacei come tipologia di sostanza "primaria", hanno una probabilità doppia di essere poliabusatori rispetto ai consumatori di cocaina; emerge inoltre che i soggetti di età inferiore ai 35 anni hanno più probabilità di essere poliabusatori rispetto ai più anziani<sup>8</sup>.

La disponibilità di dati su singolo record consente inoltre di analizzare quali sono le sostanze maggiormente utilizzate in associazione alle diverse tipologie di sostanza assunta.

Gli utilizzatori di oppiacei che assumono una sola sostanza oltre alla "primaria" associano prevalentemente cocaina (43% dello specifico collettivo) e cannabis (30%); mentre la stessa tipologia di utilizzatori che assume più di una sostanza "secondaria" associa frequentemente agli oppiacei anche ecstasy (29%).

Tra i consumatori di cocaina che utilizzano una sola sostanza "secondaria" le associazioni più frequenti sono quelle con eroina (43%) e cannabis (23%). Gli utilizzatori di cocaina che fanno uso di più "secondarie" associano alla prima, eroina (79%), cannabis (76%) ma anche ecstasy (42%) ed LSD (36%). Infine le sostanze "secondarie" più frequentemente associate alla cannabis sono la cocaina e l'eroina (rispettivamente 32% e 23%); se le sostanze utilizzate in associazione alla cannabis sono due o più, oltre a cocaina ed eroina (entrambe 81%), frequente è anche l'utilizzo di LSD (43%) ed ecstasy (29%).

Le **caratteristiche socio-demografiche** dei soggetti in Comunità risultano differenti se si distinguono gli utenti in base alla tipologia di sostanza per la quale risultano in trattamento (Grafico 4.13).

Relativamente all'età attuale dei soggetti risulta che gli utenti che fanno uso di oppiacei e cocaina hanno un'età media pari a 34 anni circa, mentre sostanzialmente più giovani sono i consumatori di cannabis, che riportano un'età media pari a 28 anni; tali valori si discostano leggermente da quanto rilevato per l'utenza SerT, sia nei consumatori di cocaina, che sono più vecchi di due anni (36 anni), che nei consumatori di cannabis, che risultano più giovani di due anni (26 anni).

Oltre ad essere i soggetti più giovani, i consumatori di cannabis risultano anche essere quelli che riferiscono di **iniziare a far uso** della sostanza per primi, in media a 16 anni, seguiti dai consumatori di oppiacei (19 anni) e dagli utilizzatori di cocaina (21 anni); tutte e tre le categorie hanno un'"iniziazione" più precoce rispetto ai soggetti in trattamento nei Servizi, per i quali si osservano rispettivamente le seguenti età: 18, 21 e 22 anni.

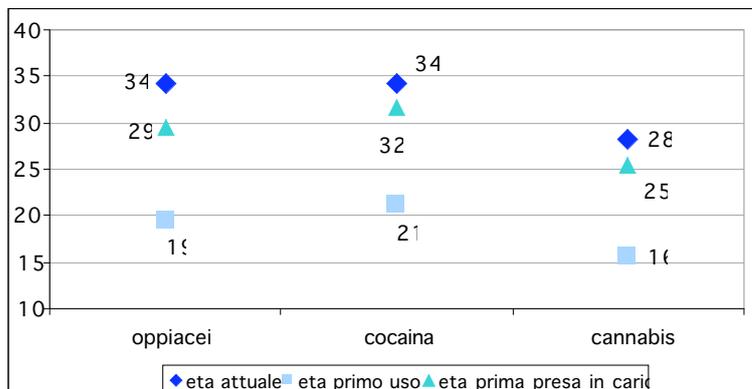
Al contrario, l'**età di prima presa in carico** risulta più alta rispetto ai soggetti in trattamento nei SerT, sia per i consumatori di cannabis (25 anni contro 24) che per i cocainomani (32 anni contro 34), per gli utilizzatori di oppiacei il valor medio è di 29 anni in entrambi i collettivi.

---

<sup>7</sup> Vedi Tavola 4.4 negli Allegati: Parte 13.2 "Tavole di lavoro della Relazione".

<sup>8</sup> Vedi Tavola 4.5 negli Allegati: Parte 13.2 "Tavole di lavoro della Relazione".

**Grafico 4.13: Distribuzione dei valori medi dell'età di primo uso della sostanza primaria, dell'età di prima presa in carico e dell'età attuale dei soggetti in CT per sostanza primaria. Anno 2007.**

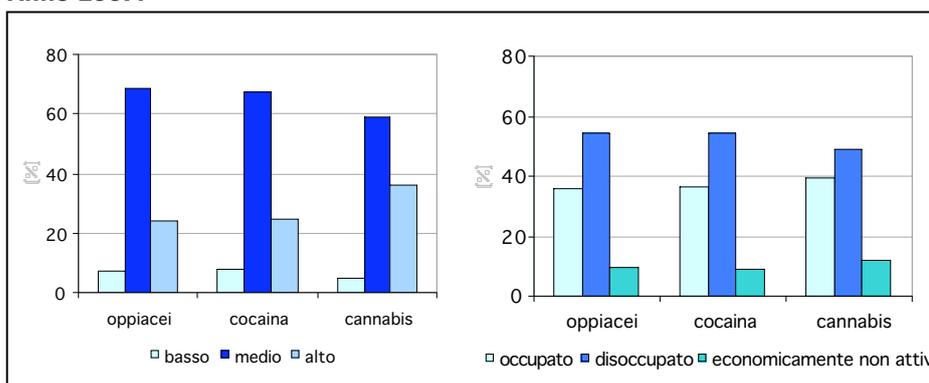


Elaborazione su dati del Progetto SIMI@Italia

Nel Grafico 4.14 si riportano le distribuzioni relative alla **scolarità** e all'**occupazione** dell'utenza in trattamento in relazione alla sostanza "primaria". Il 68% degli utenti ha un livello di istruzione medio, il 7% basso e il rimanente 25% degli utenti ha un elevato livello di istruzione; i consumatori di cannabis come sostanza "primaria" presentano una percentuale più alta (36%) di soggetti più istruiti.

A differenza di quanto si rileva per gli utenti nei SerT, la maggior parte dei soggetti in trattamento presso le Comunità Terapeutiche è disoccupato (54%), il 36% è occupato e il 10% risulta economicamente non attivo. La condizione occupazionale si mostra sostanzialmente omogenea tra gli utilizzatori delle sostanze considerate; solo tra gli utilizzatori di cannabis si rileva una quota leggermente più elevata di soggetti occupati (39%).

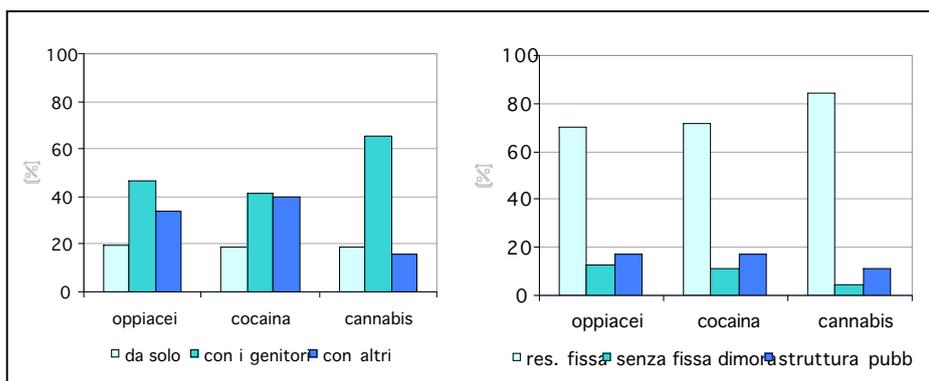
**Grafico 4.14: Distribuzione percentuale dell'utenza inviata in trattamento presso le Comunità Terapeutiche in base alla scolarità (grafico a sinistra) e alla condizione occupazionale (grafico a destra), secondo la sostanza che determina il trattamento. Anno 2007.**



Elaborazione su dati del Progetto SIMI@Italia

Relativamente alla **condizione abitativa** risulta che il 47% degli utenti abita con i genitori, il 19% vive da solo e il 34% abita con altre persone; tra gli utilizzatori di cannabis la quota di utenti che abita con i genitori risulta più elevata (65%).

La maggior parte degli utenti ha una **residenza** fissa (71%), il 12% non ha dimora e il 17% risiede in strutture pubbliche (Grafico 4.15).

**Grafico 4.15: Distribuzione percentuale dell'utenza inviata in trattamento presso le Comunità Terapeutiche in base alla condizione abitativa (con chi, grafico a sinistra e**

dove, grafico a destra), secondo la sostanza primaria. Anno 2007.

Elaborazione su dati del Progetto SIMI@Italia

### 4.3 STIME DI INCIDENZA DI UTILIZZATORI CON BISOGNO DI CURA

Un utile indicatore epidemiologico per l'analisi della diffusione del fenomeno della tossicodipendenza è costituito dal **numero di soggetti che ogni anno iniziano ad assumere sostanze psicoattive illegali** e che negli anni a venire, sviluppando un rapporto problematico con queste, richiederanno un trattamento ai servizi per le tossicodipendenze.

Questo indicatore, denominato "incidenza di uso problematico", fornisce quindi una misura del numero di nuovi casi di consumo che evolveranno in un consumo problematico e non di tutti i nuovi casi di consumo.

Per stimare l'incidenza di uso problematico è stato utilizzato un modello matematico (Back-Calculation<sup>9</sup>) che permette di ricostruire il numero di soggetti che ogni anno iniziano a far un uso di droghe che diventerà problematico a partire da due elementi noti:

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

Per quanto riguarda gli **utilizzatori di eroina**, l'analisi della distribuzione del tempo di latenza evidenzia che in media entro 6 anni dall'inizio dell'uso viene intrapreso un percorso terapeutico. In particolare, la metà delle persone si rivolge ai servizi per le tossicodipendenze entro 5 anni dall'inizio della dipendenza, mentre il 75% richiede il primo trattamento entro 9 anni dall'inizio dell'uso problematico.

Per il 2007, si è stimato che in Italia poco meno di 8 soggetti ogni 10.000 residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni abbiano iniziato a far uso problematico di eroina.

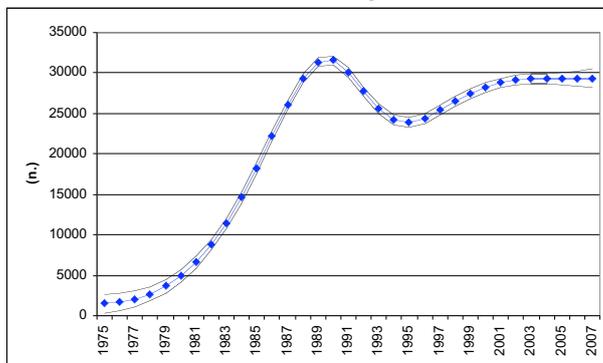
Il trend dell'incidenza di primo uso nel periodo che va dal 1975 al 2007 permette di valutare la variazione nel tempo del numero di "nuovi" utilizzatori di eroina (Grafico 4.16).

Il grafico mostra un aumento dell'incidenza di uso problematico di eroina dalla seconda metà degli anni settanta fino al 1990, arrivando ad un massimo di circa 33.000 soggetti. Successivamente, il numero di nuovi utilizzatori destinati alla problematizzazione del consumo di questa sostanza ha mantenuto un andamento decrescente fino al 1995, per poi iniziare a risalire raggiungendo il valore di circa 29.000 nuovi utilizzatori nel 2007.

<sup>9</sup> Vedi Paragrafo 12.7 della Parte 12 "Approfondimenti Metodologici".

Il grafico evidenzia inoltre come gli intervalli di confidenza siano più ampi e quindi le stime siano più incerte, nei primi e negli ultimi anni della curva (peculiarità del modello Back-Calculation).

**Grafico 4.16: Incidenza di utilizzatori con bisogno di cura di eroina in Italia (stime e intervalli di confidenza al 95%).**



Elaborazione su dati del Ministero della Salute

#### 4.4 STIME DEL NUMERO DEI SOGGETTI ELEGGIBILI AL TRATTAMENTO PER USO DI EROINA E COCAINA

I soggetti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze del territorio nazionale rappresentano solo una parte del collettivo di utilizzatori di sostanze potenzialmente trattabili nei servizi.

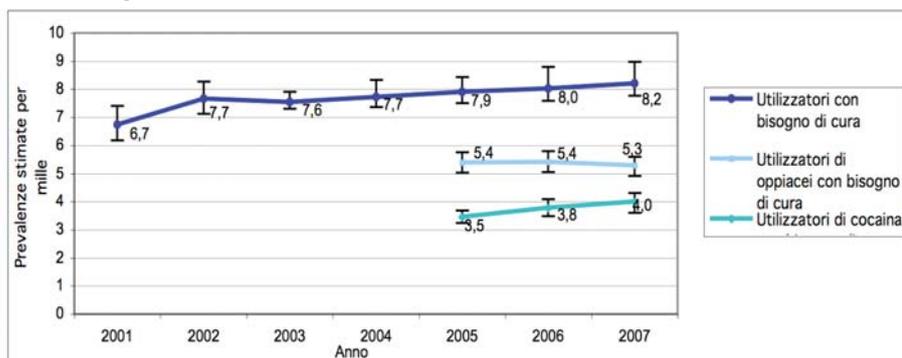
Per quantificare il collettivo degli utenti eleggibili al trattamento per uso problematico di sostanze, l'Osservatorio Europeo di Lisbona ha definito opportune metodologie<sup>10</sup> di stima che, unendo l'informazione di diversi flussi istituzionali, permettono di stimare il numero complessivo di consumatori di sostanze che presentano problemi di salute connessi all'utilizzo di sostanze psicoattive, includendo anche quella parte dei consumatori che, pur non essendosi rivolta alle strutture di trattamento nel corso dell'anno, presenta caratteristiche perfettamente sovrapponibili a quelle dei soggetti in trattamento presso i SerT.

Per il 2007 si stimano in Italia poco più di 318.000 soggetti eleggibili al trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze; corrispondenti a una prevalenza di 8,2 per mille residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni.

Distintamente per le due sostanze maggiormente responsabili della richiesta di trattamento nei SerT, eroina (e gli altri oppiacei naturali) e cocaina (nelle diverse forme disponibili in commercio), in Italia si stimano per il 2007 circa 205.000 soggetti eleggibili al trattamento per uso di eroina e poco più di 154.000 persone eleggibili al trattamento per uso di cocaina, corrispondenti rispettivamente ad una prevalenza di 5,3 e 4,0 per mille residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni.

L'andamento temporale delle stime di prevalenza (Grafico 4.17) conferma il graduale aumento dei valori relativamente ai soggetti complessivamente eleggibili al trattamento individuato già negli anni precedenti ed in particolare per i consumatori con bisogno di cura a causa dell'uso di cocaina.

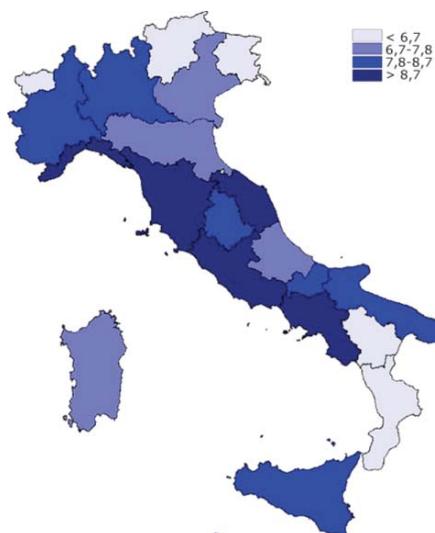
<sup>10</sup> <sup>10</sup> Vedi Paragrafo 12.8 della Parte 12 "Approfondimenti Metodologici".

**Grafico 4.17: Andamento temporale delle prevalenze stimate (valori medi e intervallo di variazione). Anni 2001 – 2007.**

Elaborazione su flussi informativi ministeriali

Infatti relativamente alle due sostanze in esame, si osserva per il 2007 una lieve diminuzione per quanto riguarda la prevalenza delle persone eleggibili al trattamento per uso di eroina (variazione dello 0,1 per mille corrispondente a circa 5.000 soggetti) e un incremento rispetto alla popolazione eleggibile al trattamento per uso di cocaina, con una variazione rispetto all'anno 2006 dello 0,2 per mille corrispondente a circa 7.000 soggetti.

L'analisi delle stime a livello regionale (Grafico 4.18) evidenzia che le aree in cui si calcola la prevalenza più elevata, fatta eccezione per le Marche, si concentrano lungo la fascia tirrenica dalla Liguria alla Campania; negli estremi settentrionali e meridionali invece si collocano le regioni in cui si stima la prevalenza più bassa.

**Grafico 4.18: Distribuzione in quartili delle stime di prevalenza per mille residenti di età 15-64 dei soggetti eleggibili al trattamento per uso di sostanze psicoattive. Anno 2007.**

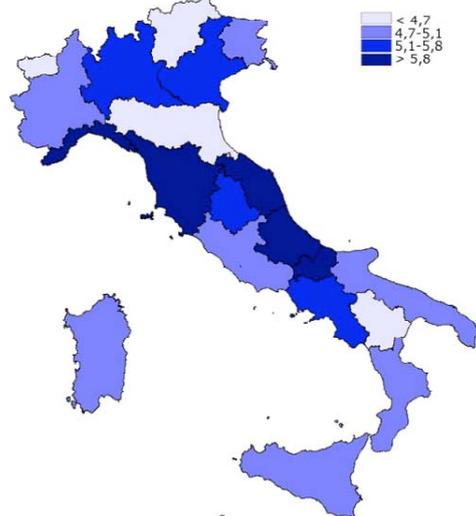
Elaborazione su flussi informativi ministeriali

La distribuzione interquartilica a livello regionale appare perfettamente sovrapponibile a quella individuata per il 2006, anche gli estremi della distribuzione rimangono invariati: la prevalenza più elevata si stima in Liguria (10,7 casi per mille abitanti) e il valore più basso in Trentino-Alto Adige (4,7 soggetti per mille residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni).

Le stime calcolate per utilizzatori eleggibili al trattamento per uso di **eroina** (Grafico 4.19) indicano le regioni centrali tirreniche (Liguria e Toscana) e adriatiche (Marche, Abruzzo e Molise) come quelle in cui, potenzialmente, si ha il più alto numero di utenti eleggibili al trattamento nei servizi rispetto alla

popolazione residente. A queste si aggiungono Lombardia, Veneto, Umbria e Campania che riportano valori di stima leggermente inferiori. Le stime più basse si calcolano per Valle d'Aosta, Emilia-Romagna, Basilicata e Trentino-Alto Adige che riporta il valore di prevalenza minimo calcolato (3,5 per mille).

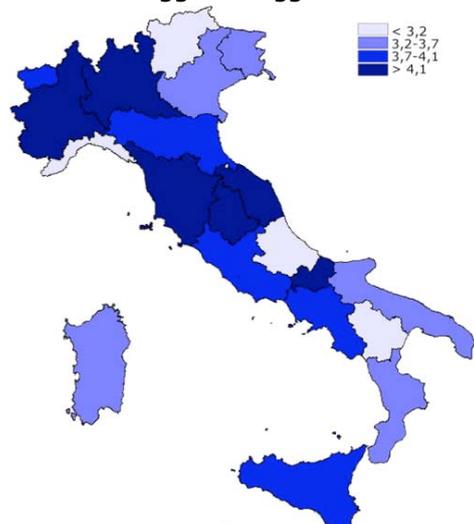
**Grafico 4.19: Distribuzione in quartili delle stime di prevalenza per mille residenti di età 15-64 dei soggetti eleggibili al trattamento per uso di eroina. Anno 2007.**



Elaborazione su flussi informativi ministeriali

Le stime relative agli utilizzatori eleggibili al trattamento per uso di **cocaina** (Grafico 4.20) indicano le regioni centrali (Toscana, Umbria e Marche), con il Molise, Piemonte e Lombardia (quest'ultima riporta la stima più elevata: 5,1 per mille) come i luoghi in cui si valuta la prevalenza maggiore di utilizzatori problematici eleggibili al trattamento.

**Grafico 4.20: Distribuzione in quartili delle stime di prevalenza per mille residenti di età 15-64 dei soggetti eleggibili al trattamento per uso di cocaina. Anno 2007.**



Elaborazione su flussi informativi ministeriali

Valori leggermente inferiori si stimano in Valle d'Aosta, Emilia-Romagna, Lazio, Campania e Sicilia; mentre le regioni in cui si stimano i valori di prevalenza più bassi sono Trentino-Alto Adige, Liguria, Basilicata e Abruzzo (quest'ultima riporta il valore più basso: 1,8 per mille).



# PARTE 5

---

## **TRATTAMENTI ED INTERVENTI DROGA CORRELATI**

### **5.1 Rete dei servizi**

#### **5.2 Trattamenti effettuati presso i SerT**

5.2.1 Trattamenti non integrati con farmaci (psicosociali e/o riabilitativi)

5.2.2 Trattamenti integrati con farmaci

#### **5.3 Trattamenti effettuati presso le Comunità Terapeutiche**

#### **5.4 Interventi delle Prefetture**

5.4.1 Segnalazioni ex articolo 75 DPR 309/90 e sanzioni amministrative



## TRATTAMENTI ED INTERVENTI DROGA CORRELATI

A livello nazionale il carico di lavoro medio che grava sul personale nei Servizi pubblici per le tossicodipendenze (SerT) assume un valore complessivo di 24 soggetti in trattamento per operatore. La situazione a tale proposito mostra alcune Regioni (Abruzzo e Liguria) con un carico di lavoro circa doppio rispetto al dato nazionale ed alcune Regioni e PP.AA. (Bolzano, Valle d'Aosta, Molise, Piemonte ed Emilia Romagna) con valori significativamente più bassi. In rapporto alla popolazione generale si calcolano circa 2 operatori ogni 10.000 abitanti della fascia d'età 15-64 anni, e tale rapporto varia da un massimo di quasi 3 nel Piemonte ad un minimo di poco più di 1 in Abruzzo. Infermieri ed assistenti sanitari sono le figure professionali maggiormente presenti nei SerT (25%); ad essi seguono medici (23%) e psicologi (17%).

Le strutture socio-riabilitative si concentrano soprattutto nelle Regioni del nord: il 17% delle strutture ha sede in Lombardia, il 12% nel Veneto e l'11% in Emilia Romagna.

Il 35% dell'utenza SerT è sottoposta a trattamenti esclusivamente psicosociali ed il dato è in linea con gli anni precedenti; sono soprattutto utilizzatori di cannabis e di cocaina, entrati in trattamento per la prima volta nell'anno ed inviati in trattamento dalle Prefetture.

I trattamenti di tipo farmacologico consistono principalmente di terapie con farmaci stupefacenti (86%). Tali interventi si rivolgono soprattutto agli utilizzatori di oppiacei (94%) e ad utenti già noti ai servizi (85%).

Il numero di soggetti segnalati alle Prefetture per possesso di sostanze psicoattive illegali ai sensi dell'art. 75 del DPR 309/90 è in aumento dal 1990.

Nel 2007, il numero di segnalati, registrato sino ad ora, è pari a 32.413, ma si stima possano essere circa 55.000.

La maggior parte dei soggetti risulta segnalato per possesso di cannabis (73%), ma vi è anche una quota di segnalazioni per possesso di cocaina o eroina.

Negli ultimi cinque anni, inoltre, il numero di sanzioni irrogate nei confronti dei nuovi soggetti segnalati è notevolmente aumentato (in particolare quelle irrogate dopo l'effettuazione del colloquio), mentre è diminuito il numero di persone che sono state inviate ai SerT per intraprendere un programma di recupero.



## 5.1 RETE DEI SERVIZI PUBBLICI E DEL PRIVATO SOCIALE

Nell'anno 2007, sulla base dei dati rilevati dal Ministero della Salute, 516 SerT, sui 543 esistenti sul territorio nazionale, hanno trasmesso informazioni relative alle caratteristiche dell'utenza in carico, ai trattamenti ed al personale attivo. La copertura informativa risulta analoga a quella dell'anno passato (95%).

Il rapporto tra utenti in carico e personale attivo, ovvero il carico di lavoro medio, assume a livello nazionale un valore complessivo di 24 soggetti in cura per operatore. Nella Tabella 5.1 è riportato il dato suddiviso nelle diverse Regioni.

A livello nazionale, il rapporto tra il personale impegnato e la popolazione a rischio (15-64 anni) è pari a 1,86 e varia da un massimo di 2,87 operatori per 10.000 abitanti del Piemonte ad un minimo di 1,28 dell'Abruzzo.

La Lombardia, nonostante abbia il maggior numero assoluto di operatori (930), ha però, rispetto alla popolazione a rischio, la metà del personale del Piemonte (circa 1,46 contro 2,87).

**Tabella 5.1: Servizi pubblici per le tossicodipendenze, utenti in trattamento, personale, carico di lavoro per operatore ed offerta di personale. Anno 2007.**

	Servizi attivi	Servizi rilevati	Soggetti in trattamento	Totale personale	Carico di lavoro x operatore	Offerta di personale su residenti 15-64 anni (x 10.000)
Abruzzo	11	11	5.305	110	48	1,28
Basilicata	6	6	1.454	68	21	1,75
Calabria	15	14	4.458	194	23	1,46
Campania	42	40	19.718	697	28	1,79
Emilia-Romagna	45	44	12.370	671	18	2,46
Friuli-Venezia Giulia	5	5	2.617	117	22	1,48
Lazio	47	33	11.849	596	20	1,63
Liguria	5	5	5.974	130	46	1,30
Lombardia	71	68	26.118	930	28	1,46
Marche	14	13	4.509	200	23	2,03
Molise	5	4	581	39	15	1,88
PA Bolzano	4	4	801	64	12	1,98
PA Trento	1	1	907	37	24	1,11
Piemonte	59	57	14.561	810	18	2,87
Puglia	5	5	12.690	552	23	2,03
Sardegna	56	56	5.574	256	22	2,22
Sicilia	14	14	12.198	457	27	1,38
Toscana	42	40	13.224	580	23	2,48
Umbria	11	11	3.187	111	29	1,98
Valle D'Aosta	1	1	268	21	13	2,54
Veneto	38	38	13.408	608	22	1,91

Elaborazioni su dati del Ministero della Salute

Come si può osservare nella Tabella 5.2, gli infermieri e gli assistenti sanitari sono le figure professionali maggiormente presenti nei SerT in Italia (25%); seguono i medici (23%) e gli psicologi (17%). Le Regioni o PPAA con la maggior percentuale di medici sono la Basilicata (37%) ed il Lazio (35%), mentre quelle con la maggior percentuale di psicologi sono la PA di Trento (23%) ed il Piemonte (20%).

Lazio e Basilicata sono le Regioni in cui è maggiormente rappresentata l'area professionale medico-sanitaria nel suo complesso (medici, infermieri e assistenti sanitari) (67% Lazio e 59% Basilicata).

L'area socio/psico-educativa (psicologi, educatori ed assistenti sociali) è particolarmente rappresentata in Lombardia (45%) ed in Piemonte (51%). Un'elevata presenza di personale amministrativo si osserva in Valle d'Aosta (10%) ed a Trento (11%).

**Tabella 5.2: Distribuzione percentuale del personale impiegato secondo la qualifica professionale - Anno 2007.**

	% Medici	% Infermieri assistenti sanitari	% Psicologi	% Educatori	% Assistenti sociali	% Ammini strativi	% Altre figure
Abruzzo	30	25	13	5	16	7	4
Basilicata	37	22	18	4	12	4	3
Calabria	27	24	12	3	12	8	14
Campania	26	28	14	3	16	4	9
Emili- Romagna	21	27	15	17	12	3	5
Friuli-Venezia Giulia	19	33	19	7	14	5	3
Lazio	35	32	18	2	10	2	1
Liguria	22	29	19	11	11	5	3
Lombardia	22	26	17	9	19	6	1
Marche	25	22	20	5	14	4	10
Molise	18	23	18	0	23	3	15
PA Bolzano	16	33	23	3	16	8	2
PA Trento	16	24	16	0	22	11	11
Piemonte	20	22	20	18	13	4	3
Puglia	23	21	19	6	17	4	10
Sardegna	26	27	17	7	10	6	7
Sicilia	24	25	15	3	17	6	10
Toscana	25	26	16	9	17	4	3
Umbria	22	32	12	5	13	4	12
Valle D'Aosta	14	24	14	14	14	10	10
Veneto	19	25	16	15	12	6	7

Elaborazioni su dati del Ministero della Salute

La Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica del Ministero dell'Interno ha svolto nel 2007, come di consueto, una rilevazione con cadenza trimestrale<sup>1</sup> sui tossicodipendenti in trattamento presso le strutture socio-riabilitative.

La media degli utenti inseriti presso le differenti tipologie di strutture rilevata nel corso del 2007 risulta in lieve diminuzione rispetto all'anno precedente. Infatti, si registra un decremento dell'1% circa, passando da 18.538 soggetti nel 2006 a 18.357 dell'anno 2007.

D'altra parte anche la media delle strutture esistenti nel 2007 (1.162) ha evidenziato un decremento di circa il 3% rispetto a quello registrata nell'anno precedente (1.197), così come è diminuito il numero medio delle strutture censite (1.099 nel 2007 contro 1.117 nel 2006).

Il maggior numero di strutture si concentra nelle Regioni del nord: nel 2007 quasi il 17% ha sede in Lombardia e circa il 12% e l'11% rispettivamente in Veneto ed Emilia-Romagna. (Tabella 5.3).

<sup>1</sup> Si tratta di quattro rilevazioni puntuali, alla data del 31 marzo, 30 giugno, 30 settembre e 31 dicembre

**Tabella 5.3: Strutture socio-riabilitative presenti e censite e soggetti in trattamento (media delle quattro rilevazioni puntuali) - Anno 2007.**

	Strutture presenti	Strutture censite	Soggetti in trattamento
Abruzzo	31	30	367
Basilicata	14	13	110
Calabria	48	46	442
Campania	46	43	654
Emilia-Romagna	129	122	2.394
Friuli Venezia Giulia	22	20	194
Lazio	54	45	2.413
Liguria	36	35	381
Lombardia	193	178	4.215
Marche	62	57	764
Molise	9	8	92
PA Bolzano	6	6	34
PA Trento	6	5	119
Piemonte	86	85	1.388
Puglia	88	79	932
Sardegna	30	30	535
Sicilia	47	46	594
Toscana	83	83	1.139
Umbria	29	28	369
Valle D'Aosta	1	1	7
Veneto	143	140	1.215

Elaborazioni su dati del Ministero dell'interno - DCDS

In media presso le 720 strutture residenziali, le 200 semi-residenziali e le 179 ambulatoriali si sono rilevati rispettivamente 11.482, 2.892 e 3.783 utenti in trattamento. Più dell'80% dell'utenza "mediamente presente" è di genere maschile.

Il maggior numero di strutture residenziali e dei relativi utenti in trattamento (Tabella 5.4) è situato nelle Regioni del nord, ed in particolare in Emilia Romagna, Lombardia e Piemonte. Appare molto disomogeneo il dato dell'utenza media per struttura semi-residenziale: le 40 strutture del Veneto hanno un'utenza media di circa 4 soggetti, mentre nelle 26 strutture della Lombardia e nelle 11 del Lazio tale rapporto supera i 36 utenti.

Molto variabile risulta anche l'utenza mediamente presente nelle strutture ambulatoriali del privato sociale: anche in questo caso è nel Lazio che si registra il valore più elevato, con circa 158 utenti per struttura, mentre in Lombardia, Regione con il più alto numero di strutture censite, tale valore scende a circa 24.

**Tabella 5.4: Strutture residenziali, semi-residenziali e ambulatoriali censite e soggetti in trattamento (media delle quattro rilevazioni puntuali) - Anno 2007.**

	Strutture residenziali	Soggetti in tratt.	Strutture semi-residenziali	Soggetti in tratt.	Strutture Ambulatoriali	Soggetti in tratt.
Abruzzo	18	182	4	35	9	150
Basilicata	7	74	2	2	5	34
Calabria	30	402	11	27	5	13
Campania	22	424	9	82	12	148
Emilia-Romagna	86	2.111	21	75	16	208
Friuli-Venezia Giulia	9	58	5	14	6	122
Lazio	26	492	11	381	9	1.341
Liguria	25	338	5	18	5	26
Lombardia	126	2.046	26	1.543	26	626
Marche	36	562	12	62	9	141
Molise	6	65	0	0	2	27
PA Bolzano	4	25	2	9	0	0
PA Trento	4	107	1	12	0	0
Piemonte	70	1.172	5	69	10	147
Puglia	45	584	17	76	18	273
Sardegna	18	419	3	2	9	114
Sicilia	30	348	7	129	9	117
Toscana	57	843	19	163	7	134
Umbria	24	330	3	20	2	19
Valle D'Aosta	1	7	0	0	0	0
Veneto	79	896	40	175	22	144

Elaborazioni su dati del Ministero dell'interno - DCDS

Dalla rilevazione effettuata presso gli Uffici per le Tossicodipendenze regionali riguardante le strutture del privato sociale emerge che, tra le Regioni censite, quelle che hanno sul proprio territorio strutture diagnostico-terapeutico-riabilitative residenziali e semiresidenziali non inserite o inseribili nella casistica prevista dall'Atto d'intesa Stato-Regioni sono 11, per un totale di 270 strutture, la metà delle quali situate in Lombardia (Tabella 5.5).

I servizi classificati nella tipologia "Accoglienza" nello Schema Atto d'Intesa sono 18 e si trovano in Abruzzo, Basilicata, Lombardia, PA di Trento, Piemonte, Puglia, Sardegna e Toscana.

Nettamente superiore è il numero di strutture afferenti all'area terapeutico-riabilitativa (451), mentre sono 231 quelle pedagogico-riabilitative.

**Tabella 5.5: Strutture diagnostico-terapeutico-riabilitative residenziali e semiresidenziali del privato sociale.**

Regioni e Province Autonome	Dipendenze patologiche generiche (non inserite o inseribili nella casistica Schema Atto d'Intesa)		Servizi di accoglienza		Servizi terapeutico- riabilitativi		Servizi pedagogico- riabilitativi	
	Residenz	Semires	Residenz	Semires	Residenz	Semires	Residenz	Semires
	Abruzzo	-	1	-	1	9	2	9
Basilicata	3	-	1	-	8	0	4	0
Calabria	-	-	-	-	27	7	1	1
Campania	-	-	-	-	19	5	4	6
Emilia-Romagna	-	-	-	-	33	16	20	5
Friuli-Venezia Giulia	6	-	-	-	-	-	5	-
Lazio	13	7	-	-	1	30	18	5
Liguria	14	1	-	-	-	-	-	-
Lombardia	122	12	4	2	84	7	23	3
Marche	-	-	-	-	27	4	27	4
Molise	-	-	-	-	-	-	4	-
PA Bolzano	-	-	-	-	3	1	-	-
PA Trento	1	-	-	1	2	-	-	-
Piemonte	-	-	-	2	46	4	3	1
Puglia	47	7	-	6	23	6	20	5
Sardegna	1	-	2	-	16	3	3	0
Sicilia	-	-	-	-	14	5	15	2
Toscana	-	-	3	-	16	6	19	6
Umbria	3	-	-	-	4	-	8	-
Valle d'Aosta	-	-	-	-	1	-	-	-
Veneto	32	-	-	-	22	-	9	-

Le strutture di trattamento specialistico sono complessivamente 149 (Tabella 5.6), presenti in tutte le Regioni tranne che in Abruzzo, Basilicata, Campania, Lazio, Molise e Puglia.

Il 23% di queste eroga servizi per pazienti in doppia diagnosi, il 22% per alcolisti, il 17% per donne con bambini, il 10% sono case alloggio per pazienti con AIDS.

**Tabella 5.6: Servizi residenziali e semi-residenziali del privato sociale di trattamento specialistico per tipologia di utenza.**

Regioni e Province Autonome	Doppia Diagnosi	Mamma con bambino	Alcolisti	Giocatori d'azzardo patologici	Minori	Coppie	Centri crisi	Casa alloggio AIDS	Altro
Abruzzo	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Basilicata	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Calabria	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Campania	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Emilia-Romagna	2	4	1	-	-	-	6	-	-
Friuli-Venezia Giulia	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Lazio	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liguria	3	1	-	-	-	-	-	1	-
Lombardia	4	5*	2	-	-	-	-	-	-
Marche	1	2	4	-	1	-	-	3	-
Molise	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PA Bolzano	1	-	-	-	-	-	-	-	-
PA Trento	2	-	-	-	-	-	-	-	-
Piemonte	4	3	20	-	1	1	7	9	14
Puglia	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sardegna	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Sicilia	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Toscana	12	4	1	1	-	-	-	-	8
Umbria	3	1	1	-	-	-	-	2	-
Valle d'Aosta	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Veneto	2	4	2	-	-	-	-	-	-

\* In Lombardia viene accreditato un unico servizio dedicato a: Coppie, soggetti con figli e nuclei familiari.

Nelle regioni censite sono presenti in totale 75 **strutture residenziali e semiresidenziali diagnostico-terapeutico riabilitative pubbliche**.

Si trovano in Abruzzo (1), Basilicata (18), Emilia-Romagna (8), Marche (10), PA Bolzano (1), Piemonte (8), Toscana (18), Umbria (4) e Veneto (7). Il 40% sono strutture terapeutico-riabilitative, il 4% servizi di accoglienza e il 56% sono strutture di trattamento specialistico. Tra queste ultime il 52% si occupa di alcolisti, il 17% di utenti in doppia diagnosi, il 10% sono centri per la gestione della crisi, il 2% strutture specialistiche per il trattamento dei cocainomani, il 2% per i giocatori d'azzardo patologici, il 2% case alloggio per pazienti con AIDS.

Infine i **servizi strutturati volti alla riduzione del danno ed alla limitazione dei rischi** sono, nella maggior parte dei casi, pubblici.

In particolare le Unità di strada per la riduzione del danno da droghe censite sono 62 (24 private); le Unità di strada destinate alla limitazione dei rischi della notte 45 (10 private), quelle rivolte alla prostituzione 15 (6 private), i Drop-in diurni sono 38 (11 privati), i Centri di accoglienza a bassa soglia sono 5 (4 privati), i Dormitori specializzati per le dipendenze patologiche sono 2 (1 privato).

La Lombardia sembra essere la Regione più attiva nell'ambito della riduzione del danno sanitario. Delle 62 Unità di strada rivolte alla riduzione del danno, il 30% sono state attivate in Lombardia, il 18% nel Lazio, l'11% in Emilia Romagna, un 10% in Puglia e un 10% in Toscana.

Delle 45 Unità di strada volte alla limitazione dei rischi della notte, 20 si trovano in Puglia, 13 in Emilia-Romagna, 6 in Toscana, 5 nelle Marche e una in Piemonte. La metà delle Unità di strada specializzate nell'ambito della prostituzione sono attive in Emilia-Romagna (7 su 15), mentre 5 sono presenti in Puglia, 2 in Toscana e 1 nella PA di Bolzano.

Dei 38 Drop-in attivi, il 32% si trova nel Lazio, il 16% in Toscana, il 16% in Lombardia e il 13% in Piemonte.

Il Lazio e la Puglia sono le uniche regioni che riferiscono la presenza sul proprio territorio di servizi di accoglienza a bassa soglia, mentre il Piemonte è l'unica Regione che riferisce la presenza di dormitori specializzati per persone affette da dipendenze patologiche.

## **5.2 TRATTAMENTI EFFETTUATI PRESSO I SERT**

I soggetti in trattamento per uso problematico di sostanze psicoattive illegali vengono generalmente sottoposti a programmi terapeutici in cui possono essere previste differenti terapie.

Se si considera il programma terapeutico (il complesso dei trattamenti attivati) avviato nell'anno o proseguito da anni precedenti, si osserva che al 31 dicembre 2007, il 79% dei soggetti ha un programma ancora in corso, il 12% degli utenti ha portato a termine il programma, il 3% dei soggetti risulta trasferito ad altra struttura e il rimanente 7% dell'utenza ha interrotto il programma o è deceduto (1%).

Distinguendo l'utenza in base alla sostanza psicoattiva definita "primaria" si osserva che tra gli utilizzatori di oppiacei, cocaina e cannabis il dato relativo ai trattamenti ancora in corso varia tra l'82% degli utilizzatori di oppiacei e il 68% dei soggetti cocainomani. Per questi ultimi si ha che la percentuale di programmi interrotti è pari al 12%, valore di poco inferiore al dato relativo ai programmi portati a termine con successo (15%). Tra gli utilizzatori di altre sostanze illegali si riscontra la percentuale più alta di utenti che è riuscita a portare a termine il programma terapeutico (25%), ma anche il dato più alto relativo agli utenti che hanno interrotto il programma (15%); una percentuale analoga di conclusione si osserva anche tra gli utilizzatori di cannabis (22%).

### **5.2.1 Trattamenti non integrati con farmaci (psicosociali e/o riabilitativi)**

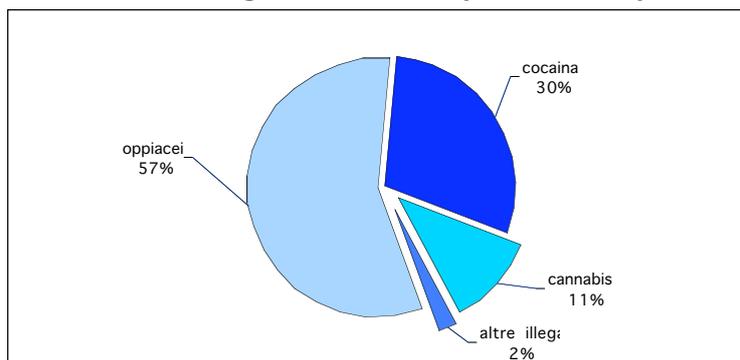
Secondo la rilevazione del Ministero della Salute sono 60.582 i soggetti trattati presso i SerT del territorio nazionale che, nel corso del 2007, sono stati sottoposti a trattamenti non integrati con farmaci, corrispondenti al 35% dell'utenza.

Dalla rilevazione effettuata attraverso il Progetto SIMI@Italia emerge che, se le caratteristiche anagrafiche dei soggetti in trattamento che hanno seguito terapie non integrate con farmaci non si differenziano da quanto osservato per l'intero campione, si rilevano invece differenze rispetto alla sostanza "primaria".

Infatti, nel sottogruppo di soggetti sottoposti a trattamento non integrato con farmaci si rileva, rispetto all'utenza complessiva, una proporzione maggiore di utilizzatori di cocaina (30% contro il 16% nell'utenza complessiva) e di cannabis (11% contro l'8% complessiva) e minore è invece la quota di utilizzatori di oppiacei (57% contro il 74%, sul totale dell'utenza). (Grafico 5.1). Ciò è connesso in modo congruo alla presenza di trattamenti farmacologici specifici per l'uso di oppiacei sia di natura agonista che antagonista a fronte dell'assenza di tali presidi per i disturbi da uso di cocaina e di cannabis.

Vi è inoltre una presenza consistente di soggetti giunti in trattamento a seguito d'invio da parte delle Prefetture (13%); il 73% degli utenti che arrivano in trattamento attraverso questo canale sono sottoposti a terapie non integrate con farmaci essendo per lo più consumatori di cannabis.

**Grafico 5.1: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento diagnostico-terapeutico-riabilitativo non integrato con farmaci per sostanza "primaria". Anno 2007.**



Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia

Considerando il totale dei trattamenti non integrati con farmaci e analizzando le diverse tipologie di terapie erogate, si ha che il 34% degli interventi fa riferimento a psicoterapia individuale, counselling e monitoraggio che rappresentano rispettivamente il 19% e 20% dei trattamenti; il 12% sono interventi di servizio sociale o lavorativi e un altro 12% interventi di sostegno psicologico.

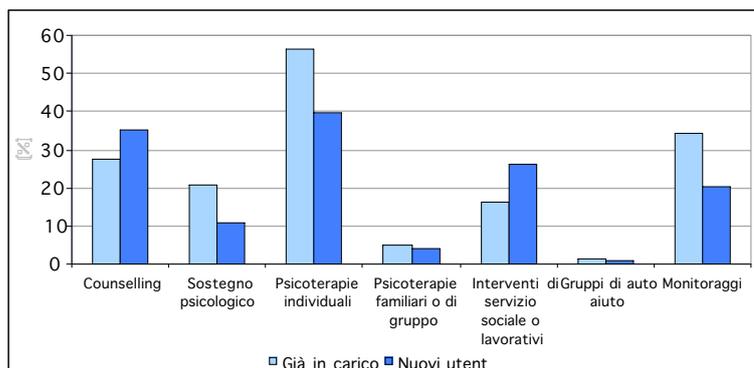
Una quota residua di trattamenti è rappresentata da psicoterapia familiare o di gruppo e da partecipazione a gruppi di auto mutuo aiuto (rispettivamente 3% e 1%).

Il 61% degli utenti in trattamento è stato sottoposto ad un solo trattamento di tipo psicosociale e/o riabilitativo, il 26% ne ha effettuati due nel corso dell'anno, il 10% tre e il rimanente 3% ha effettuato da quattro a sette trattamenti durante l'anno.

Il numero medio di trattamenti non integrati con farmaci che ciascun utente ha effettuato durante l'anno è pari a 1,56, valore che varia sensibilmente tra gli utilizzatori delle diverse tipologie di sostanze: il valore più elevato si osserva per gli utilizzatori di cocaina (1,64), mentre il dato più basso è quello degli utilizzatori di cannabis (1,43), pari a 1,53 è il dato relativo agli utilizzatori di oppiacei.

La distinzione degli utenti in base al periodo di presa in carico presso il servizio permette di rilevare tra i nuovi utenti una quota maggiore di interventi di counselling, in accordo all'iter di accoglienza dell'utente nelle strutture (35% dei nuovi utenti contro il 27% dei già in carico), ma anche una percentuale maggiore di interventi di servizio sociale o lavorativi (26% contro 16%). Risultano invece maggiormente diffusi tra i soggetti già in carico i trattamenti di psicoterapia individuale (56% contro il 40% tra i nuovi utenti), di monitoraggio (34% e 21% rispettivamente) e gli interventi di sostegno psicologico (21% contro il 11% tra i nuovi utenti). (Grafico 5.2).

**Grafico 5.2: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento diagnostico-terapeutico-riabilitativo non integrato con farmaci per tipologia di trattamento e nel periodo di presa in carico al servizio. Anno 2007.**



Elaborazione sui dati del Progetto SIMI®Italia

Distinguendo l'utenza in base alla sostanza che ha determinato il trattamento si possono fare altre osservazioni sulle tipologie di trattamenti psicosociali e/o riabilitativi cui risultano sottoposti i diversi utilizzatori. (Tabella 5.7)

Il 56% degli utilizzatori di oppiacei in trattamento non integrati con farmaci ha attivato interventi di psicoterapia individuale, il 31% è stato sottoposto anche a monitoraggio e il 27% di questi soggetti ha ricevuto anche interventi di counselling. Il 18% di questa tipologia di utilizzatori è stata sottoposta a terapie di sostegno psicologico e il 15% a interventi di servizio sociale o lavorativi; solo una minoranza di questi utenti ha attivato interventi di psicoterapia familiare o di gruppo.

Tra i soggetti in trattamento non integrato con farmaci per problemi legati all'uso di cocaina, accanto al 49% di utenti sottoposti a psicoterapia individuale si rilevano quote consistenti di soggetti in trattamento con counselling (35%) e monitoraggio (32%). Sensibilmente minore è il dato relativo ai soggetti sottoposti a terapie di sostegno psicologico e interventi di servizio sociale o lavorativi (21% per entrambe le tipologie).

Anche tra gli utilizzatori di cannabis si osserva che la maggior parte dei soggetti ha seguito trattamenti di psicoterapia individuale (39%), ma si rileva una percentuale di poco inferiore anche di soggetti sottoposti a interventi di servizio sociale o lavorativo (35%); il counselling è stato rivolto al 28% di questi utenti, il 23% ha seguito anche monitoraggio e il 12% di questi utenti ha attivato interventi di sostegno psicologico.

**Tabella 5.7: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento diagnostico-terapeutico-riabilitativo non integrato con farmaci assistito per tipologia di trattamento e sostanza "primaria". Anno 2007.**

	oppiacei	cocaina	cannabis	altre illegali
Counselling	26,6%	35,4%	28,4%	24,7%
Sostegno psicologico	17,9%	20,6%	12,4%	24,7%
Psicoterapia individuale	56,1%	49,2%	38,9%	49,3%
Psicoterapia familiare o di gruppo	5,1%	4,0%	4,3%	13,9%
Interventi di servizio sociale o lavorativi	14,6%	20,8%	34,8%	18,8%
Monitoraggio	31,2%	32,2%	23,0%	38,1%
Gruppi di auto aiuto	0,8%	0,9%	1,2%	10,3%

Elaborazione sui dati del Progetto SIMI®Italia

Distinguendo oltre che per sostanza 'primaria' utilizzata, anche in base al numero di trattamenti seguiti nel corso dell'anno emergono alcune differenze.

Va rilevato innanzitutto che la maggior parte degli utilizzatori di oppiacei e soprattutto di cannabis hanno avuto in corso nell'anno un solo trattamento di

tipo psicosociale e/o riabilitativo (rispettivamente 64% e 69% dei rispettivi collettivi), mentre tra gli utilizzatori di cocaina il 47% degli utenti ha attivato due o più trattamenti e il 53% uno solo. (Tabella 5.8)

**Tabella 5.8: Distribuzione percentuale dei soggetti con un unico trattamento diagnostico-terapeutico-riabilitativo non integrato con farmaci assistito per tipologia di trattamento e sostanza "primaria". Anno 2007.**

	oppiacei	cocaina	cannabis	altre illegali
Counselling	16,5%	20,9%	19,6%	15,0%
Sostegno psicologico	6,1%	7,9%	5,5%	15,0%
Psicoterapia individuale	45,6%	40,8%	25,2%	35,0%
Psicoterapia familiare o di gruppo	0,8%	1,0%	0,8%	3,0%
Interventi di servizio sociale o lavorativi	14,4%	14,7%	42,6%	13,0%
Monitoraggio	16,6%	14,8%	6,4%	17,0%
Gruppi di auto aiuto	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%

Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia

Tra gli utilizzatori di oppiacei, la psicoterapia individuale risulta ampiamente impiegata come unica terapia (46%), ma anche in associazione ad altri interventi, soprattutto insieme al counselling (34%) e monitoraggio (40%). Il sostegno psicologico, in corso per il 6% dell'utenza come intervento unico, risulta impiegato in combinazione con altri interventi da una consistente quota di soggetti: il 23% degli utilizzatori di oppiacei lo associa a psicoterapia individuale, il 24% a monitoraggio e un altro 11% lo abbina a trattamenti di counselling.

Anche il counselling che risulta come unico trattamento per il 17% degli utilizzatori di oppiacei, come notato anche sopra, viene più spesso impiegato insieme ad altre tipologie di intervento. Oltre all'abbinamento con psicoterapia individuale e sostegno psicologico si osserva anche una consistente quota di utenti che lo associa a monitoraggio (18%).

Tra gli utilizzatori di cocaina la psicoterapia individuale ed il counselling che risultano le terapie maggiormente usate come unico intervento non farmacologicamente assistito (rispettivamente 41% e 21%) risultano anche utilizzate insieme all'interno di uno stesso programma terapeutico (36%).

Gli interventi di servizio sociale o lavorativi, impiegati come unico trattamento in proporzione analoga tra gli utilizzatori di oppiacei e i consumatori di cocaina, tra questi ultimi sono maggiormente utilizzati in associazione ad altre terapie, soprattutto insieme a monitoraggio (12%) e interventi di sostegno psicologico (15%).

Gli interventi di servizio sociale e/o riabilitativi sono la terapia maggiormente rivolta agli utilizzatori di cannabis che seguono un unico trattamento non integrato con farmaci (43%) ma risultano poco impiegati in abbinamento ad altre tipologie di trattamenti.

I trattamenti di psicoterapia individuale e il counselling, attivati rispettivamente per il 25% e il 20% dei consumatori di cannabis che segue un unico trattamento, sono invece attivati nei confronti di una consistente quota di soggetti insieme (33%) o in abbinamento ad altre terapie. Il sostegno psicologico, terapia impiegata piuttosto insieme ad altri interventi che come terapia unica, risulta associata al counselling dall'11% degli utilizzatori di cannabis e per un altro 14% si ha l'abbinamento ad interventi di psicoterapia individuale.

### 5.2.2 Trattamenti integrati con farmaci

Il totale degli utenti in trattamento farmacologico è rappresentato per il 94% da utilizzatori di oppiacei (dato pari al 74% nell'utenza complessiva), il 4% sono utilizzatori di cocaina e il 2% utenti in trattamento per problemi legati all'uso di cannabis; in quest'ultimo caso, trattasi di soggetti che utilizzano oppiacei e/o cocaina come sostanze secondarie o soggetti inviati dalle autorità per 'reati' connessi all'utilizzo di cannabis che hanno però una storia di tossicodipendenza legata all'utilizzo di eroina o cocaina.

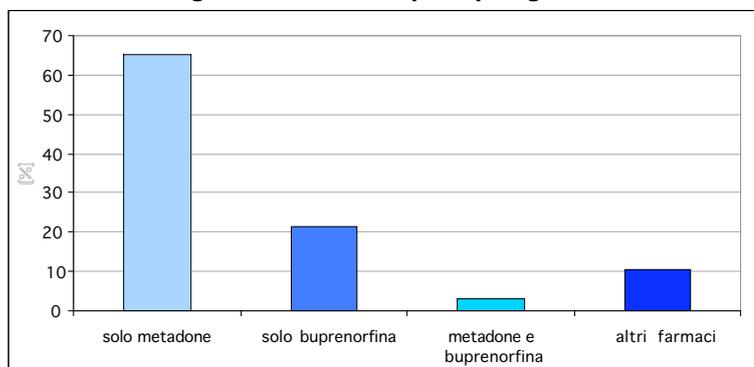
Rispetto al totale dell'utenza trattata, si osserva una percentuale maggiore di soggetti già in carico dall'anno precedente (85% contro il 79% rilevato sull'intero campione) e di utenti giunti ai servizi per scelta volontaria (65% contro il 58% nell'utenza complessiva) o per l'invio da parte di strutture socio sanitarie (17% e 14% rispettivamente). Tali valori sono tutti coerenti con la maggiore presenza in questo sottogruppo di utilizzatori di oppiacei.

Nel caso dei trattamenti farmacologici la quasi totalità dell'utenza ha attivato un solo trattamento farmacologico (88%), il 10% ha effettuato nel corso dell'anno due trattamenti farmacologiche e il rimanente 2% ha seguito da 3 a 6 trattamenti farmacologici.

Gli interventi farmacologici fanno riferimento nella maggior parte dei casi a trattamenti con farmaci stupefacenti (87%) e il 13% sono rappresentati invece da terapie con altri farmaci.

In particolare si osserva che il 65% degli utenti sottoposti a cure farmacologiche ha attivato trattamenti esclusivamente con metadone, il 21% viene curato con la sola buprenorfina ed il 3% degli utenti ha attivato nel corso dell'anno (in tempi diversi) sia trattamenti metadonici che a base di buprenorfina. (Grafico 5.3)

**Grafico 5.3: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento diagnostico-terapeutico-riabilitativo integrato con farmaci per tipologia di farmaco somministrato. Anno 2007.**



Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia

Il 55% delle cure farmacologiche non risulta tuttora abbinata ad alcuna terapia di tipo psicosociale e/o socio-riabilitativa.

L'analisi delle caratteristiche evidenzia coloro che sono sottoposti a soggetti sottoposti a trattamento integrato o solo farmacologico, effettuata attraverso l'adattamento di un modello di regressione logistica<sup>2</sup>, evidenzia che coloro con trattamento integrato sono soggetti generalmente più giovani, di sesso femminile e utenti arrivati ai servizi per invio da parte delle Prefetture. Tra gli utenti in trattamento esclusivamente farmacologico si osserva invece una percentuale maggiore di utilizzatori di oppiacei piuttosto che di cocaina e di soggetti giunti in trattamento per scelta volontaria.

Rispetto alla presenza nel servizio si rileva una probabilità maggiore di essere sottoposto a trattamento integrato tra i soggetti già in carico rispetto ai nuovi utenti.

<sup>2</sup> Vedi Tavola 5.1 negli allegati: Parte 13.2 "Tavole di lavoro della Relazione".

## Trattamenti con farmaci per la tossicodipendenza

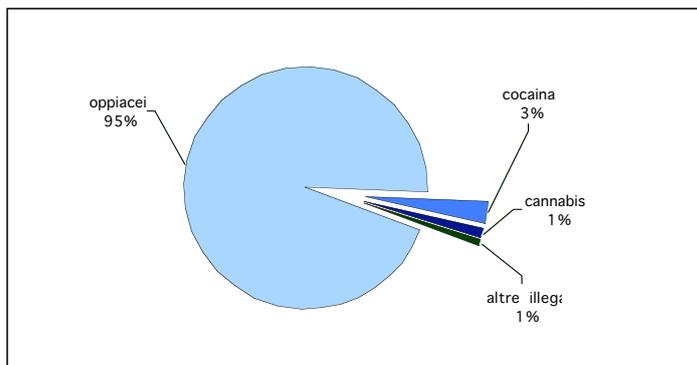
### Trattamenti con farmaci stupefacenti di vario tipo

Come osservato sopra, ed in linea con gli anni precedenti, i trattamenti con farmaci stupefacenti continuano a rappresentare la terapia farmacologica maggiormente somministrata ai soggetti tossicodipendenti.

Consequentemente si evince che le caratteristiche dei soggetti sottoposti a tale tipologia di trattamento non differiscono in maniera significativa da quanto rilevato per l'intero collettivo di utenti sottoposti a cure farmacologiche in genere.

I soggetti trattati con farmaci stupefacenti sono per l'85% utenti già in carico, il 95% di questi soggetti utilizza oppiacei quale sostanza "primaria" e il 5% è rappresentato da utilizzatori di cocaina, cannabis o altre illegali con un uso secondario di eroina (Grafico 5.4); per quanto riguarda il canale d'invio emerge una proporzione maggiore, rispetto all'utenza complessiva, di soggetti in trattamento per scelta volontaria (65% contro il 58% sul totale dell'utenza) o perché inviati da parte di strutture socio sanitarie (18% contro il 14%).

**Grafico 5.4: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento diagnostico-terapeutico-riabilitativo integrato con farmaci per sostanza "primaria". Anno 2007.**



Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia

Le terapie metadoniche rappresentano il 74% degli interventi con farmaci stupefacenti. La rilevazione del Ministero della Salute indica 82.706 soggetti sottoposti a trattamenti metadonici nel corso del 2007.

La distinzione dei trattamenti con farmaci stupefacenti in base alla durata della terapia fa osservare che, complessivamente, la maggior parte di queste cure prevede una durata superiore ai 6 mesi (55%), il 29% è rappresentato da terapie a breve termine (inferiori ai 30 giorni), mentre una minoranza di questi trattamenti prevede una durata di medio termine (30 giorni - 6 mesi, 16%).

Distinguendo però le terapie metadoniche da quelle a base di buprenorfina si osserva che se la maggior parte delle cure metadoniche prevedono una durata di lungo termine (58%), tra i trattamenti a base di buprenorfina il 46% è a breve termine e il 45% sono trattamenti di durata superiore ai 6 mesi (lungo termine).

Il 41% degli utenti trattati con farmaci stupefacenti ha abbinati a queste cure anche trattamenti di tipo psicosociale e/o riabilitativo. In particolare il 17% dei soggetti ha, associati al trattamento con farmaci stupefacenti, interventi di psicoterapia individuale, il 13% conuselling, un altro 13% interventi di servizio sociale o lavorativi e in misura minore si osserva l'associazione anche con il monitoraggio (10%) e gli interventi di sostegno psicologico (8%).

### Trattamenti con farmaci antagonisti

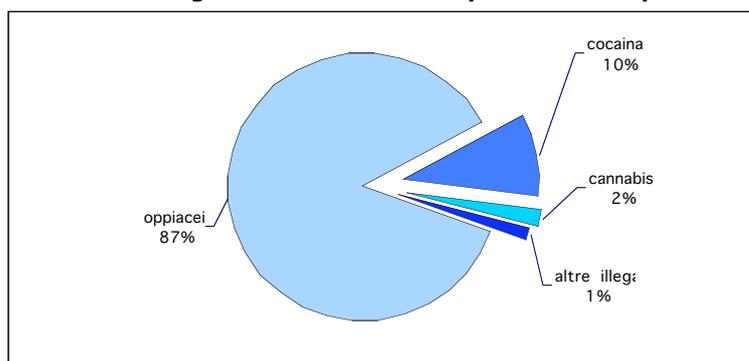
Un altro farmaco utilizzato in quanto appartenente alla categoria degli oppioantagonisti è il Naltrexone, somministrato all'1% degli utenti sottoposti a terapie farmacologiche. In tale gruppo di utenti troviamo che se da un lato rimane sostanzialmente la stessa la distribuzione della sostanza definita primaria (94% gli utilizzatori di oppiacei, 4% cocaina, 1% cannabis e 2% illegali) risulta superiore, rispetto a quanto riscontrato per il gruppo dei soggetti in trattamento con farmaci stupefacenti, la quota di persone che per la prima volta attivano un trattamento nell'anno (24%).

Si ha inoltre che a fronte di un 42% di utenti che ricevono solo terapie con naltrexone, per il 58% la terapia farmacologica è integrata con altri trattamenti di tipo psico-sociale e/o riabilitativo. Nello specifico il 46% ha, associati al naltrexone, interventi di psicoterapia individuale; il 44% interventi di servizio sociale o lavorativi; il 34% interventi di sostegno psicologico ed infine il 26% ha ricevuto un intervento di counselling.

### Trattamenti con altri farmaci

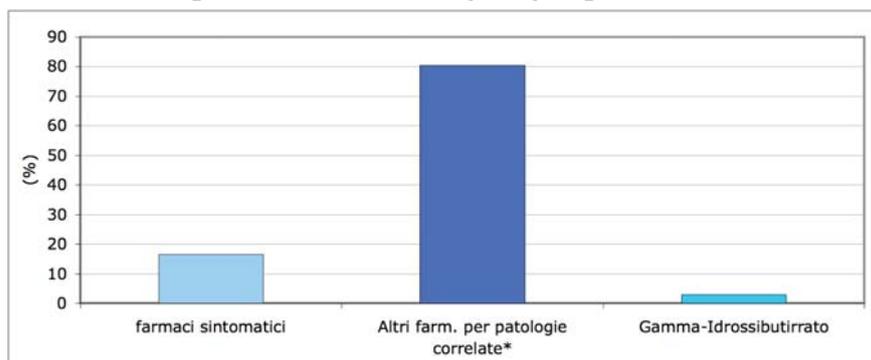
Spostando l'attenzione sul collettivo di utenti sottoposti a trattamenti con farmaci diversi da metadone o buprenorfina, si osserva una minor presenza di utilizzatori di oppiacei rispetto a quanto osservato tra i soggetti trattati con farmaci stupefacenti (rispettivamente 87% e 95%). (Grafico 5.5)

**Grafico 5.5: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento diagnostico-terapeutico riabilitativo integrato con altri farmaci per sostanza "primaria". Anno 2007.**



Elaborazione sui dati del Progetto SIMI®Italia

La maggior di questi utenti è sottoposta a cure con farmaci per patologie correlate (80%), il 17% sono soggetti in terapia con sintomatici, ed il 3% segue cure a base di gamma-idrossibutirrato; dato, quest'ultimo, giustificato dalla presenza, nel sottogruppo, di una consistente percentuale di soggetti che utilizzano l'alcol quale sostanza definita "secondaria" (17% contro il 9% rilevato sull'utenza complessiva). (Grafico 5.6).

**Grafico 5.6: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento diagnostico-terapeutico riabilitativo integrato con altri farmaci per tipologia di farmaco somministrato. Anno 2007.**

\*antidepressivi serotoninergici, farmaci per patologie psichiatriche, farmaci per epatopatie, farmaci per infezioni da HIV

Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia

Tutte le terapie con altri farmaci risultano associate a trattamenti psicosociali e/o riabilitativi: il 63% degli utenti abbina alla terapia farmacologica interventi di psicoterapia individuale, il 57% effettua anche monitoraggio e il 13% counselling.

In misura minore si rileva anche l'associazione con terapie di sostegno psicologico (13%) e interventi di servizio sociale o lavorativi.

### Altri trattamenti

Degno di nota è il progetto START<sup>3</sup>, di cui una delle linee principali è volta ad attivare trattamenti per consumo problematico di cocaina. Il progetto ha messo a punto, e diffuso a tutti i servizi del territorio nazionale, uno specifico manuale tecnico per gli operatori affinché sia resa disponibile una letteratura scientifica aggiornata e facilmente fruibile per attivare nuovi servizi in merito. Il manuale contiene sia le procedure diagnostiche che gli aspetti terapeutici e le indicazioni organizzative relativamente ai modelli da poter utilizzare per l'attivazione di nuovi servizi. Le attività di cui sopra sono state fatte con il patrocinio delle Nazioni Unite, del Ministero della Salute e del Ministero della Solidarietà Sociale. Relativamente al problema cocaina si è anche attivata una partecipazione allo studio e alla sperimentazione del **vaccino anticocaina**, proposto da un gruppo internazionale di ricerca che continuerà le sue attività nei prossimi anni anche sul territorio italiano.

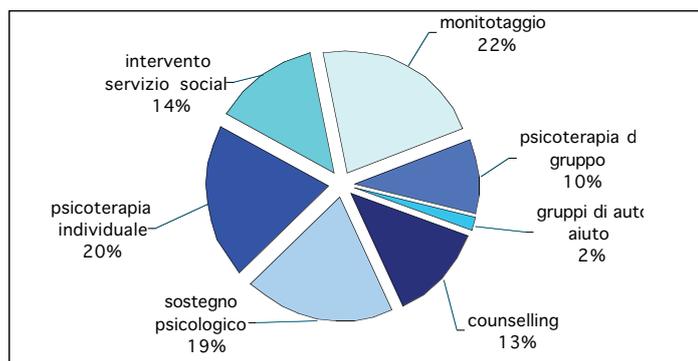
## 5.3 TRATTAMENTI EFFETTUATI PRESSO LE COMUNITA' TERAPEUTICHE

Come già segnalato nei capitoli precedenti (cfr. cap. 4, par 4.2) il 10% degli utenti in carico nei SerT risulta trattato in strutture terapeutiche residenziali. Di tale collettivo il 49% dei soggetti riceve, ad integrazione della terapia d'ambiente di base, trattamenti farmacologicamente assistiti, integrati con terapie psicosociali e/o riabilitative e il rimanente 51% è sottoposto a trattamenti aggiuntivi esclusivamente di carattere psicosociale e/o riabilitativo non farmacologicamente assistito.

Tra i trattamenti erogati ai soggetti che ricevono solo cure psicosociali e/o riabilitative si ha che il 22% sono interventi di monitoraggio, il 19% sostegno psicologico, 14% sono interventi di servizio sociale e il 13% interventi di counselling; le psicoterapie individuali risultano erogate nel 20% dei casi e le psicoterapie di gruppo nel 10% (Grafico 5.7).

<sup>3</sup> Vedi Paragrafo 12.9 della Parte 12 "Approfondimenti Metodologici".

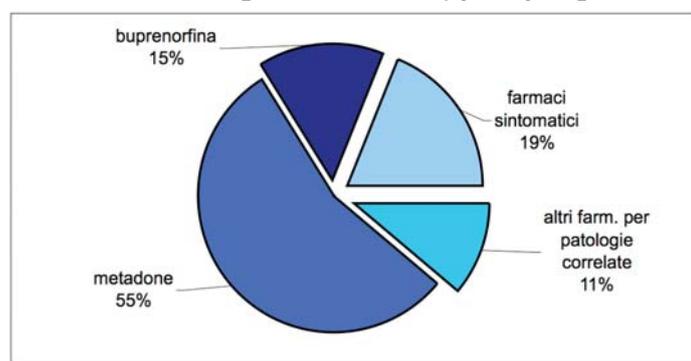
**Grafico 5.7: Distribuzione percentuale degli utenti trattati presso le comunità terapeutiche con terapie esclusivamente psico-sociali e/o riabilitative, per tipologia di trattamento aggiuntivo alla terapia d'ambiente. Anno 2007.**



Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia

Tra coloro che ricevono trattamenti integrati con farmaci si osserva una prevalenza di interventi con metadone (55%), mentre il 15% è sottoposto a trattamento con buprenorfina. Nel 19% dei casi i trattamenti farmacologici erogati si basano sulla somministrazione di farmaci sintomatici e per il rimanente 11% su farmaci per la cura di patologie correlate (Grafico 5.8).

**Grafico 5.8: Distribuzione percentuale degli utenti trattati presso le comunità terapeutiche con trattamenti integrati con farmaci, per tipologia di farmaco somministrato. Anno 2007.**



Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia

Distinguendo gli utenti tra coloro in trattamento integrato con farmaci e quelli in trattamento esclusivamente psicosociale e/o riabilitativo, si possono osservare alcune differenziazioni. Tra i primi risulta minore il peso dell'utenza incidente (rispettivamente 21% contro 27%). Non si osservano differenze di rilievo per quanto riguarda il sesso e l'età dei soggetti (in entrambi i gruppi la percentuale di utenti di età superiore ai 35 anni è circa del 60% e l'età media è pari a 33 anni in entrambi i casi).

Quanto riportato in precedenza risulta confermato dai risultati ottenuti con l'adattamento di un modello di regressione logistica<sup>4</sup>, dal quale emerge che gli utenti sottoposti a trattamento aggiuntivo con terapie di carattere esclusivamente psicosociale sono essenzialmente nuovi utenti e che gli utilizzatori di cocaina e cannabis hanno una probabilità tripla di essere sottoposti a questa tipologia di trattamento rispetto agli utilizzatori di oppiacei. Per contro si ha, come logico, che l'essere utilizzatore di oppiacei comporta una probabilità maggiore di essere sottoposto a integrato con farmaci rispetto a coloro che utilizzano cocaina o cannabis.

<sup>4</sup> Vedi Tavola 5.2 negli allegati: Parte 13.2 "Tavole di lavoro della Relazione".

## 5.4 INTERVENTI DELLE PREFETTURE

### Segnalazioni ex articolo 75 DPR 309/90 e sanzioni amministrative

Nel 2007, 32.413<sup>5</sup> soggetti sono stati segnalati dalle forze dell'ordine ai Nuclei Operativi Tossicodipendenze (NOT) delle Prefetture per possesso di sostanze stupefacenti, ai sensi dell'art. 75 del Testo Unico in materia di tossicodipendenze DPR 309/90 e successive modifiche.

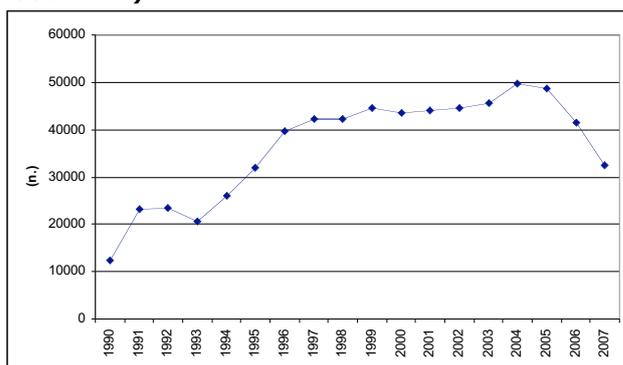
Il numero di segnalati ha mantenuto un andamento sostanzialmente crescente sin dall'entrata in vigore del DPR 309/90 (Grafico 5.9), eccezion fatta per l'anno 1993 e gli ultimi due anni.

Poiché gli assistenti sociali del NOT possono attualmente convocare i soggetti segnalati solo in presenza degli esiti delle analisi delle sostanze sequestrate, il tempo necessario agli accertamenti tossicologici ha allungato i tempi del procedimento amministrativo.

Tutto ciò, unitamente al consueto ritardo con cui vengono aggiornati gli archivi delle singole Prefetture, può concorrere a spiegare la diminuzione del numero dei segnalati inseriti nella banca dati negli ultimi due anni.

Tuttavia, basandosi sul trend relativo agli anni che vanno dal 1993 (anno in cui in base al Referendum è stato depenalizzato il consumo di droga) al 2005, si è stimato<sup>6</sup> che il numero dei segnalati nel 2006 e nel 2007 sia rispettivamente circa 54.000 e 55.000 (Grafico 5.9).

**Grafico 5.9: Soggetti segnalati alle Prefetture ai sensi dell'art. 75 del DPR 309/90 (anni 1990-2007).**



Elaborazioni su dati del Ministero dell'Interno - DCDS

I segnalati nel 2007 sono per la maggior parte di sesso maschile (93%), con un'età media di circa 26 anni. La classe d'età più rappresentata è quella tra i 15 e i 24 anni (51%), seguita dai 25-34 anni (33%) e dalle persone che hanno più di 35 anni (16%).

Il 76% risulta essere stato segnalato per la prima volta nel 2007, mentre il rimanente 24% presenta altre segnalazioni in anni precedenti. Da un'analisi più dettagliata, emerge, inoltre, che tra i nuovi segnalati il 3% è stato segnalato più volte nel corso dello stesso 2007, mentre tra i già segnalati negli anni precedenti il 94% non presenta più di una precedente segnalazione.

La maggior parte dei soggetti risulta segnalato per possesso di cannabis (73%), seguita dalla cocaina (16%) e dall'eroina (8%). Il rimanente 3% è costituito dai segnalati per possesso di metadone, morfina e altri oppiacei naturali, amfetamine ed ecstasy.

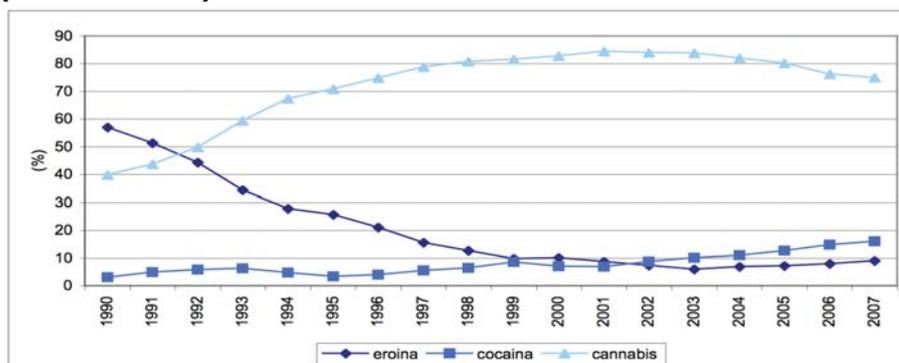
La distribuzione dei soggetti per sostanza di segnalazione mostra variazioni nell'arco temporale 1990-2007 (Grafico 5.10).

<sup>5</sup> Dato rilevata alla data del 4 aprile 2008.

<sup>6</sup> La tendenza lineare è stata stimata utilizzando il metodo dei minimi quadrati.

La percentuale di segnalati per derivati della cannabis, in crescita dal 1990, ha raggiunto il suo valore massimo nel 2001 (84%), per poi iniziare a decrescere. In particolare, dal 2002, a fronte di una diminuzione dei segnalati per tali sostanze, si è registrato un incremento costante negli anni di quelli per cocaina (dal 9% nel 2002 al 16% nel 2007). La percentuale dei segnalati per eroina, in trend costantemente decrescente dal 1990, a partire dal 2002 mostra un lieve ma costante aumento, passando dal 7% al 9% del 2007<sup>7</sup>.

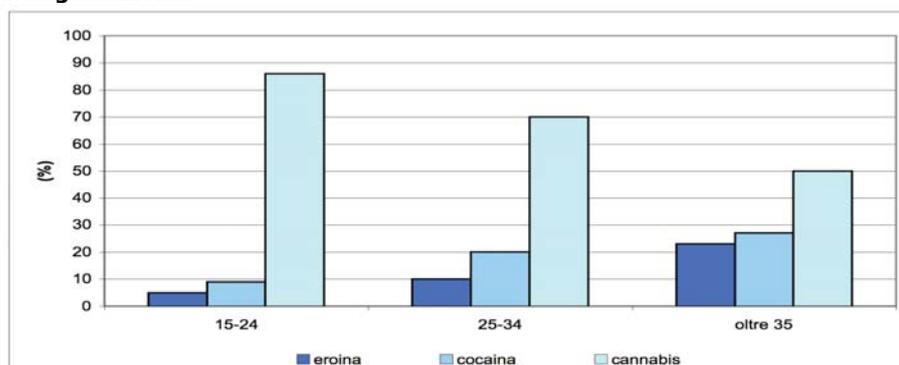
**Grafico 5.10: Distribuzione percentuale dei soggetti segnalati per sostanza di segnalazione (anni 1990-2007).**



Elaborazioni su dati del Ministero dell'Interno - DCDS

La distribuzione per classi di età e sostanza di segnalazione (Grafico 5.11) evidenzia percentuali sempre più alte di segnalati per eroina e cocaina con l'aumentare dell'età, mentre i più giovani sono segnalati più frequentemente per uso di cannabinoidi.

**Grafico 5.11: Distribuzione percentuale dei soggetti segnalati per classi di età e sostanza di segnalazione.**



Elaborazioni su dati del Ministero dell'Interno - DCDS

Il numero totale dei colloqui svolti davanti al Prefetto nel 2007 è pari a 27.352<sup>8</sup>. A seguito di tali colloqui, 16.623<sup>9</sup> soggetti sono stati invitati a non far più uso di sostanze stupefacenti (formale invito).

Le sanzioni amministrative, adottate dai Prefetti ai sensi del comma 1 dell'art. 75 modificato con legge 49/2006, sono state complessivamente 10.049, di cui il

<sup>7</sup> Per un'analisi più approfondita sull'andamento, nel corso degli anni, del consumo delle principali sostanze e delle problematiche relative ai soggetti segnalati ai sensi dell'art. 75 del DPR 309/90, si rinvia alla pubblicazione "Analisi dei mutamenti del consumo tra le persone segnalate ai prefetti per detenzione per uso personale di sostanze stupefacenti dal 1991 al 2006".

[http://www.interno.it/mininterno/export/sites/default/it/assets/files/15/0971A\\_Uso\\_personale\\_di\\_droghie-Segnalazione\\_prefetti\\_1991\\_06.pdf](http://www.interno.it/mininterno/export/sites/default/it/assets/files/15/0971A_Uso_personale_di_droghie-Segnalazione_prefetti_1991_06.pdf)

<sup>8</sup> Il totale dei colloqui svolti nel 2007 riguarda anche persone segnalate negli anni precedenti. Inoltre uno stesso soggetto può essere sottoposto a più di un colloquio nel corso dell'anno.

<sup>9</sup> I provvedimenti adottati nel 2007 comprendono anche quelli relativi alle segnalazioni effettuate in anni precedenti.

78% successivamente ai colloqui presso i NOT delle Prefetture e il rimanente 22% per mancata presentazione al colloquio stesso.

Inoltre 2.384 soggetti sono stati invitati<sup>10</sup> a recarsi al Servizio per le Tossicodipendenze per il trattamento terapeutico e per 4.453 è stato archiviato il procedimento amministrativo per conclusione del programma terapeutico.

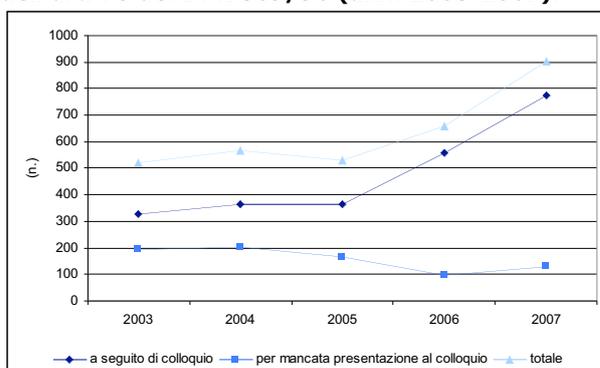
Rispetto agli anni precedenti si è registrata una diminuzione del numero di persone che sono state inviate ai SerT per intraprendere un programma di recupero.

Per quanto riguarda i provvedimenti adottati nei confronti dei nuovi segnalati nell'anno 2007, in seguito al colloquio 4.115 soggetti sono stati invitati a non fare più uso di sostanze stupefacenti (formale invito).

Le sanzioni amministrative sono state 904, di cui l'86% a seguito di colloqui presso i Nuclei Operativi per le Tossicodipendenze delle Prefetture e il rimanente per mancata presentazione al colloquio stesso.

Negli ultimi cinque anni il numero di sanzioni irrogate nei confronti dei nuovi soggetti segnalati è notevolmente aumentato. In particolare è aumentato il numero di sanzioni emesse dopo l'effettuazione del colloquio (Grafico 5.12).

**Grafico 5.12: Provvedimenti sanzionatori emessi nei confronti dei nuovi segnalati ai sensi dell'art. 75 del DPR 309/90 (anni 2003-2007).**



Elaborazioni su dati del Ministero dell'Interno - DCDS

<sup>10</sup> In base alla normativa precedente, in sede di colloquio, se il soggetto recidivo mostrava la volontà di iniziare un iter di recupero era prevista l'interruzione del procedimento amministrativo con l'invio al SerT per il programma di recupero a conclusione del quale il procedimento veniva archiviato.

La nuova normativa prevede invece, ad eccezione dei casi di cui al comma 14 dell'art. 75 relativo all'applicazione del formale invito, l'irrogazione delle sanzioni nei confronti del soggetto detentore di sostanze stupefacenti ed il successivo invito a recarsi al SerT per effettuare il programma di recupero.

# PARTE 6

---

## **IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE**

### **6.1 Decessi droga correlati e mortalità nei consumatori di droga**

- 6.1.1 Decessi per overdose
- 6.1.2 Decessi droga correlati

### **6.2 Malattie infettive droga correlate**

- 6.2.1 Diffusione di HIV-AIDS
- 6.2.2 Diffusione di Epatiti virali
- 6.2.3 Diffusione di tubercolosi
- 6.2.4 Diffusione di patologie sessualmente trasmissibili
- 6.2.5 Comportamenti a rischio di infezione
- 6.2.6 Prevalenza delle malattie infettive e loro trasmissione tramite la via iniettiva

### **6.3 Comorbidità psichiatrica: disturbi di personalità, depressione, stati d'ansia, disturbi dell'affettività**

### **6.4 Altre implicazioni e conseguenze per la salute**

- 6.4.1 Comorbidità somatica
- 6.4.2 Gravidanze e bambini nati da madri consumatrici di droghe
- 6.4.3 Incidenti stradali



## IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

Nel 2007, con 589 decessi, si registra un incremento dell'indicatore del 6% rispetto all'anno precedente. L'età media al decesso è progressivamente aumentata (dai 33 anni del 2001 ai 35 del 2007). La quota di morti attribuibili ad intossicazione da sostanze vede l'eroina stabile al 40%, mentre quella riconducibile alla cocaina è passata dal 2,3% del 2001 al 6,1% del 2007 (si precisa tuttavia che i dati relativi ai decessi per cocaina risultano sottostimati dalle fonti ufficiali).

Per quanto attiene alla diffusione di patologie infettive droga correlate si rileva che, nel 2007, tra gli utenti dei servizi delle tossicodipendenze sottoposti ai test sierologici e virali, il 12% è risultato positivo al test per l'HIV, il 37% è la quota dei positivi tra i testati per HBV e il 60% è la percentuale dei positivi al test HCV. Le schede di dimissione ospedaliera (SDO) relative a pazienti che riportano diagnosi (codificata in base all'ICD9-CM) droga correlate in comorbidità somatica con malattie attribuibili al sistema "circolatorio" e "respiratorio" nel 2005 (dato più recente disponibile), rappresentano rispettivamente circa il 9% e 6% del totale dei ricoveri correlati all'uso di droghe. Per quanto attiene invece alle gravidanze e bambini nati da madri consumatrici di droghe, queste costituiscono poco più del 2% dei ricoveri correlati all'uso di droghe.

Il monitoraggio dell'utenza in comorbidità psichiatrica tra i maggiorenni in carico ai DSM mostra valori di poco inferiori al 4%, nei servizi per le tossicodipendenze tale quota sale al 22%.

Dall'analisi della relazione tra le caratteristiche dell'utenza trattata e la presenza di comorbidità psichiatrica emerge una associazione "positiva" riscontrata tra i soggetti poliassuntori.

In Italia gli incidenti stradali determinano ogni anno circa 6.000 morti, 15.000 invalidi gravi, 120.000 ricoverati e più di 1 milione di accessi al pronto soccorso non seguiti da ricovero.

Dall'analisi dei dati si evidenzia che il rapporto maschi/femmine è circa 3 a 1 nei deceduti e circa 2 a 1 nei ricoverati; circa un decesso su tre riguarda soggetti di età inferiore ai trenta anni. Si rileva inoltre che l'incidente stradale è la prima causa di morte per i maschi che hanno meno di 40 anni e la causa primaria della disabilità traumatica grave (derivata in gran parte da trauma cranico) dei giovani. Le stime dell'ISTAT e dell'ACI evidenziano costi sociosanitari elevatissimi: circa 34 miliardi di euro/anno, ovvero intorno al 2,7% del PIL.

Tra i fattori di rischio che favoriscono l'accadimento di incidenti stradali la guida sotto l'influenza di alcol e/o altre sostanze psicoattive riveste un ruolo di particolare importanza, sia nella genesi che nelle conseguenze di questi eventi.



## 6.1 DECESSI DROGA CORRELATI E MORTALITÀ NEI CONSUMATORI DI DROGA<sup>1</sup>

### 6.1.1 Decessi per overdose

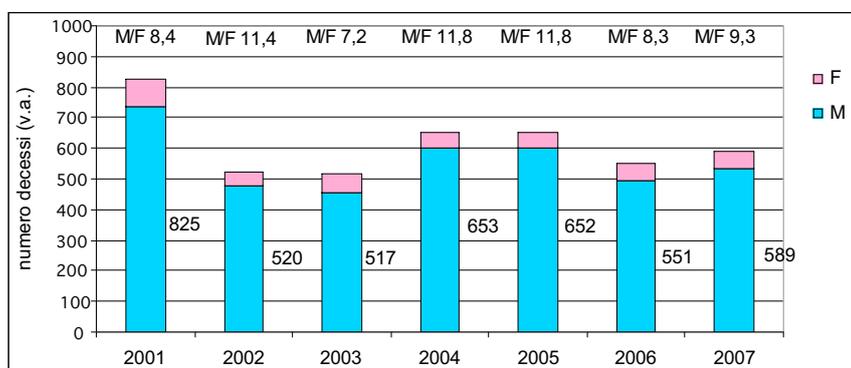
Così come richiesto dell'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (OEDT) di Lisbona, a proposito della mortalità nei consumatori di droga, nel presente paragrafo si analizzeranno esclusivamente i decessi per overdose, mentre nel successivo i complessivi decessi droga correlati.

Gli episodi di overdose sono raccolti nel nostro paese dal Registro Speciale (RS) di mortalità della DCSA (Direzione Centrale per i Servizi Antidroga) del Ministero dell'Interno, che rileva tali episodi su base indiziaria (segni inequivocabili di intossicazione da sostanze psicoattive) in cui siano state interessate le Forze di Polizia<sup>2</sup>.

In base ai dati forniti dalla DCSA, dal 2001, in cui si sono registrati 825 casi, si è assistito ad un decremento del fenomeno nel primo biennio (su quote prossime ai 520 decessi nel 2002-2003) e un inversione di tendenza in quello successivo (intorno ai 600 casi nel 2004-2005); ad un ulteriore decremento nel 2006, anno in cui sono stati rilevati 551 decessi, succede un nuovo aumento, pari al 6% nel 2007 (Grafico 6.1).

Il rapporto maschi/femmine deceduti è mediamente pari all'incirca a 9 maschi ogni donna (9,5); tale quoziente varia tra 7,2 nel 2003 (in cui il 12,2% dei deceduti era costituito da donne) e 11,8 nel 2004-2005 (in cui le donne hanno rappresentato il 7,8% dei decessi).

**Grafico 6.1: Trend dei decessi per overdose, secondo il genere e l'anno di decesso. Anni 2001-2007.**



Elaborazione su dati del Ministero dell'interno - DCSA

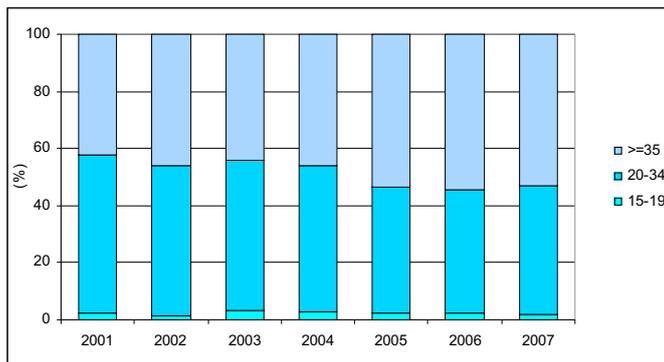
Dal 2001 l'età al decesso è progressivamente aumentata: l'età media passa dai 33 anni circa del 2001 ai 35 del 2007; se all'inizio del periodo considerato circa il 42% dei decessi era costituito da over 35enni, dal 2005 tale quota supera il 53%.

Relativamente costante, invece, rimane la proporzione delle morti per intossicazione acuta tra gli under 19enni che costituiscono l'1-2% del totale (solo nel 2003 si è arrivati al 3%).

<sup>1</sup> La presente relazione è stata curata da Teodora Macchia (Dipartimento del Farmaco, Istituto Superiore di Sanità). Hanno collaborato Franco Taggi (Dipartimento "Ambiente e connessa Prevenzione Primaria", Istituto Superiore di Sanità), Silvia Bruzzone (Direzione centrale per le statistiche e le indagini sulle istituzioni sociali, Servizio sanità e Assistenza, Istat), Renata Borriello, Amalia Scotto di Tella, Paola Cassandro, A. Fusco, G. Paggio (Istituto di Medicina Legale dell'Università Federico II, Napoli), Elia del Borrello (Istituto di Medicina Legale dell'Università di Bologna), Direzione Centrale Servizi Antidroga (Ministero dell'Interno, Roma).

<sup>2</sup> Sulle comparazioni con altri sistemi di rilevazione nazionale dei decessi droga correlati si vedrà più in seguito nel paragrafo 6.1.2.

**Grafico 6.2: Distribuzione percentuale dei decessi per overdose, secondo la classe d'età. Anni 2001-2007.**



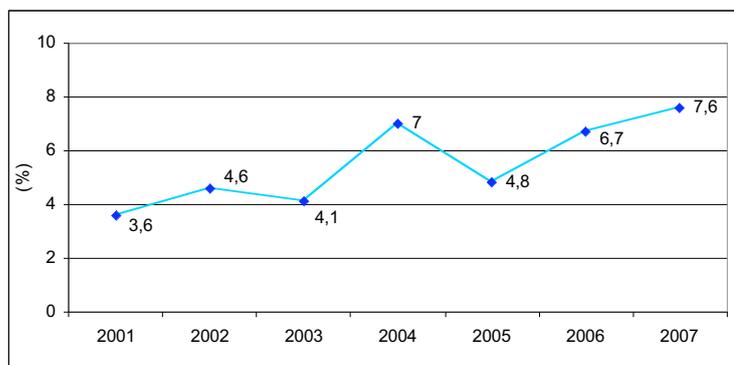
Elaborazione su dati del Ministero dell'interno - DCSA

In più della metà dei casi rilevati nel 2007 non è stato possibile rilevare la sostanza presunta che ha determinato il decesso (si ricorda che non ci si basa su indagini tossicologiche ma su meri elementi circostanziali); nel 40% dei casi il decesso è stato ricondotto, con ragionevole sicurezza, all'eroina e nel 6% alla cocaina. L'età media al decesso, mediamente pari a 35 anni, tra i soggetti deceduti per cocaina è leggermente inferiore (34 anni).

Dal 2001 la quota di morti attribuite ad intossicazione da eroina rimane sostanzialmente stabile, mentre quella riconducibile alla cocaina è passata, dal 2,3% del 2001 all'8,3% del 2006, per attestarsi al 6,1% del 2007.

La quota di stranieri deceduti nel nostro paese (Grafico 6.3) è stata al di sotto del 5% nei primi anni del decennio, per toccare quota 7% nel 2004 e registrare nel 2007 una quota pari al 7,6%, una proporzione analoga a quella dei soggetti di nazionalità non italiana in carico ai SerT.

**Grafico 6.3: Distribuzione percentuale degli stranieri tra i decessi per overdose. Anni 2001-2007.**



Elaborazione su dati del Ministero dell'interno - DCSA

### 6.1.2 Decessi droga correlati

L'espressione "Decessi Droga-Correlati" ha un significato complesso sia in ragione della sua definizione che del suo contenuto informativo.

La definizione è essenziale in quanto influisce sul numero dei casi che vengono registrati come tali ed il contenuto informativo consente di utilizzare questi dati come indicatore, se pur indiretto, di uso problematico di droga.

La corretta lettura degli indicatori richiede però una conoscenza sui meccanismi che sono alla base della loro costruzione. Tra i Decessi Droga Correlati (nel seguito DDC), si registra negli ultimi anni una certa contrazione degli eventi, ma più che da una reale riduzione del fenomeno, questa ha una concreta probabilità di derivare dalla definizione della causa e dalla modalità di registrazione della stessa che nella pratica non consente, ad oggi, di inserire nelle statistiche i decessi da sostanze psicoattive come ad es. la cocaina, meno immediatamente "attribuibili" all'effetto diretto della stessa sostanza (mortalità da incidenti cardiovascolari) o i decessi indirettamente correlati all'uso di droghe (es. incidenti, patologie direttamente connesse ma diverse dall'intossicazione acuta). L'attribuzione della causa di morte si basa sulla prima diagnosi del medico che certifica la morte o del necroscopo e non su una specifica documentazione clinica; c'è quindi un problema di corretta e completa certificazione clinica, di accuratezza nella "causa iniziale", cioè "la malattia, o causa, che ha dato inizio al concatenamento di eventi che ha avuto il decesso come esito finale". La morte prematura che può riguardare persone anche molto giovani e non necessariamente in fase di uso dipendente o in situazione di cronicità, è determinata sia da cause naturali (soprattutto infezioni e problemi/complicanze cardiovascolari) che da cause non naturali (overdose, suicidi, omicidi, incidenti stradali e sul lavoro). La registrazione di tali elementi viene però raramente rilevata in relazione all'azione delle sostanze psicoattive. Eccezione fatta, entro certi termini, per le "overdose" strettamente definite, con tutte le caratteristiche di seguito considerate in relazione alle diverse fonti.

L'intossicazione acuta da una e più sostanze psicoattive rappresenta la causa più frequente di decesso tra gli assuntori di droghe.

Tra i fattori che possono influire, anche in maniera determinante, sull'evenienza di decesso per overdose:

1. La **tolleranza** nei confronti della sostanza: elevato rischio di overdose a seguito di assunzione dopo un periodo di astensione dall'uso. Ciò si può verificare, ad esempio, all'uscita dal carcere, alla dimissione dopo lungo ricovero, dopo una disassuefazione, all'uscita da una Comunità terapeutica interrotta o conclusa.
2. La **purezza** della sostanza nella miscela di strada: un più elevato contenuto di principio attivo può superare la soglia di tolleranza sviluppata dal consumatore per quella sostanza (fenomeno più frequente nei periodi nei quali muti repentinamente il mercato).
3. **Contaminanti tossici** nella miscela di strada che esprimono di per sé, o in sinergia con la sostanza psicoattiva, una propria tossicità.
4. **Associazioni di sostanze** che possono indurre condizioni che rallentano o ostacolano il metabolismo di una di esse con l'effetto di aumentarne la concentrazione (sopra-soglia) per via della maggiore disponibilità e più lunga permanenza. A livello esemplificativo si consideri l'associazione metadone e alcol.

strettone fatti viene considerata overdose una intossicazione acuta, involontaria, che si manifesta in un breve arco di tempo dopo l'assunzione di una o più sostanze.

Ma l'overdose non è la sola causa di un decesso acuto per droga (nell'immediatezza del consumo). Si pensi ad un incidente nella pratica iniettiva (ad es. un embolo) o a situazioni in cui la droga è causa del decesso (es. incidente stradale, ictus, infarto).

I DDC sono considerati a livello europeo un indicatore indiretto di prevalenza di uso problematico di droga. Variazioni di questo indicatore riflettono però mutamenti anche piccoli nella definizione di DDC, nei sistemi di rilevamento, codifica e registrazione, nel contenuto di principio attivo delle sostanze utilizzate, nelle modalità di assunzione, nelle associazioni di sostanze assunte, nello stato fisico del soggetto al momento del consumo. L'importanza pratica di questo indicatore è alla base dello sforzo costante dell'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (OEDT) in collaborazione con i Punti Focali Nazionali (PFN) dei paesi dell'U.E., per migliorarne e standardizzarne la qualità, specificità e comparabilità.

### **Fonti istituzionali e modalità di rilevazione**

Nel nostro Paese i DDC vengono rilevati attraverso due sistemi distinti, il Registro Generale di Mortalità ed il Registro Speciale (RS) relativo ai decessi droga correlati, entrambi 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 Generale di Mortalità (RGM)**, curato dall'ISTAT, riguarda la totalità dei decessi avvenuti nella popolazione generale e le cui cause sono state codificate sino al 2002 secondo il sistema di classificazione internazionale ICD 9. I casi sono "estratti" dai record della mortalità generale attraverso gruppi di cause secondo la procedura concordata valutata nell'ambito del gruppo di lavoro REITOX europeo sull'indicatore chiave "Decessi droga correlati e mortalità tra i consumatori di droga" coordinato dall'OEDT di Lisbona.

Precedentemente i dati relativi ai decessi per overdose erano prodotti dall'insieme dei decessi attribuiti (lì dove c'era la specifica) a dipendenza ed abuso di sostanze illegali secondo il Sistema di codifica ICD 9.

Recentemente è stato realizzato il passaggio al sistema di classificazione ICD10, evoluzione del precedente. L'ICD10 è stato definitivamente applicato alla mortalità generale relativa all'anno 2003 (ultimo anno ad oggi disponibile) ed i DDC sono stati conteggiati operando l'estrazione di un gruppo di codici che identificano specifiche cause secondo criteri fissati nel protocollo standard europeo sopra citato. Il nuovo sistema è in grado di mettere in evidenza anche i decessi correlati in modo meno diretto alla droga consentendo la definizione di un quadro più completo ed aderente alla realtà.

Si riportano gli elementi salienti di questo sistema predisposti appositamente per questa relazione dalla Direzione centrale per le statistiche e le indagini sulle istituzioni sociali Servizio Sanità e Assistenza dell'ISTAT (Tabella 6.1).

Per comprendere gli andamenti temporali della mortalità per causa e per controllare l'impatto che ha avuto sui dati l'introduzione della nuova revisione della classificazione (ICD10), l'ISTAT ha costruito un campione costituito complessivamente da 454.897 decessi su un totale di 580.200 eventi avvenuti in Italia nel 2003 con doppia codifica delle cause di morte.

L'analisi dei dati è stata effettuata calcolando i coefficienti di raccordo per i 65 gruppi di cause previsti dalla classificazione abbreviata - "Short-List a 65 gruppi di cause" - proposta da Eurostat nel 1998 e utilizzata anche da tutti i Paesi Europei per consentire la comparabilità e l'armonizzazione, a livello internazionale, del dato di mortalità per causa.

**Tabella 6.1: Coefficienti di raccordo ICD 9 e ICD 10 per alcuni dei 65 gruppi di cause previsti dalla classificazione abbreviata - "Short-List a 65 gruppi di cause". Anno 2003.****Focus su Disturbi psichici e comportamentali, Malattie del sistema nervoso e organi dei sensi e Malattie del sistema circolatorio**

Codice SL65 Eurostat	Descrizione cause	Codici cause	Codici cause ICD 10	Casi attribuiti in ICD 9 nel campione	Casi attribuiti in ICD 10 nel campione	Coeff. di Raccordo CR
<b>28</b>	<b>Disturbi psichici comportamentali</b>	290-319	F00-F99	<b>9.036</b>	<b>6.906</b>	<b>0,7763</b>
29	Abuso di alcool (compresa psicosi alcolica)	291,303	F10	142	166	0,956
30	Dipendenza da droghe, tossicomania	304-305	F11-F16, F18-F19	167	167	1,0407
<b>31</b>	<b>Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso</b>	320-389	G00-H95	<b>13.296</b>	<b>15.089</b>	<b>1,1522</b>
32	Meningite (diverso da 03)	320-322	G00-G03	102	97	1,1484
<b>33</b>	<b>Malattie del sistema circolatorio</b>	390-459	I00-I99	<b>203.134</b>	<b>197.143</b>	<b>0,969</b>
34	Malattie ischemiche del cuore	410-414	I20-I25	65.511	67.647	1,0265
35	Altre malattie del cuore	420-423, 425-429	I30-I33, I39-I52	46.443	39.894	0,8857
36	Malattie cerebrovascolari	430-438	I60-I69	55.195	55.712	0,9886
	<b>Gruppo delle patologie droga correlate</b>	DRD-Standard		<b>162</b>	<b>177</b>	<b>1,0926</b>

Fonte: Istat - Indagine sulle cause di morte

Per il gruppo dei disturbi psichici e comportamentali è stato rilevato un coefficiente di raccordo (ICD10/ICD9) pari a 0,78 a fronte quindi di una riduzione di oltre il 20% di casi attribuiti a questo gruppo nel passaggio tra le due revisioni.

Una tendenza opposta è stata riscontrata, invece, per il gruppo delle malattie del sistema nervoso e degli organi di senso per il quale si registra un incremento superiore al 15 per cento passando alla decima revisione ICD. Tale aumento può essere imputato ad un aumento dei decessi per Alzheimer (+19 per cento) e Parkinson's (+5 per cento).

È possibile rilevare, inoltre, che l'impatto del cambiamento della revisione dell'ICD in Italia è stato abbastanza contenuto per il gruppo delle malattie del sistema circolatorio nel suo complesso. Tra le malattie del sistema circolatorio si osserva, però, un Cr=0,89 in corrispondenza del gruppo delle "altre malattie del cuore" per effetto di un passaggio di parte dei casi attribuiti in ICD 9 all'arresto cardiaco al gruppo delle cause mal definite (senilità). Tale cambiamento è dovuto principalmente a modifiche nelle regole di selezione della causa iniziale in ICD 10.

Analizzando separatamente il gruppo delle patologie droga correlate, con selezione delle cause, in ICD9 e in ICD10 è stato rilevato che, all'interno del campione di decessi del 2003 sottoposto a doppia codifica, sono stati attribuiti 162 casi in ICD9 e 177 casi in ICD10, con un coefficiente di raccordo pari a 1,09. Tale valore indica un aumento di circa l'1% di casi per questo sottoinsieme passando dalla nona alla decima revisione della classificazione internazionale delle malattie.

Tale aumento è in parte imputabile alla variazione, anch'essa positiva, di decessi per "Dipendenza da droghe, tossicomania" (codici ICD10 F11-F16, F18-F19), per i quali si registra un Cr pari a 1,04. Al momento non sono disponibili analisi più dettagliate per le singole voci nelle quali è disaggregato il gruppo delle patologie droga-correlate poiché tale operazione richiede una attenta

ricostruzione delle corrispondenze tra ICD9 e ICD10 ed una verifica della significatività statistica dei coefficienti di raccordo.

Anche le statistiche prodotte dal Gruppo Italiano dei Tossicologi Forensi (GITF), che effettuano la gran parte degli accertamenti disposti dalle autorità giudiziarie, non sono sistematicamente raccolte e disponibili per il flusso nazionale dei dati sui DDC; non esiste quindi un registro tossicologico forense unitario come in altri paesi.

Questo rappresenta una limitazione destinata a farsi più pesante con il passare del tempo, con la crescente minore "visibilità" in senso tradizionale degli eventi letali causati dal consumo di droghe diverse dagli oppiacei che portano a definire DDC a seguito degli accertamenti tossicologici un numero crescente di eventi non sospettati come tali. Anche in ragione di questo, entrambi i registri nazionali, pur avendo una copertura dell'intero territorio, per ragioni differenti, sottostimano la reale entità dei DDC.

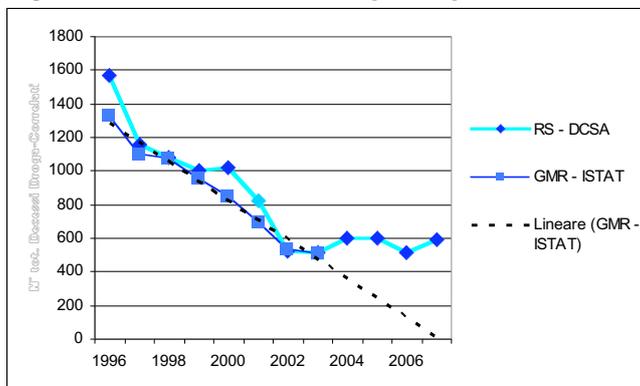
Al miglioramento della qualità del dato si tende anche attraverso la ricerca a livello locale. E in questa direzione ha operato il progetto "Standardizzazione dei flussi informativi sui decessi collegati all'uso di droghe", promosso dal Ministero della Salute ed affidato alla Regione Lazio.

La ASL RME, nello specifico il suo Dipartimento di Epidemiologia coordinatore del progetto, ha affidato all'ISS, Dipartimento del Farmaco, nel biennio 2005-2006 lo studio pilota su tale aspetto della ricerca. Nell'ambito del progetto è stata effettuata un'analisi comparativa delle diverse fonti ufficiali (RGM-ISTAT, RS DCSA-Ministero dell'Interno, registri di mortalità presso le ASL (ReNcAM) e registri di mortalità presso gli Osservatori epidemiologici regionali o provinciali) in cinque città (Milano, Torino, Bologna, Roma, Napoli) sui dati del periodo 1998-2002 (per poter raffrontare i dati di provenienza ISTAT disponibili sino al 2002) e sulle età 15-44 anni. I risultati hanno evidenziato la necessità di un impegno specifico di raccordo tra le fonti e di miglioramento della qualità dei dati individuando per questo diverse strategie praticabili.

I dati evidenziano che in Italia si è registrata una lenta ma costante diminuzione dei DDC. A livello globale, considerando le differenze nella definizione di caso, nelle modalità di raccolta, di registrazione, di verifica e di tempi di raccolta, i dati sui Decessi Droga-Correlati rilevati dai Registri (RS e RGM) sull'intero territorio nazionale risultano in buon accordo tra di loro.

Il grafico 6.4 descrive abbastanza chiaramente questo accordo sostanziale in tutto l'arco temporale 1996-2003; occorre ricordare che gli ultimi dati ufficialmente disponibili per il RGM si riferiscono all'anno 2003.

**Grafico 6.4: Comparazione dei Decessi Droga-Correlati nel Registro Speciale (DCSA) e nel Registro Generale di Mortalità (ISTAT). Anni 1996-2007.**

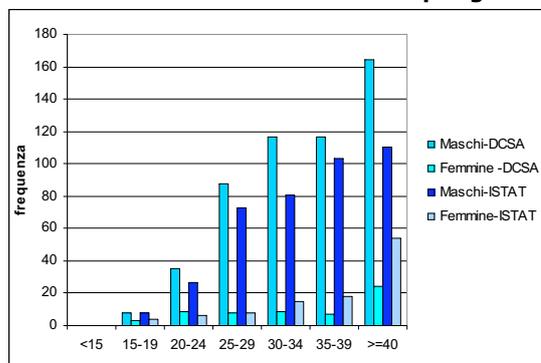


Fonte: Dati DCSA ed ISTAT

Nello stesso periodo 1996-2003 l'accordo sostanzialmente si mantiene anche quando il dato viene disaggregato per genere ed età; su questo si veda il Grafico

6.5, relativo all'ultimo anno disponibile (il 2003, con 507 DDC dal RGM dell'ISTAT e i 517 del RS della DCSA), che riporta il numero dei casi suddivisi per genere ed età per entrambe le fonti.

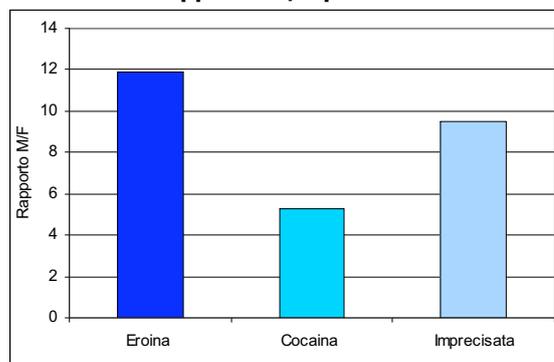
**Grafico 6.5: Numero DDC nel 2003 per genere e classe di età.**



Fonte: Dati DCSA ed ISTAT

In particolare, dal picco del 1996 (con 1566 casi) al 2002 il RS ha registrato una diminuzione significativa dei casi sino ai 517 del 2003. Un aumento è stato registrato nel 2004-2005 con 653 casi ed una contrazione successiva con i 589 decessi rilevati nel 2007 (+6,9% rispetto al 2006). Le persone decedute, come atteso, sono in massima parte (89,8%) di genere maschile, con un rapporto M/F pari a 8,8 leggermente superiore rispetto al 2006 e maggiore anche della proporzione di genere dei soggetti in carico presso i SerT (RR + 5% per la popolazione maschile). Interessante notare che il rapporto M/F varia in relazione alla sostanza riportata come causa del decesso (Grafico 6.6 per l'anno 2007) e che, nel caso della cocaina, tale rapporto risulta essere meno della metà rispetto all'eroina.

**Grafico 6.6: Rapporto M/F per sostanza causa del decesso. Anno 2007.**

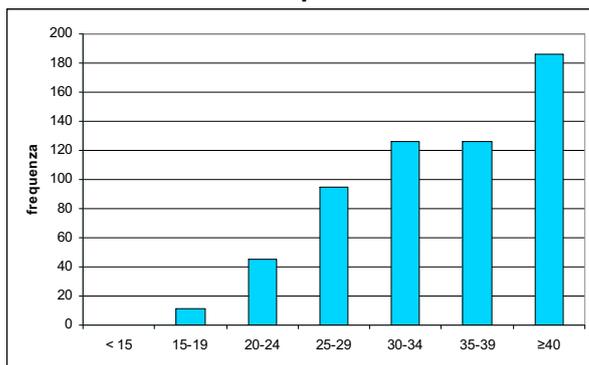


Fonte: RS-DCSA

Nel 2007 la sostanza era imprecisata in ben 316 casi (53,6%) dei 589 registrati, la causa del decesso è stata attribuita in 233 casi (39,6%) all'eroina, in 36 casi (6,1%) alla cocaina. I rimanenti 4 casi (0,7%) erano attribuiti singolarmente ad oppio, amfetamine, barbiturici e con un nesso causale difficilmente spiegabile, hashish.

L'età media del totale dei deceduti era di 35,2 anni; il maggior numero dei casi si è registrato per la fascia di età più alta (Grafico 6.7).

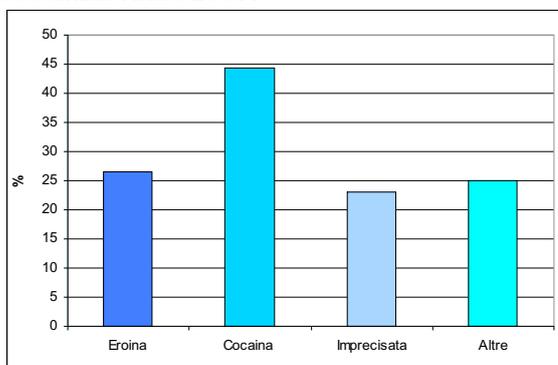
**Grafico 6.7: Numero DDC per classe di età. Anno 2007.**



Fonte: RS-DCSA

In termini percentuali la quota maggiore dei decessi dei soggetti sotto i 30 anni sono attribuibili alla cocaina (Grafico 6.8).

**Grafico 6.8: Distribuzione percentuale dei decessi dei minori di 30 anni, secondo la sostanza. Anno 2007.**



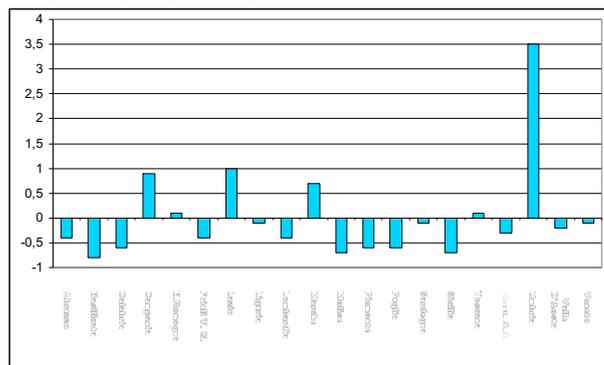
Fonte: RS-DCSA

Circa la distribuzione territoriale, in termini assoluti il numero più elevato di decessi (112) si è verificato in Campania; seguono nell'ordine Lazio (105), Lombardia (55) Emilia Romagna (47), Veneto (45), Toscana (40), Umbria (38) e Marche (25), Puglia e Sicilia (19), Piemonte (18), Liguria e Sardegna (15). Tra 1 e 9 casi sono stati registrati nelle altre Regioni.

L'articolazione regionale esprime meglio il suo contenuto informativo quando il dato assoluto viene rapportato alla popolazione residente. Il Grafico 6.9 riporta il tasso x 100.000 abitanti nelle singole Regioni rispetto al dato nazionale (1,02) posto come riferimento sulla linea dello zero (grafico 6.9).

Umbria, Lazio, Campania e Marche presentano gli scostamenti "positivi" più consistenti. A tali differenze contribuiscono in massima parte i rispettivi capoluoghi di Regione che concentrano gran parte degli eventi a prescindere dal fatto che questi riguardino soggetti residenti o meno nel luogo di decesso. E' però azzardato attribuire tale dato ad un'effettiva maggiore mortalità in questi territori piuttosto che ad una maggiore tendenza in altre Regioni, per i più svariati motivi, a non rilevare le morti droga correlate.

**Grafico 6.9: Numero DDC rapportato a 100.000 abitanti. Differenza tra dato regionale e dato nazionale. Anno 2007.**



Fonte: RS-DCSA

A tale riguardo, sembra di interesse l'utilizzo di particolari indici di flusso, messi a punto dall'ISS nello studio dei fenomeni accidentali e violenti.

Nel seguito ne utilizzeremo tre, l'indice di mortalità stanziale (IMS), quello di mortalità esportata (IME) e quello di mortalità importata (IMI).

Considerando la provincia come unità di territorio, essi sono così definiti:

- **IMS, Indice di mortalità stanziale** (è una proporzione o percentuale): numero di DDC residenti nella provincia che risultano essere morti nella provincia stessa diviso tutti i DDC che avevano residenza nella provincia.
- **IME, Indice di mortalità esportata** (è una proporzione o percentuale): numero di DDC residenti nella provincia che muoiono in altra provincia diviso il numero di DDC che avevano residenza nella provincia.
- **IMI, Indice di mortalità importata** (è una proporzione o percentuale): numero di DDC non-residenti nella provincia considerata che muoiono in detta provincia diviso il numero dei DDC registrati nella provincia stessa.

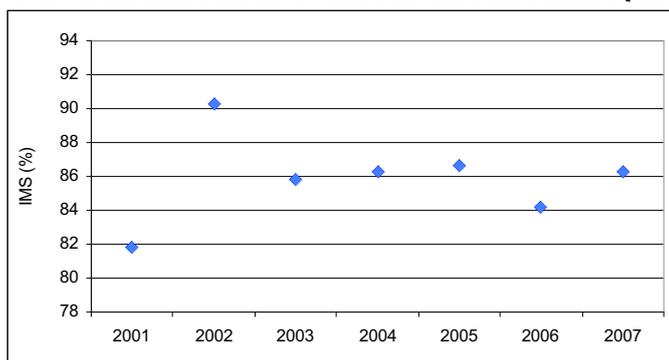
Ad es., nella provincia di Roma tra il 2001 e 2007 sono stati registrati 667 DDC; nel territorio nazionale, sempre nello stesso periodo, i DDC tra i residenti nella provincia di Roma sono stati 628.

I DDC di residenti nella provincia di Roma che sono avvenuti nella provincia di Roma stessa risultano poi essere 592. Da quest'ultimo dato consegue che i DDC di residenti nella provincia di Roma avvenuti in altra provincia sono 36 ( $628 - 592 = 36$ ), come pure che i DDC di residenti in province diverse da Roma ma avvenuti nella provincia di Roma sono 75 ( $667 - 592 = 75$ ). Avremo quindi per la provincia di Roma un  $IMS = 94,3\%$  (dato da  $592/628$ ), un  $IME = 5,7\%$  (dato da  $(628 - 592)/628$ ), un  $IMI = 11,2\%$  (dato da  $75/667$ ).

Ora, in relazione ai DDC registrati dal 2001 al 2007 in Italia, essi risultano essere 4307. Tra questi, 4156 (96,5%) erano relativi a residenti in Italia e 151 (3,5%) all'estero.

Prendendo come unità territoriale la provincia, i DDC "stanziali" (quantificati con l'IMS), ovvero quelli in cui c'è coincidenza tra provincia di residenza e provincia di morte, assommano a 3687 (cui corrisponde un  $IMS = 85,6\%$ ). Effettuando lo stesso calcolo anno per anno possiamo conoscere l'andamento dell'IMS nel tempo. Il Grafico 6.10 mostra tale andamento nel periodo 2001-2007.

**Grafico 6.10: Andamento dal 2001 al 2007 dell'IMS (Indice di Mortalità Stanziale).**

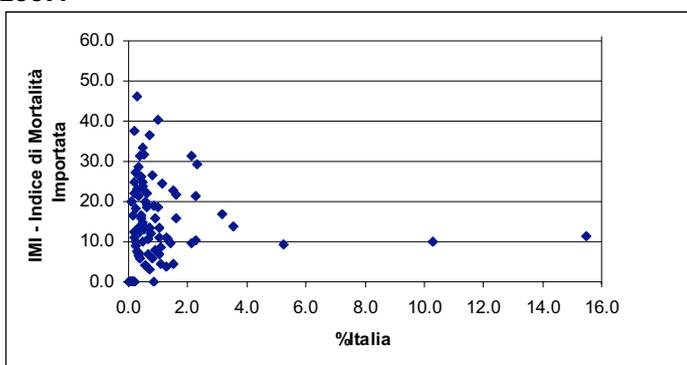


Fonte: RS-DCSA

Come può osservarsi, negli ultimi anni in Italia l'IMS appare stabile, intorno all'85%. Questo vuol dire che la gran parte dei DDC registrati nel nostro paese si verifica nella provincia di residenza dei soggetti. Il "nomadismo", qui inteso come DDC di residenti in una certa provincia ma registrati in altra provincia, può essere quantificato in termini di IME, e risulta circa del 15% (in realtà, il calcolo esatto è un poco più complicato in quanto bisognerebbe tener conto che sul totale dei DDC pesano i 151 residenti all'estero; tuttavia, il risultato che così si ottiene è praticamente coincidente con quello mostrato).

Osservando i dati relativi ai singoli territori, si rileva che circa il 30% dei DDC, in pratica 1 su 3, si è verificato in sole 3 province: Roma, Napoli e Torino. Un ulteriore incremento dei DDC si è verificato a Roma e Napoli negli ultimi due anni (rispettivamente + 3.75% e + 33.3%) tanto che queste due città, da sole, nel 2007 assommano al 26% del totale dei decessi avvenuti nell'anno in Italia. Nella distribuzione 2007 delle province in base al numero di DDC, a Roma e Napoli seguono Perugia e Milano con 32 e 23 casi rispettivamente (+52.4% e + 27.8% rispetto al 2006). Queste città, per differenti motivi, presentano un'elevata esposizione alle droghe ed un accentuato nomadismo in ingresso (quantificabile tramite IMI) che a livello probabilistico incrementa il numero degli eventi rilevati sul singolo territorio. L'indice di mortalità importata (IMI) ci aiuta a comprendere ed a leggere determinate situazioni. Il Grafico 6.11 mostra la relazione tra IMI delle singole province ed il numero di DDC ivi registrati, numero espresso in termini di percentuale rispetto a tutti i DDC dell'Italia.

**Grafico 6.11: Relazione tra la percentuale rispetto al totale nazionale di DDC registrati in una provincia e l'indice di mortalità importata (IMI) della provincia stessa. Anni 2001-2007.**



Fonte: RS-DCSA

Come si vede, l'IMI presenta una elevata variabilità quando il numero dei DDC è contenuto e tende poi a stabilizzarsi intorno al 10% al crescere di quest'ultimo. Il contributo del "nomadismo" nelle statistiche relative ai DDC delle singole province sembra riguardare maggiormente il genere maschile e le persone

giovani, entro i 40 anni di età. Questa considerazione emerge dalla lettura del totale dei casi contenuti nel RS del Ministero dell'Interno e relativi al periodo 2001-2007. Quando si raffronta il luogo in cui è avvenuto l'evento ed il luogo di residenza del soggetto deceduto si rilevano due indicazioni: in primo luogo, i deceduti al di fuori della propria provincia di residenza (in base all'indice di mortalità esportata IME) sono percentualmente più frequenti tra i maschi di quanto non lo siano tra le femmine (15% contro 11%), così come evidenziato dalla tabella 6.2.

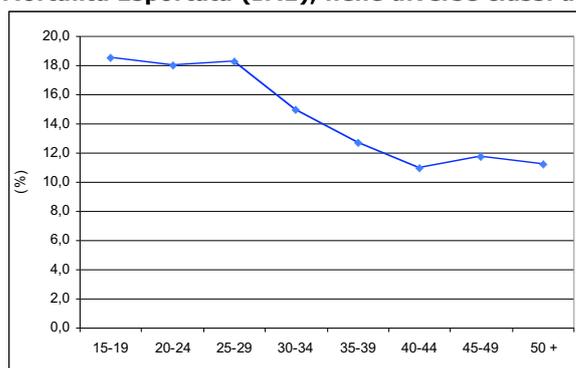
**Tabella 6.2: Decessi droga correlati per genere, in base alla provincia di residenza e di decesso. Indice di mortalità stanziale (IMS) ed esportata (IME). Anni 2001-2007.**

	DDC residenti (n)	DDC provincia (n)	IMS (%)	IME (%)
Maschi	3323	3896	85.0	15.0
Femmine	366	411	89.0	11.0

Fonte: RS-DCSA

In secondo luogo, il "nomadismo" è quantificabile (sempre tramite l'IME) attorno al 18% per i soggetti sotto i 30 anni contro l'11% tra i soggetti al di sopra dei 40 anni (Grafico 6.12)

**Grafico 6.12. Andamento del "nomadismo" dei DDC, quantificato in base all'Indice di Mortalità Esportata (IME), nelle diverse classi di età. RS-DCSA, Italia 2001-2007.**



Fonte: RS-DCSA

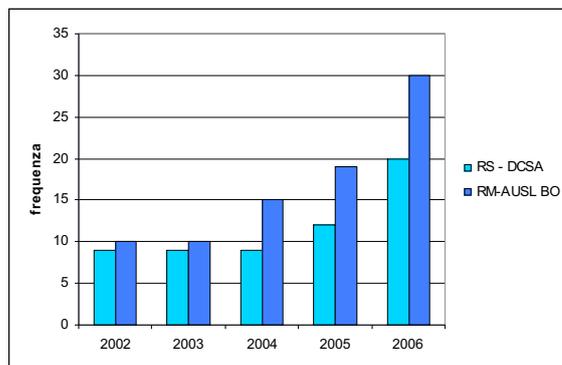
In relazione al numero assoluto di casi di DDC registrati nei diversi anni, i dati nazionali mostrano un trend che - almeno in apparenza - risulta in riduzione. Se pur incoraggiante, la lettura di questo trend richiede una certa prudenza nell'affermare che il problema è avviato ad un significativo contenimento cui hanno certamente contribuito gli sforzi di molti in termini di prevenzione, di riduzione dei rischi e di contrasto del traffico. Le casistiche del RS infatti, per ovvie ragioni, non registrano gli eventi occorsi al di fuori dell'osservazione delle forze dell'ordine, non tengono conto dei decessi indirettamente riconducibili alla droga e sempre più numerosi dopo la diffusione degli stimolanti e del policonsumo e non riguardano, se non in piccola parte, i decessi che avvengono tra le mura domestiche in soggetti non tossicodipendenti. La sottostima inevitabile dei casi che ne deriva può essere intuita solo attraverso il raffronto dei dati provenienti da fonti diverse tra le quali i registri di mortalità delle ASL (ReNCaM) nei diversi territori ed estratti in base alle cause selezionate.

E' importante rilevare come non dappertutto il trend appaia comunque in discesa. Il Grafico 6.13 riporta i decessi per overdose registrati nel periodo 2003-2006 nell'area metropolitana di Bologna secondo il Registro Speciale (RS) della DCSA e secondo il registro dell'Ufficio mortalità (RM) dell'Azienda USL della città di Bologna. Tale registro è curato attraverso l'Osservatorio Epidemiologico

Metropolitano delle Dipendenze Patologiche e gli archivi informatizzati relativi ai deceduti per overdose coprono l'intero territorio del Comune.

Si osserva che il trend in entrambe le fonti è in crescita ed in controtendenza con i dati a livello nazionale; si osserva inoltre che sembrerebbe non priva di fondamento l'ipotesi che, per le suddette ragioni, il numero di casi che sfuggono all'osservazione potrebbero in realtà essere sempre più numerosi.

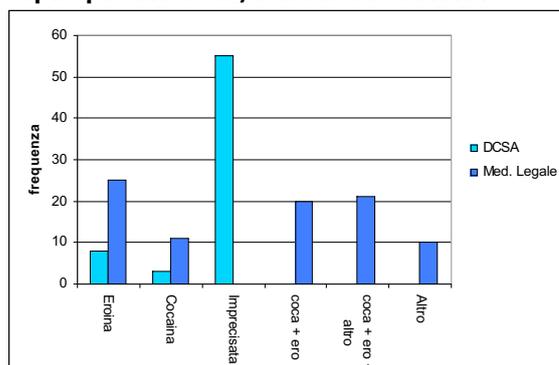
**Grafico 6.13: Decessi Droga-Correlati nel RS-DCSA e nel RM-AUSL Bologna. Anni 2002-2006.**



Fonti: DCSA-Ministero dell'Interno; Osserv. Epidemiologico Dipendenze Patologiche AUSL BO

Tale riflessione trova sostegno anche dalla comparazione su singoli territori tra i dati del RS e quelli prodotti dalle Tossicologie Forensi su riscontri analitico-tossicologici, cioè su dati certi, a seguito di accertamenti medico legali disposti dalla Magistratura. Già nel 2005 (nella Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Anno 2006) i dati relativi a cinque città campione avevano dimostrato una certa discrepanza soprattutto nel caso dei decessi da cocaina. Nel 2007 in Campania, sono stati registrati nel RS per la provincia di Napoli 67 overdose fatali: in 8 di esse la causa è stata su base indiziaria attribuita ad eroina, in 3 a cocaina e nelle restanti 56 non è stato possibile attribuire l'evento ad una sostanza definita. Raffrontando questi dati con quanto accertato in modo oggettivo, attraverso esami tossicologico forensi, dalla Medicina Legale dell'Università Federico II di Napoli si osserva un quadro coerente con l'ipotesi già formulata (Grafico 6.14). Nel 2007 la Medicina Legale di Napoli ha effettuato perizie su un totale di 93 soggetti deceduti (di cui 88 accertati DDC) su disposizione dell'autorità giudiziaria di Napoli e di altri Tribunali della Regione. Nella figura, per un più adeguato confronto, sono riportati i casi relativi alla provincia di Napoli.

**Grafico 6.14: DDC in provincia di Napoli. DCSA e Medicina Legale Università Federico II di Napoli per sostanza/e causa del decesso. Anno 2007.**

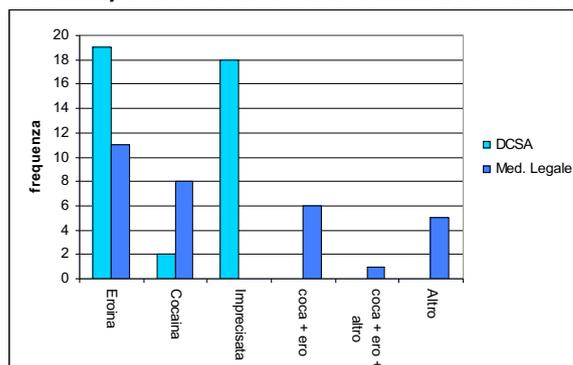


Fonti: DCSA-Ministero dell'Interno; Medicina Legale - Università Federico II di Napoli

La causa del decesso è attribuita ad una sostanza singola in 1 caso su 5, per i rimanenti l'evento letale è stato determinato da miscele di sostanze in alcuni casi associate ad alcol e farmaci. Da sottolineare che la ketamina e l'ecstasy, di per sé, sono state la causa del decesso in due soggetti rispettivamente di 26 e 23 anni. Il metadone in associazione con eroina, cocaina (o entrambe), alcol, THC ed altri farmaci compare nel 19% dei casi. A tale riguardo è utile ricordare come in letteratura ci sia ormai un discreto numero di lavori che mettono in relazione i decessi per sovradosaggio, intossicazione acuta da metadone anche a distanza di diverse ore dall'assunzione, con le ore notturne per effetto di apnee centrali del sonno anche significative. In una nota della SAMHSA<sup>3</sup> era riportata l'osservazione di un crescente numero di decessi per metadone, ma soprattutto in soggetti che usavano oppiacei per il trattamento del dolore al di fuori di programmi di trattamento per la dipendenza da oppiacei.

Circa la sottostima dei casi di decesso per cocaina nei dati ufficiali un altro esempio può essere rappresentato esaminando i dati relativi alla città di Bologna forniti dal RS-DCSA e dalla Medicina Legale dell'Università di Bologna. Grafico 6.15 riporta, per sostanza, i DDC relativi al triennio 2005-2007.

**Grafico 6.15: DDC Bologna su dati DCSA e Medicina Legale Università di Bologna per sostanza/e causa del decesso. Anni 2005-2007.**



Fonti: DCSA-Ministero dell'Interno; Medicina Legale - Università di Bologna

Considerando le sostanze singole, si può osservare come i decessi per cocaina siano in realtà almeno 4 volte più numerosi di quanto rilevabile su base indiziaria considerando ad esempio che nel 2005 la Medicina legale ha accertato 8 casi per cocaina contro zero casi delle statistiche ufficiali. Un miglioramento si rende necessario anche alla luce di alcuni dati di fatto: i poliassuntori sono sempre più frequenti nelle abitudini di consumo; si registra una riduzione dei DDC per

<sup>3</sup> Substance Abuse and Mental Health Administration, News Release 9 February 2004.

oppiacei, ma un incremento per cocaina-morfina e sola cocaina. La diffusione nell'uso della cocaina e della combinazione eroina-benzodiazepine contribuisce a far presagire a breve un'inversione di tendenza del trend DDC. E' noto che sia eroina che benzodiazepine causano una depressione respiratoria, quindi la loro co-assunzione potenzia questo effetto con maggiore possibilità di portare a decesso rispetto a ciascuna delle due sostanze prese singolarmente. Il rischio di overdose è incrementato dall'uso associato di alcol. Dalla letteratura emergono anche evidenze che, nella poliassunzione eroina-cocaina, la morfina incrementa il potenziale tossico della cocaina che, come la morfina, induce depressione respiratoria. La cocaina quindi contribuisce anche in modo determinante al decesso per intossicazione acuta anche a fronte di una concentrazione modesta di morfina.

Per quanto riguarda la cocaina, nonostante i dati ufficiali riportino una significativa tendenza all'incremento del consumo negli anni, i dati che riguardano i rischi di decesso per cocaina sono limitati anche in virtù della profonda sottostima a riguardo dei dati ufficiali sui decessi causati da questa sostanza. La sottostima trova una sua giustificazione nel fatto che molte morti dovute a cocaina passano oggi inosservate.

In sostanza, quindi, ancora una volta è opportuno richiamare alla dovuta cautela nella lettura ed interpretazione del trend in discesa dei DDC riportati nelle statistiche ufficiali.

## **6.2 MALATTIE INFETTIVE DROGA CORRELATE**

Anche la prevalenza di patologie infettive correlate all'uso di sostanze psicoattive illegali rientra tra gli indicatori chiave individuati dall'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze di Lisbona (EMCDDA) ai fini del monitoraggio del fenomeno dell'uso di sostanze. L'analisi è condotta, per quanto riguarda la diffusione delle malattie infettive sia tra gli utenti dei servizi delle tossicodipendenze<sup>4</sup> che tra i ricoveri ospedalieri droga correlati<sup>5</sup>. Per quanto attiene invece ai comportamenti a rischio di infezione ed alla trasmissione delle malattie infettive tramite la via iniettiva, si fa riferimento ai soli utenti dei servizi per le tossicodipendenze<sup>6</sup>

### **6.2.1 Diffusione di HIV-AIDS**

#### **Tra gli utenti in carico nei Servizi per le Tossicodipendenze**

Nei Servizi per le Tossicodipendenze sono stati testati, nel corso del 2007, 67.798 soggetti per individuare la presenza di infezione da HIV e di questi il 12% è risultato essere positivo. I restanti soggetti in carico che non sono stati testati nel corso dell'anno, o sono altri soggetti già diagnosticati come HIV positivi negli anni precedenti oppure sono utenti per i quali effettivamente il test non è stato effettuato.

Dei soggetti positivi il 77% è di sesso maschile; ciò significa che le persone di genere femminile sono fortemente sovrarappresentate tra i soggetti HIV positivi

---

<sup>4</sup> L'analisi è condotta a livello aggregato a partire dai dati forniti dal Ministero della Salute tramite la rilevazione annuale secondo le schede ANN.04, ANN.05, ANN.06 ed integrata con le informazioni rilevate a livello analitico sul campione dei soggetti trattati nei servizi coinvolti nel progetto SIMI@Italia. L'analisi di tale flusso non ha riguardato la diffusione di patologie sessualmente trasmissibili.

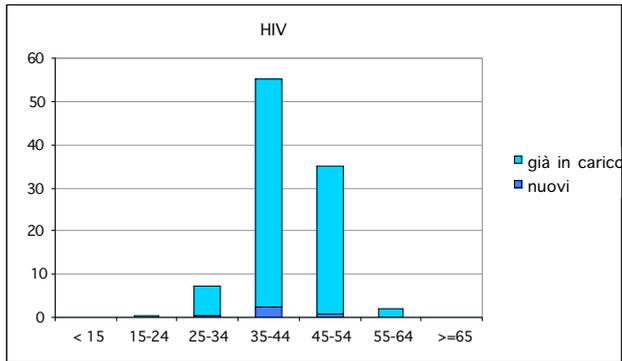
<sup>5</sup> Archivio schede di dimissione ospedaliera fornito dalla Direzione Generale Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute. Si fa presente che l'analisi di tale flusso si ferma all'anno 2005 in quanto i dati relativi agli anni 2006-2007 non sono stati trasmessi perché in fase di verifica e consolidamento.

<sup>6</sup> Sono state analizzate informazioni rilevate su due campioni di soggetti trattati nei servizi per le tossicodipendenze: uno relativo al Progetto SIMI@Italia e l'altro ad uno studio cross-sectional condotto dall'Istituto Superiore di Sanità.

(23%, quasi il doppio della proporzione nell'insieme degli utenti SerT: le ipotesi possono essere o che la prevalenza dell'infezione HIV tra i tossicodipendenti in carico ai SerT sia di gran lunga maggiore tra le femmine o che esse si sottopongano con maggiore solerzia al monitoraggio diagnostico oppure, evento più probabile, entrambe le cose.

L'età media del collettivo è prossima ai 43 anni senza differenze significative tra i due sessi. Osservando la distribuzione per età si nota che la fascia maggiormente rappresentata è quella tra 35 e 44 anni, sia tra i nuovi utenti che tra i soggetti prevalenti (Grafico 6.16).

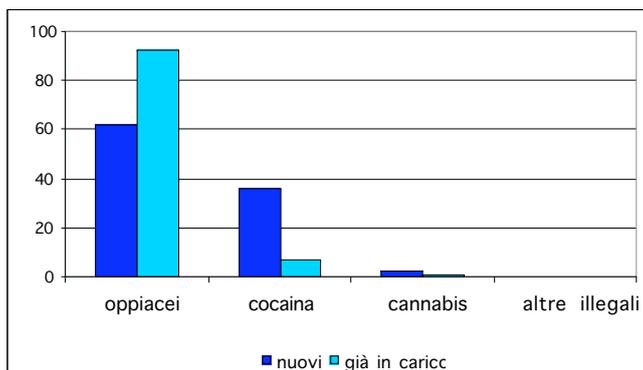
**Grafico 6.16: Distribuzione percentuale dell'utenza positiva al test HIV per epoca di presa in carico e classi d'età. Anno 2007.**



Elaborazione su dati del Progetto SIMI@Italia

Dalla distribuzione dell'utenza HIV positiva per sostanza "primaria" e per epoca di presa in carico (Grafico 6.17) si evince che se tra i soggetti già in carico dagli anni precedenti risulta maggiore la percentuale di coloro con oppiacei come sostanza "primaria" (92%), tra i nuovi utenti assumono un'importanza di rilievo anche coloro che presentano la cocaina come sostanza "primaria" (36%). Considerando il fatto che la frazione dei soggetti che dichiara di consumare la cocaina per via iniettiva è molto bassa è verosimile che una quota consistente di persone con uso "primario" di cocaina abbia contratto l'infezione per via sessuale.

**Grafico 6.17: Distribuzione percentuale dei nuovi utenti e di quelli già in carico da anni precedenti HIV positivi per sostanza "primaria". Anno 2007.**



Elaborazione su dati del Progetto SIMI@Italia

## Nei ricoveri ospedalieri droga correlati

Per la stesura del presente paragrafo, dei successivi relativi a "Diffusione di Epatiti virali, patologie sessualmente trasmissibili e tubercolosi nei ricoveri ospedalieri droga correlati" e per la sezione relativa alle "Altre implicazioni e conseguenze per la salute" (in particolare i paragrafi "Comorbidità somatica" e "Gravidanze e bambini nati da madri consumatrici di droghe") sono state analizzate le informazioni desunte dal flusso informativo relativo alle schede di dimissione ospedaliera (SDO). L'archivio raccoglie dati anagrafici dei dimessi ospedalieri ed informazioni relative all'episodio di ricovero, quali diagnosi, procedure chirurgiche ed interventi diagnostico-terapeutici, codificati in base alla classificazione internazionale ICD-9-CM (1997). In particolare sono state considerate le dimissioni da regime di ricovero ordinario e day hospital, che presentano diagnosi, principale o secondarie, droga correlate.

Nel periodo 2003-2005 i ricoveri sono stati complessivamente 12.818.905 (anno 2003), 12.991.102 (anno 2004) e 12.966.874 (anno 2005); le schede di dimissione ospedaliera che presentano diagnosi (principale o secondarie) relative all'utilizzo di sostanze psicoattive<sup>7</sup> costituiscono circa il 2 per mille (25.609 ricoveri nel 2003, 25.463 nel 2004 e 24.932 nel 2005) del collettivo nazionale (tale dato rimane sostanzialmente stabile nel corso dell'intero periodo di riferimento).

Nel 2005 circa il 27% delle degenze risultano attribuibili all'uso di oppioidi, seguono sedativi-barbiturici-ipnotici-tranquillanti (circa 21%), cocaina (circa 10%), cannabinoidi ed antidepressivi (rispettivamente circa 5% e 4%); in circa il 33% delle diagnosi droga correlate non risulta indicata la sostanza d'abuso.

I 24.932 ricoveri droga correlati rilevati nel corso dell'anno 2005 presentano un codice ICD9-CM relativo all'uso di sostanze psicoattive in diagnosi primaria, nel 56% dei casi; per la restante quota in secondaria; tali valori non subiscono variazioni di rilievo nel corso del triennio considerato.

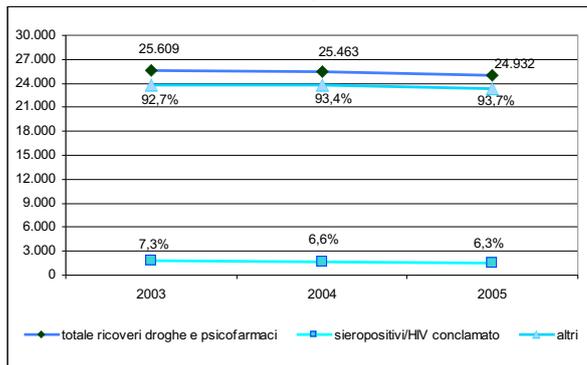
Circa il 69% dei ricoveri in Italia nel 2005 (ca. 70% nel 2004 e 72% nel 2003) sono avvenuti in regime ordinario. Tale quota sale a poco più del 94% nel caso dei ricoveri droga correlati variando tra un 92% rilevato tra le situazioni droga correlate evidenziate in diagnosi primaria ed il 96% delle secondarie.

Nel 2005 tra i ricoveri droga correlati le diagnosi (principale o concomitante) relative a situazioni di AIDS conclamato o di HIV sieropositività, sono circa il 9% (pari a 2.265 ricoveri); la restante quota riguarda casi non comorbili con tali condizioni (Grafico 6.18).

---

<sup>7</sup> Si sono analizzate le categorie diagnostiche classificate in base al repertorio internazionale di codifica delle cause di malattia ICD9-CM. I codici ICD9-CM analizzati sono stati: Psicosi da droghe (292,292.0-9), Dipendenza da droghe (304,304.0-9), Abuso di droghe senza dipendenza (305,305.2-9), Avvelenamento da oppiacei e narcotici correlati (965.0), Avvelenam. da anestetici di superficie (topici) e da infiltrazione-cocaina (968.5,9), Avvelenam. da sostanze psicotrope (969, 969.0-9), Avvelenam. da sedativi e ipnotici (967, 967.0-6,8-9), Complicazioni della gravidanza dovute a tossicodipendenza (6483, 6483.0-4), Danni da droghe al feto o al neonato e sindrome da astinenza del neonato (7607.2-3,5, 779.4-5).

**Grafico 6.18: Ricoveri droga correlati e condizione di HIV sieropositività/AIDS conclamata.**

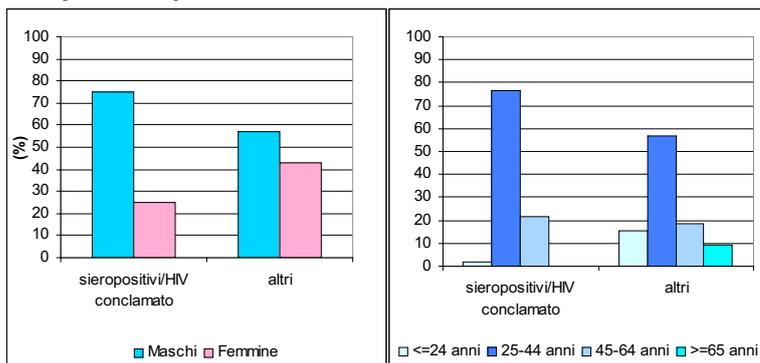


Elaborazione su dati della Dir. Gen. Programm. Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

In modo sostanzialmente stabile nel corso dell'intero triennio, tra i ricoveri con diagnosi di infezione da HIV sintomatica o meno, si osserva una percentuale più elevata di maschi (circa 75% contro 57%) ed una più bassa di situazioni che presentano un'età inferiore ai 24 anni (circa 2% contro 15%) rispetto ai casi non comorbili per tali patologie.

**Grafico 6.19: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per condizione di HIV sieropositività/AIDS conclamata. Anno 2005.**

- a) sinistra: per genere;
- b) destra: per classi d'età.

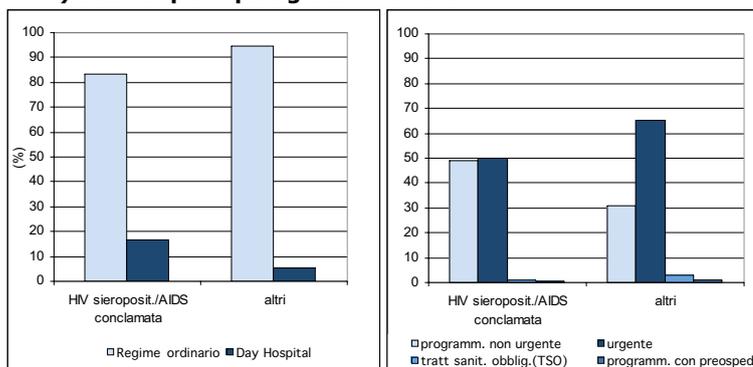


Elaborazione su dati della Dir. Gen. Programm. Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

L'analisi del regime e tipologia di ricovero (Grafico 6.20) evidenzia inoltre, che tra i ricoveri droga correlati con diagnosi relative anche a condizione di infezione da HIV o di AIDS si rileva una percentuale più bassa di ricoveri a carattere urgente (circa 50% contro 65%) e di situazioni di regime ordinario (circa 83% contro 94%).

**Grafico 6.20: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per condizione di HIV/AIDS conclamata. Anno 2005.**

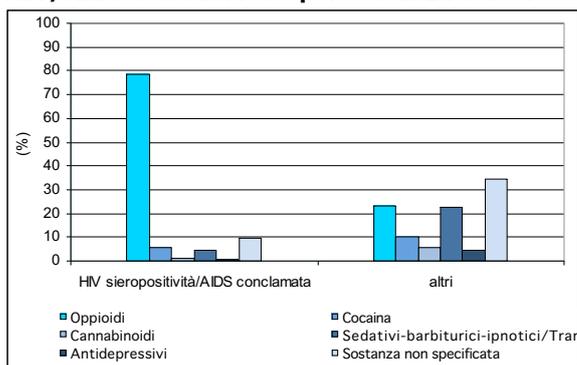
a) sinistra: per regime di ricovero;  
b) destra: per tipologia di ricovero.



Elaborazione su dati della Dir. Gen. Programm. Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

Lo studio della sostanza d'uso (Grafico 6.21) effettuato in base alla condizione di HIV sieropositività/AIDS conclamata evidenzia, tra i positivi una quota più elevata di assuntori di oppiacei (circa 79% contro 23%).

**Grafico 6.21: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per condizione di HIV/AIDS conclamata e per sostanza d'uso.**



Elaborazione su dati della Dir. Gen. Programm. Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

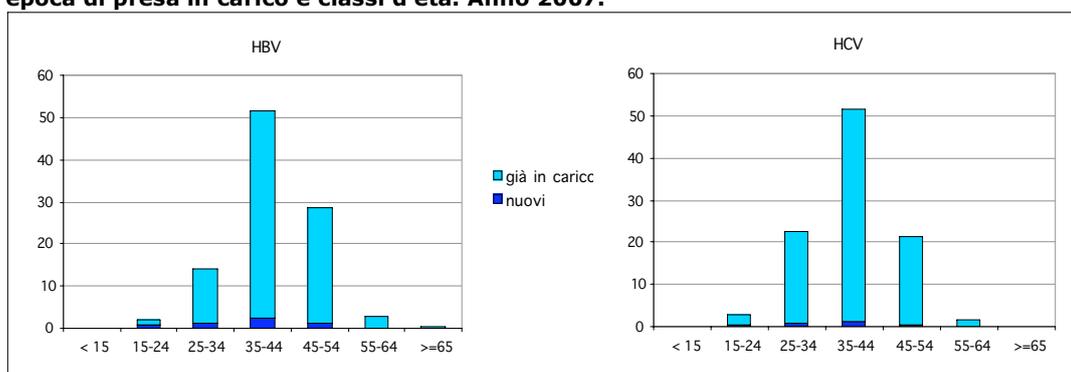
## 6.2.2 Diffusione di Epatiti virali

### Tra gli utenti in carico nei Servizi per le Tossicodipendenze

Nel 2007 nei Servizi per le Tossicodipendenze sono stati testati 62.471 soggetti per individuare la presenza di infezione da HBV e 80.093 test per individuare la presenza di infezione da HCV. Tra i soggetti testati sono risultati positivi rispettivamente il 37% per HBV ed il 60% per HCV. Nell'utenza positiva alla presenza di virus per l'epatite B o C la composizione per genere è pressoché identica ed anche sovrapponibile a quella della popolazione globale dei soggetti in carico ai SerT (i maschi rappresentano circa l'84%) mentre l'età media risulta maggiore nei soggetti HBV positivi (41 anni contro i 39 dei soggetti HCV positivi).

Nella distribuzione per età dei due gruppi la classe di età maggiormente rappresentata è nuovamente quella 35-44 (circa il 52% per entrambi). Si osserva inoltre uno spostamento della distribuzione verso fasce di età più giovanili nei soggetti HCV positivi (26% contro 16% HBV per la fascia di età 15-34); si presume che ciò sia attribuibile anche all'introduzione, a partire dal 1991, dell'obbligatorietà della vaccinazione per la popolazione generale (Grafico 6.22).

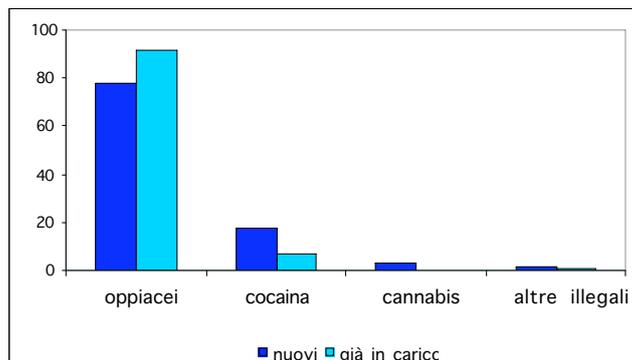
**Grafico 6.22: Distribuzione percentuale dell'utenza positiva ai test HBV e HCV per epoca di presa in carico e classi d'età. Anno 2007.**



Elaborazione su dati del Progetto SIMI®Italia

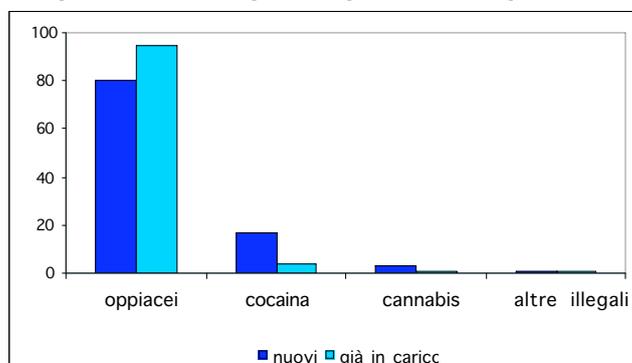
In entrambi i gruppi, laddove la sostanza "primaria" utilizzata risulta essere un oppiaceo, la quota dei nuovi utenti, positivi ai test per epatiti virali, è inferiore a quella dei soggetti prevalenti (78% nuovi contro 92% prevalenti per gli HBV positivi; 80% nuovi contro 95% prevalenti per gli HCV positivi). Sebbene con valori inferiori, accade esattamente il contrario quando la sostanza di abuso "primaria" considerata è la cocaina (17% nuovi contro 7% prevalenti per gli HBV positivi; 16% nuovi contro 4% prevalenti per gli HCV positivi) (Grafici 6.23 e 6.24).

**Grafico 6.23: Distribuzione percentuale dei nuovi utenti e di quelli già in carico dagli anni precedenti HBV positivi per sostanza primaria. Anno 2007.**



Elaborazione su dati del Progetto SIMI@Italia

**Grafico 6.24: Distribuzione percentuale dei nuovi utenti e di quelli già in carico dagli anni precedenti HCV positivi per sostanza primaria. Anno 2007.**

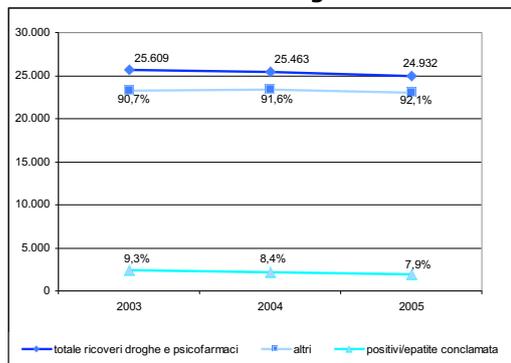


Elaborazione su dati del Progetto SIMI@Italia

### Nei ricoveri ospedalieri droga correlati

Nel 2005 tra i ricoveri droga correlati si rilevano diagnosi (principale o concomitante) relative alla presenza di epatiti virali, in circa l'8% (pari a 1.969 ricoveri) del totale dei ricoveri correlati all'uso di droghe e psicofarmaci (Grafico 6.25); circa l'83% di questi risultano attribuibili a diagnosi di epatite C (il dato è in crescita: 81% nel 2004 e 79% nel 2003).

**Grafico 6.25: Ricoveri droga correlati e condizione di malattia/sieropositività per le epatiti.**

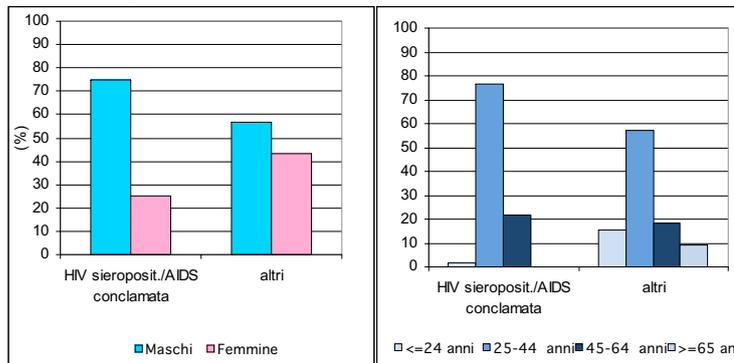


Elaborazione su dati della Dir. Gen. Programm. Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

Senza variazioni di rilievo nel corso del triennio, l'analisi dell'età e del genere (Grafico 6.26), relativa all'anno 2005, evidenzia nel gruppo con diagnosi di epatite una percentuale più elevata di maschi (circa 79% contro 56%) e di situazioni che presentano un'età inferiore ai 44 anni (circa 83% contro 72%).

**Grafico 6.26: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per condizione di malattia/sieropositività per le epatiti. Anno 2005.**

a) sinistra: per genere;  
b) destra: per classi d'età.

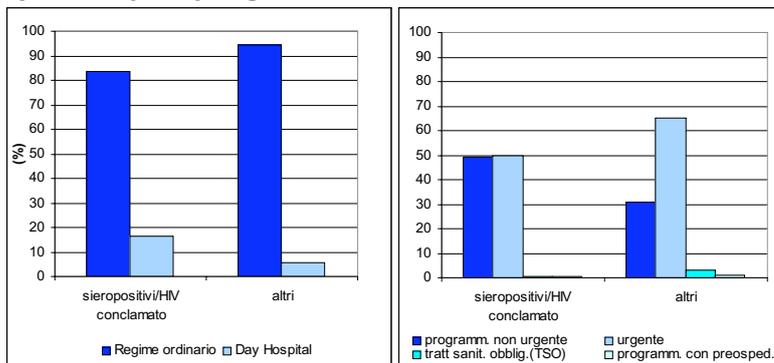


Elaborazione su dati della Dir. Gen. Programm. Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

Dall'analisi del regime e tipologia di ricovero (Grafico 6.27) si rileva inoltre che tra i ricoveri droga correlati con diagnosi di epatite o di sieropositività per la stessa, si evidenzia una percentuale più bassa di situazioni a carattere urgente (circa 57% contro 65%) e di ricoveri in regime ordinario (circa 85% contro 95%).

**Grafico 6.27: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per condizione di malattia/sieropositività per le epatiti. Anno 2005.**

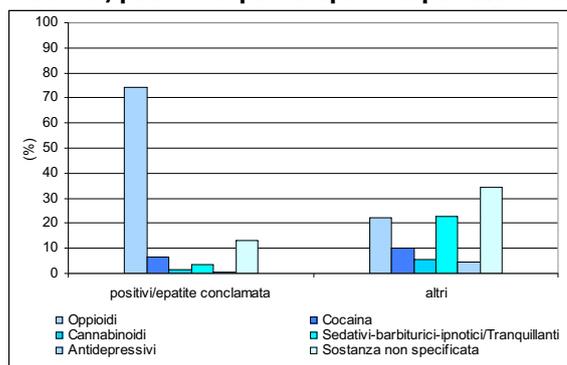
a) sinistra: per regime di ricovero;  
b) destra: per tipologia di ricovero.



Elaborazione su dati della Dir. Gen. Programm. Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

Si rileva inoltre che le sostanze d'uso (Grafico 6.28) maggiormente rilevate nel gruppo in studio sono gli oppioidi (circa 74% contro 22%).

**Grafico 6.28: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per condizione di malattia/positività per le epatiti e per sostanza d'uso. Anno 2005.**



Elaborazione su dati della Dir. Gen. Programm. Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

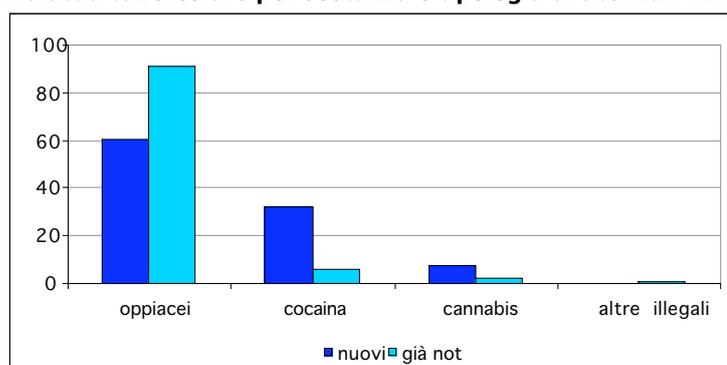
### 6.2.3 Diffusione di tubercolosi

#### Tra gli utenti in carico nei Servizi per le Tossicodipendenze

In base ai dati rilevati attraverso il Progetto Sistema Integrato Multicentrico di Indicatori (SIMI®Italia)<sup>8</sup>, è possibile osservare che il numero di utenti in carico presso i SerT aderenti all'indagine, che presenta tubercolosi come diagnosi droga correlata è pari allo 0,4% dell'utenza complessiva.

Tale gruppo di utenti è costituito per la maggior parte da soggetti maschi (80%) – anche in questo caso come per l'infezione HIV il rischio relativo per i soggetti di genere femminile appare nettamente maggiore - già noti ai servizi dagli anni precedenti (83%) e che hanno in media 34 anni, risultando leggermente più giovani dell'utenza generale. Essi risultano in carico prevalentemente per uso di oppiacei (86%) ma vi è anche una quota rilevante di soggetti utilizzatori di cocaina (10%), percentuale che sale al 32% tra i nuovi utenti.

**Grafico 6.29: Distribuzione percentuale dei soggetti in carico nei SerT con presenza di malattia tubercolare per sostanza e tipologia di utenza. Anno 2007.**



Elaborazione su dati del Progetto SIMI®Italia

Il collettivo in questione risulta arrivato ai servizi principalmente attraverso il canale volontario (83%) o perché inviati da strutture socio-sanitarie (10%).

Infine è interessante sottolineare che il 69% del collettivo è rappresentato da soggetti che assumono la sostanza primaria per via iniettiva; se a questi si aggiunge il 3% che dichiara di praticare o di aver praticato in passato la via iniettiva, si ha che gli IDU costituiscono complessivamente il 72% del collettivo, valori ben al di sopra di quanto riscontrato a livello di utenza generale (62% complessivamente).

<sup>8</sup> Vedi paragrafo 12.4 della Parte 12 "Approfondimenti Metodologici".

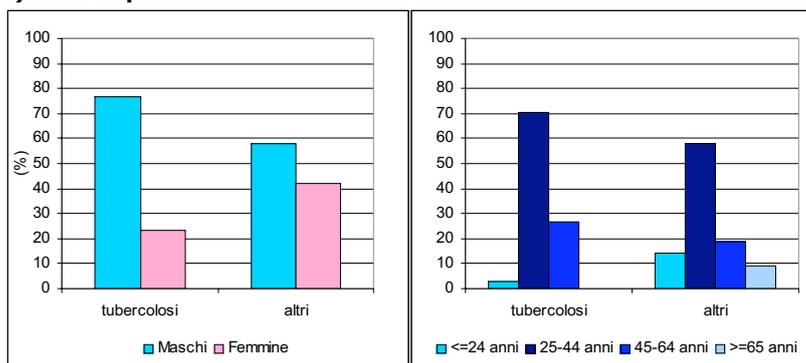
### Nei ricoveri ospedalieri droga correlati

Nel 2005 si rilevano diagnosi (principale o concomitante) relative alla presenza di tubercolosi, nell'1,4 per mille (pari a 34 ricoveri) del totale dei ricoveri correlati all'uso di droghe e psicofarmaci (2,1 per mille nel 2003 e 1,8 per mille nel 2004).

Nel 2005 si evidenzia nel gruppo con diagnosi di malattia tubercolare una percentuale più elevata di maschi (circa 76% contro 58%) e situazioni di età inferiore ai 44 anni (circa 74% contro 72%).

**Grafico 6.30: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per presenza di malattia tubercolare. Anno 2005.**

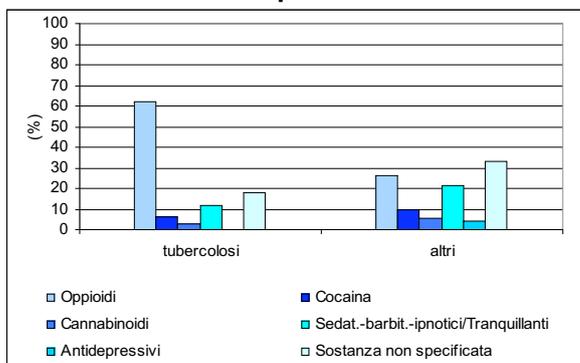
a) sinistra: per genere;  
b) destra: per classi d'età.



Elaborazione su dati della Dir. Gen. Programm. Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

Si rileva inoltre che le sostanze d'uso (Grafico 6.31) maggiormente rilevate nel gruppo in studio sono gli oppioidi (circa 74% contro 22%).

**Grafico 6.31: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per presenza di malattia tubercolare e per sostanza d'uso. Anno 2005.**



Elaborazione su dati della Dir. Gen. Programm. Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

### 6.2.4 Diffusione di patologie sessualmente trasmissibili

#### Diffusione di patologie sessualmente trasmissibili nei ricoveri ospedalieri droga correlati

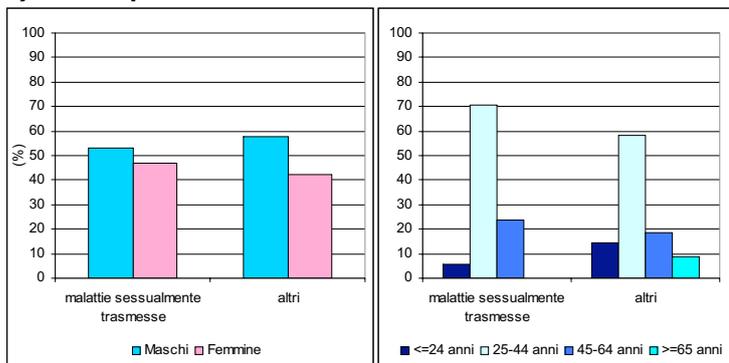
Nel 2005 si rilevano diagnosi (principale o concomitante) relative alla presenza di malattie sessualmente trasmesse, in circa l'1 per mille (pari a 17 ricoveri) del totale dei ricoveri correlati all'uso di droghe e psicofarmaci (tale dato rimane sostanzialmente stabile nel corso dell'intero triennio considerato); nella quasi totalità dei casi trattasi di sifilide.

L'analisi dell'età e del genere (Grafico 6.32), relativa all'anno 2005, evidenzia nel gruppo con concomitante diagnosi di patologia sessuale una percentuale più elevata di femmine (circa 47% contro 42%) e di situazioni di età compresa tra i 25 ed i 44 anni (circa 71% contro 58%).

**Grafico 6.32: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per concomitante presenza di patologie sessualmente trasmissibili. Anno 2005.**

**a) sinistra: per genere;**

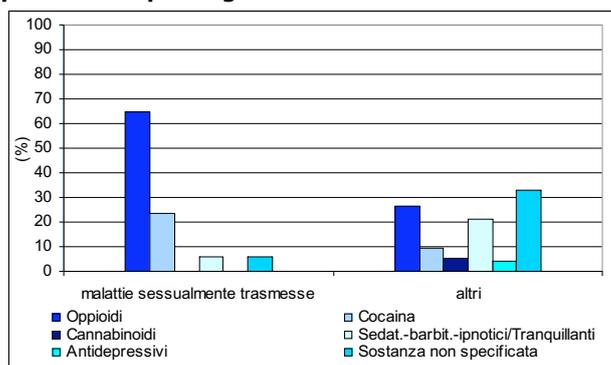
**b) destra: per classi d'età.**



Elaborazione su dati della Dir. Gen. Programm. Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

Le sostanze d'uso (Grafico 6.33) maggiormente rilevate nel gruppo affetto da patologie sessualmente trasmissibili sono gli oppioidi (circa 65%).

**Grafico 6.33: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per concomitante presenza di patologie sessualmente trasmissibili. Anno 2005.**



Elaborazione su dati della Dir. Gen. Programm. Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

### 6.2.5 Comportamenti a rischio di infezione

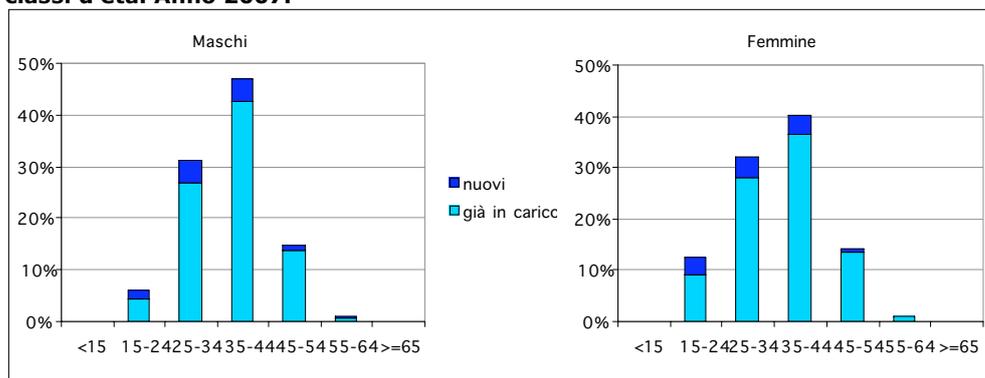
Di seguito si analizzano gli utenti in trattamento presso i Servizi adibiti al trattamento delle tossicodipendenze, le cui caratteristiche risultano rilevate attraverso lo studio multicentrico SIMI®Italia<sup>9</sup>, e che almeno una volta nella vita hanno assunto una sostanza illecita per via iniettiva (anche se non necessariamente quella "primaria"). Si tratta di 16.221 soggetti, pari al 72% dell'utenza complessiva dell'insieme .

Tale collettivo risulta costituito in prevalenza da maschi (85%) e solo nell'11% trattasi di casi incidenti; con una composizione per genere praticamente identica tra i nuovi utenti e quelli già noti da anni precedenti. L'età media è di circa 37 anni, con i nuovi utenti più giovani mediamente di 4 anni rispetto agli utenti prevalenti.

Distinguendo l'utenza per sesso, tipologia e classi di età, emerge una maggiore percentuale delle 15-24enni rispetto ai coetanei maschi (13% contro 6%) a scapito di una minore percentuale per la classe di età delle 35-44enni (40% contro 47%) (Grafico 6.34).

<sup>9</sup> Vedi paragrafo 12.4 della Parte 12 "Approfondimenti Metodologici".

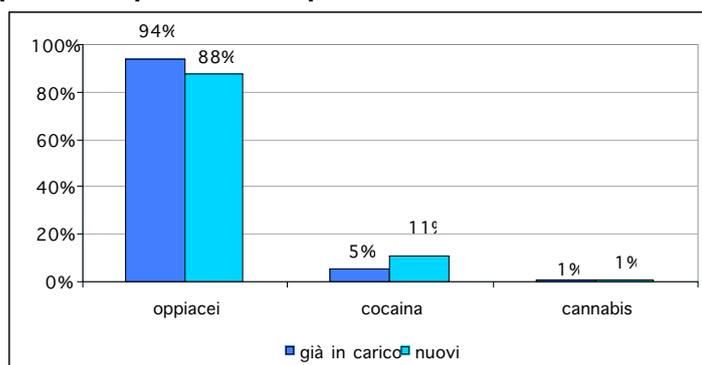
**Grafico 6.34: Distribuzione percentuale della "utenza iniettiva" per tipologia, genere e classi d'età. Anno 2007.**



Elaborazione su dati del Progetto SIMI@Italia

Il 93% dell'utenza IDU (injecting drug user) presenta, come sostanza "primaria" un oppiaceo; segue la cocaina (6%) e la cannabis (1%). Nella distinzione per epoca di presa in carico dell'utenza, si osserva che se tra gli utilizzatori di oppiacei si rileva una maggior proporzione di utenti già in carico (94% contro 88% dei nuovi utenti), tra i consumatori problematici di cocaina assume rilevanza doppia la quota di soggetti incidenti rispetto ai prevalenti (11% contro 5%) (Grafico 6.35).

**Grafico 6.35: Distribuzione percentuale dei nuovi utenti e di quelli già in carico dagli anni precedenti per sostanza "primaria". Anno 2007.**



Elaborazione su dati del Progetto SIMI@Italia

È possibile descrivere alcune caratteristiche peculiari dei soggetti che hanno assunto sostanze per via iniettiva almeno una volta nella vita utilizzando un modello di regressione logistica<sup>10</sup>. Si evidenzia una probabilità di aver assunto la sostanza per via iniettiva almeno una volta nella vita quasi tripla nei soggetti di età superiore ai 35 anni rispetto ai più giovani, e doppia per gli utenti già in carico rispetto ai nuovi; ovviamente risulta significativo l'uso di oppiacei come sostanza "primaria" rispetto alla cocaina e alla cannabis, mentre non è significativa la differenza di genere.

<sup>10</sup> Vedi Tavola 6.1 negli allegati: Parte 13.2 "Tavole di lavoro della Relazione".

## 6.2.6 Prevalenza delle malattie infettive e loro trasmissione tramite la via iniettiva

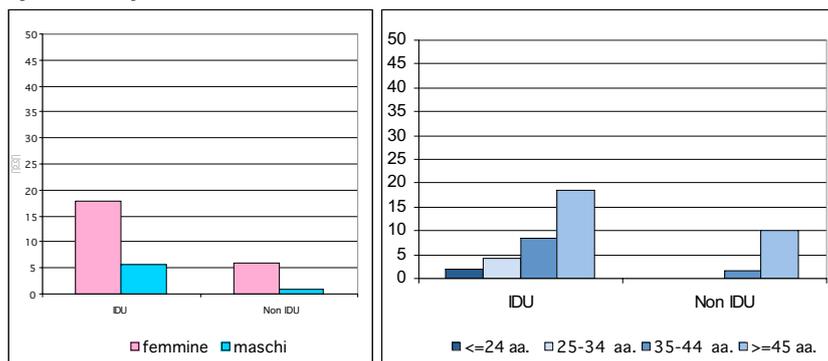
Per la stesura del presente paragrafo si fa riferimento ad uno studio trasversale condotto<sup>11</sup> in due anni, nel 2005 e nel 2007, su un campione di SerT Italiani. La popolazione in studio risulta costituita da 2.582 tossicodipendenti in trattamento presso i SerT: 1.349 nel 2005 e 1.233 nel 2007. L'83,4% degli utenti reclutati era di sesso maschile, con un'età mediana pari a 33 anni (intervallo interquartile 17-64) per le femmine e 35 anni (intervallo interquartile 18-66) per i maschi e con la classe di età tra i 35 ed i 39 anni più rappresentata<sup>12</sup>. Circa il 74,3% dei reclutati ha fatto uso di almeno una sostanza per via iniettiva.

I dati evidenziano una generale diminuzione della prevalenza dell'HIV nel 2007 rispetto al 2005. Tuttavia, disaggregando i dati per pattern d'uso, si evidenzia una diminuzione marcata tra i tossicodipendenti che fanno uso endovenoso (IDU) ed un aumento tra i soggetti che fanno uso non endovenoso (non IDU).

Nel 2007<sup>13</sup> prevalenze più alte si osservano tra i tossicodipendenti che assumono le sostanze per via iniettiva, tra gli over 45enni e tra le donne (Grafico 6.36). La differenza di genere, molto consistente, è ancora più significativa tra i soggetti che consumano sostanze per via non iniettiva (che hanno quindi contratto l'infezione verosimilmente per via sessuale).

**Grafico 6.36: Positività al test sierologico per HIV. Anno 2007.**

**a) sinistra: per genere;**  
**b) destra: per classi d'età.**



Elaborazione su dati dell'ISS (Dip. di Malattie Infettive, Parassitarie e Immunomediate)

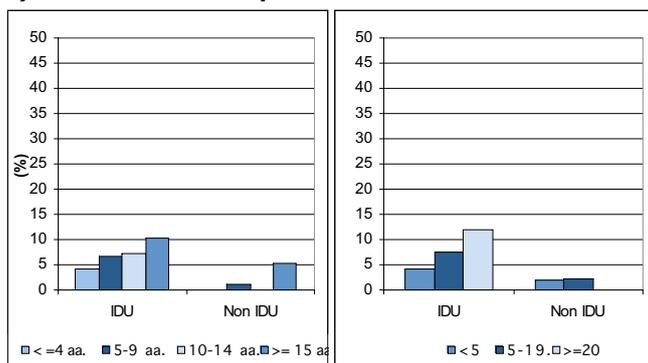
Si evidenzia, inoltre, una maggiore diffusione dell'HIV tra i tossicodipendenti con più di 15 anni di tossicodipendenza e tra i tossicodipendenti iniettivi che hanno avuto più di 20 partner sessuali nella vita; nel grafico 6.37 si riportano le percentuali di positività al test HIV relative a chi ha fatto uso di sostanze per via iniettiva ed a coloro che fanno uso non endovenoso.

<sup>11</sup>Istituto Superiore di Sanità (Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie e Immunomediate) in collaborazione con il Ministero della Salute.

<sup>12</sup> Per una descrizione più specifica delle caratteristiche del campione in studio vedi Tavola 6.2 negli allegati: Parte 13.2 "Tavole di lavoro della Relazione".

<sup>13</sup> Per semplicità espositiva si commentano i risultati osservati solo nell'anno 2007 e relativi ad alcune specifiche variabili. Per una maggiore esaustività dei dati si rimanda alle tabelle 6.3, 6.4 e 6.5 (negli Allegati: Parte 13.2 Tabelle di lavoro della Relazione) in cui vengono riportati i risultati relativi alla sieropositività per HIV, HBV e HCV, suddivisi per anno di studio, per uso di droghe iniettive e stratificati per le variabili di interesse.

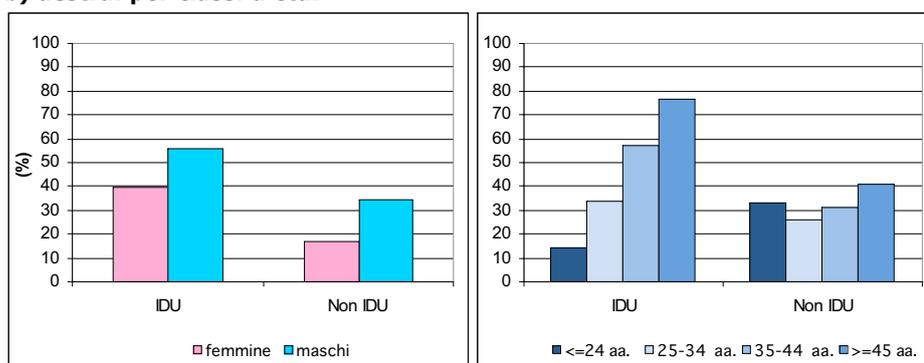
**Grafico 6.37: Positività al test sierologico per HIV. Anno 2007.**  
**a) sinistra: per anni di tossicodipendenza;**  
**b) destra: numero di partner sessuali nella vita.**



Elaborazione su dati dell'ISS (Dip. di Malattie Infettive, Parassitarie e Immunomediate)

Una generale diminuzione della prevalenza si osserva anche nel caso dell'HBV. Disaggregando i dati per uso iniettivo, si evidenzia una diminuzione marcata tra i tossicodipendenti che fanno uso endovenoso ed un aumento tra gli altri. Nel 2007 prevalenze più alte si osservano tra i maschi e tra i tossicodipendenti di età superiore ai 45; nel grafico 6.38 si riportano i risultati della positività al test per l'HBV relativo a chi ha fatto uso di sostanze per via iniettiva e ai consumatori per via non endovenosa rispetto a queste variabili.

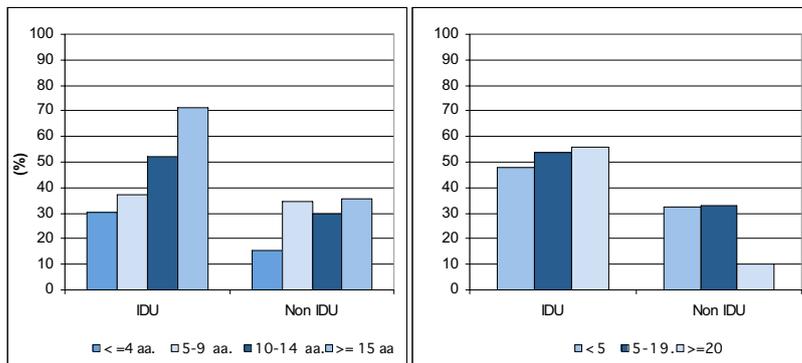
**Grafico 6.38: Positività al test sierologico per HBV. Anno 2007.**  
**a) sinistra: per genere;**  
**b) destra: per classi d'età.**



Elaborazione su dati dell'ISS (Dip. di Malattie Infettive, Parassitarie e Immunomediate)

La maggiore diffusione dell'HBV si rileva tra i tossicodipendenti con più di 15 anni di tossicodipendenza e tra gli IDU che hanno avuto più di 20 partner sessuali nella vita; nel grafico 6.39 si riportano i risultati della positività al test per l'HBV relativo a chi ha fatto uso di sostanze per via iniettiva e ai soggetti che hanno fatto uso non endovenoso.

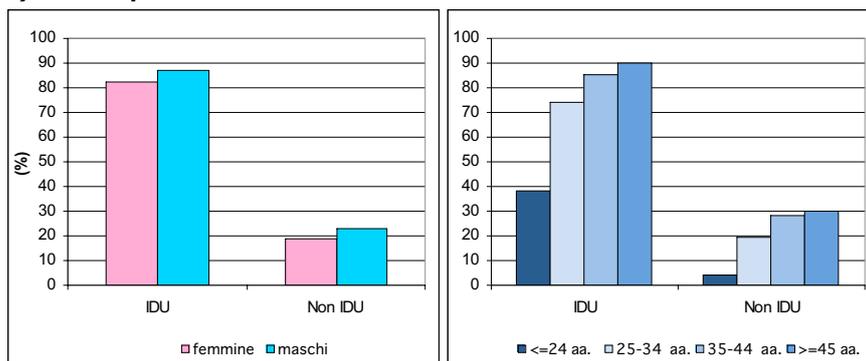
**Grafico 6.39: Positività al test sierologico per HBV. Anno 2007.**  
**a) sinistra: per anni di tossicodipendenza;**  
**b) destra: numero di partner sessuali nella vita.**



Elaborazione su dati dell'ISS (Dip. di Malattie Infettive, Parassitarie e Immunomediate)

Per quanto riguarda l'epatite C, la prevalenza rimane sostanzialmente stabile nei due anni. Nel 2007 si osservano valori più elevati tra gli over 24enni mentre non si evidenziano differenze di rilievo in base al genere; nel grafico 6.40 si riportano i risultati della positività al test sierologico per HCV in base al pattern d'uso della sostanza (IDU e non IDU).

**Grafico 6.40: Positività al test sierologico per HCV. Anno 2007.**  
**a) sinistra: per genere;**  
**b) destra: per classi d'età.**

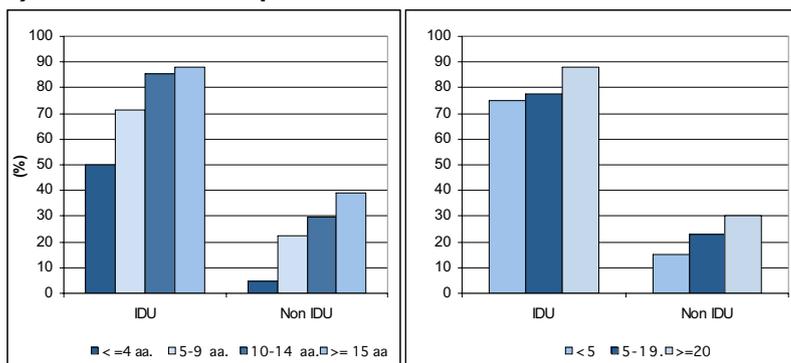


Elaborazione su dati dell'ISS (Dip. di Malattie Infettive, Parassitarie e Immunomediate)

Come per le altre infezioni, prevalenze più alte di infezione da HCV si osservano tra i tossicodipendenti con un maggior numero di anni di utilizzo di sostanze e con un maggior numero di partner sessuali nella vita; nel grafico 6.41 si riportano i risultati della positività al test per l'HCV in base alla modalità d'uso della sostanza (IDU e non IDU).

**Grafico 6.41: Positività al test sierologico per HCV. Anno 2007.**

a) sinistra: per anni di tossicodipendenza;  
b) destra: numero di partner sessuali nella vita.



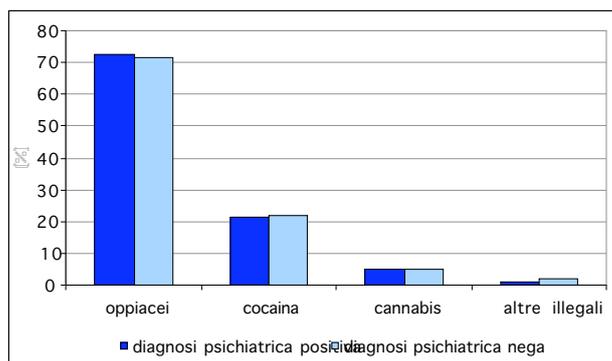
Elaborazione su dati dell'ISS (Dip. di Malattie Infettive, Parassitarie e Immunomediate)

### 6.3 COMORBIDITÀ PSICHIATRICA: DISTURBI DI PERSONALITÀ, DEPRESSIONE, STATI D'ANSIA, DISTURBI DELL'AFFETTIVITÀ

Dalle informazioni acquisite a livello analitico, all'interno del progetto SIMI@Italia<sup>14</sup> per i soggetti in carico nell'anno 2007, è possibile esaminare le caratteristiche dell'utenza nel sottocampione di circa 6000 soggetti in carico a quei servizi per i quali sia stata resa disponibile l'informazione in merito alla presenza concomitante di disturbi psichiatrici.

Il 22% è risultato avere una diagnosi psichiatrica positiva con una alta variabilità di tale quota tra i singoli servizi (il range varia tra un minimo pari al 13% e un massimo del 51%). Tra l'utenza comorbile, il 77% è rappresentato da maschi, l'età media è di 36 anni e non si differenzia in maniera significativa tra i sessi.

Rispetto alla sostanza "primaria" che ha determinato la richiesta di trattamento presso un SerT, il 73% degli utenti in doppia diagnosi sono associati all'uso primario di oppiacei, il 22% sono utilizzatori di cocaina e il 5% di cannabis (Grafico 6.42).

**Grafico 6.42: Sostanza "primaria" per presenza o meno di diagnosi psichiatrica. Anno 2007.**

Elaborazione su dati del Progetto SIMI@Italia

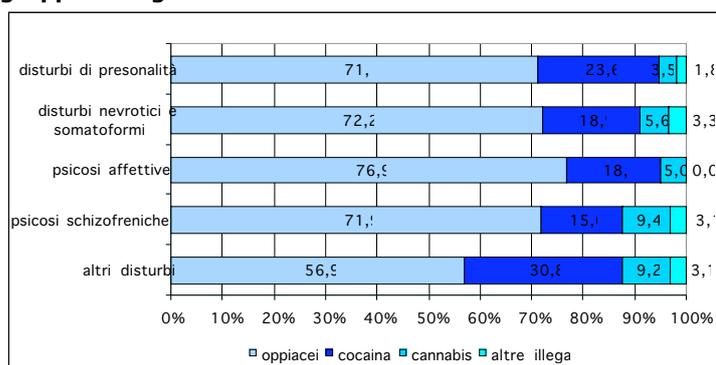
Dall'analisi della relazione tra le caratteristiche dell'utenza trattata e la presenza di comorbilità psichiatrica emerge una associazione "positiva" tra i soggetti che utilizzano altre sostanze (più di una) oltre alla "primaria". Si osserva una probabilità più che tripla per gli utenti più maturi rispetto ai più giovani (<20 anni), maggiore del 50% per le femmine rispetto ai maschi e quasi doppia per i prevalenti rispetto agli incidenti. I soggetti occupati rispetto a quelli

<sup>14</sup> Vedi paragrafo 12.4 della Parte 12 "Approfondimenti Metodologici".

economicamente non attivi, hanno una minore probabilità di presentare concomitanza di disturbo psichiatrico. Un altro fattore, associato "negativamente", risulta l'aver conseguito un livello di istruzione medio rispetto ad un alto grado di istruzione<sup>15</sup>.

Le singole diagnosi psichiatriche sono state aggregate in cinque macrogruppi, riportati nel grafico 6.43 (il gruppo degli "stati paranoidi" non è stato riportato in quanto è composto da un esiguo numero di soggetti). Il 56% dei soggetti in doppia diagnosi presenta disturbi di personalità, il 18% psicosi affettive, il 10% disturbi nevrotici e somatoformi, il 7% psicosi schizofreniche, sempre il 7% altri disturbi e l'1% stati paranoidi. Gli oppiacei sono la sostanza di abuso "primaria" maggiormente presenti in tutti i gruppi di diagnosi, seguiti dalla cocaina.

**Grafico 6.43: Distribuzione percentuale degli utenti comorbili per sostanza utilizzata e gruppi di diagnosi. Anno 2007.**



Elaborazione su dati del Progetto SIMI®Italia

Il monitoraggio di questa particolare tipologia di utenza, al fine di essere il più possibile aderente alla realtà, deve comunque tenere in considerazione anche quelle evidenze che emergono dall'analisi delle informazioni rilevate nei servizi pubblici per la salute mentale. Infatti, nonostante l'organizzazione dei SerT faccia riferimento ad un assetto normativo autonomo e separato dalla psichiatria, il fenomeno della comorbidità psichiatrica si sta rivelando sempre più rilevante su entrambi i versanti, trovandosi ad impegnare i Dipartimenti per le Dipendenze nell'identificazione e nel soddisfacimento di nuove esigenze terapeutico-assistenziali ed i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) nel trattamento di un'utenza con disturbi mentali correlati all'uso di sostanze psicoattive.

Dai dati emersi dallo studio trasversale PADDI<sup>16</sup> si osserva come la prevalenza della comorbidità psichiatrica tra gli utenti maggiorenni in carico ai DSM si attesti su valori di poco inferiori al 4%, con differenze apprezzabili rispetto alla distribuzione per macroaree geografiche: da circa il 4,4% dell'area settentrionale, al 3,3 del centro, fino al 2,6 dell'area meridionale. I soggetti che presentano comorbidità sono prevalentemente maschi, celibi e di giovane età e raramente vivono in condizioni autonome (il 20%) od hanno figli (il 33%); il 75% dell'utenza comorbile nei DSM ha completato solo la scuola dell'obbligo, solo il 25% ha una occupazione stabile, mentre circa il 20% ha avuto problemi penali, in genere per reati contro il patrimonio. Circa il 33% ha una anamnesi familiare positiva per disturbi psichiatrici ed il 18,5% per disturbi legati all'uso di sostanze.

Rispetto ai profili di utilizzo e alle diverse sostanze d'elezione (Tabella 6.2 e Grafico 6.44) nei sottogruppi diagnostici considerati, stante comunque l'elevata quota di soggetti poliassuntori, l'abuso è il pattern che si presenta con la

<sup>15</sup> Vedi Tavola 6.6 negli allegati: Parte 13.2 "Tavole di lavoro della Relazione".

<sup>16</sup> Studio condotto in Italia per l'anno 2005 ed a cui hanno aderito 123 DSM distribuiti sul territorio nazionale. Vedi paragrafo 10 della Parte 12 "Approfondimenti Metodologici".

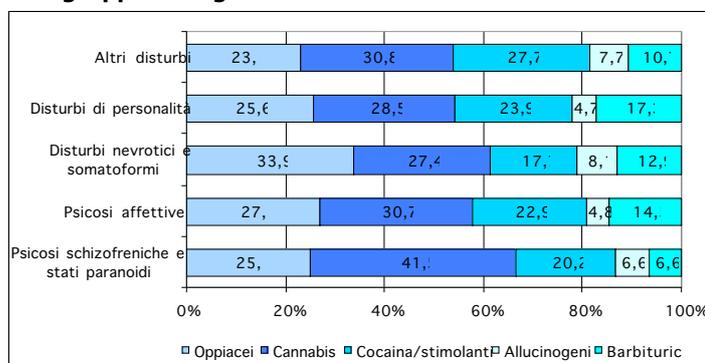
maggior frequenza mentre cannabis, oppiacei e cocaina rappresentano complessivamente l'80% delle sostanze primarie indipendentemente dal gruppo diagnostico: la composizione entro gruppi diagnostici risulta sostanzialmente uniforme tranne che per le psicosi schizofreniche per le quali prevale la cannabis ed i disturbi nevrotici per i quali prevalgono gli oppiacei.

**Tabella 6.2: Distribuzione percentuale dei profili di utilizzo delle sostanze psicoattive per differenti sottogruppi diagnostici. Anno 2005.**

	Psicosi schizofreniche e stati paranoidi	Psicosi affettive	Disturbi nevrotici e somatoformi	Disturbi di personalità	Altri disturbi
Uso	22,5	21,9	27,7	25,5	17,5
Abuso	52,0	49,0	41,5	49,1	45,0
Dipendenza	25,5	29,1	30,8	25,4	37,5

Studio PADDI (aggiornamento al 30 settembre 2007)

**Grafico 6.44: Distribuzione percentuale degli utenti comorbili per sostanza utilizzata e sottogruppi di diagnosi. Anno 2005.**



Studio PADDI (aggiornamento al 30 settembre 2007)

Le categorie diagnostiche si distribuiscono in maniera differente tra gli utenti che fanno uso e tra coloro che abusano, mentre non viene rilevata differenza statisticamente significativa nella distribuzione delle diagnosi per gli utenti con dipendenza: l'uso occasionale è più frequente nei disturbi di personalità, mentre il più severo abuso vede pari probabilità per le psicosi schizofreniche ed i disturbi di personalità.

La presenza di sindrome da dipendenza nei soggetti comorbili risulta associata positivamente<sup>17</sup> con fattori tipici delle dipendenze patologiche quali ad esempio l'uso di oppiacei, l'aumentare dell'età, l'aver ricevuto un precedente trattamento per l'uso di sostanze, e con la residenza dei soggetti trattati: risiedere in una Regione dell'Italia meridionale raddoppia il rischio di presentare dipendenza. Si osserva inoltre una associazione negativa tra l'uso di cannabinodi e la presenza di dipendenza.

Dei soggetti comorbili in carico ai DSM poco meno della metà si è rivolto ad un servizio per problemi legati all'uso di sostanze; dall'analisi dell'associazione tra le diverse caratteristiche dell'utenza e l'aver ricevuto un trattamento da parte di un servizio per le dipendenze emerge come i fattori associati positivamente siano l'uso di sostanze illecite ad esclusione della cannabis, l'aver carichi penali pendenti, la presenza di patologie infettive, di sindrome da dipendenza e di spettro ansioso-depressivo, mentre quelli associati negativamente siano la presenza di allucinazioni e/o deliri, di disturbo di personalità o dell'umore e l'uso di alcol.

<sup>17</sup> Vedi Tavola 6.7 negli allegati: Parte 13.2 "Tavole di lavoro della Relazione".

## 6.4 ALTRE IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

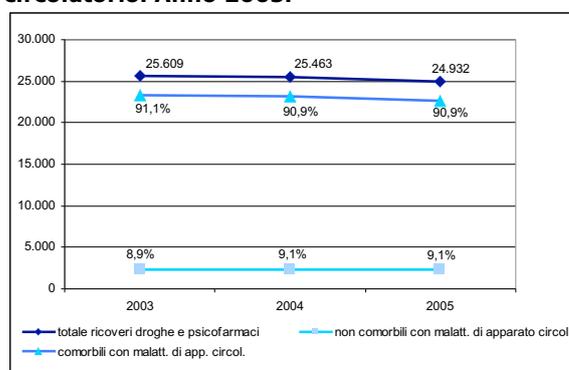
### 6.4.1 Comorbidità Somatica

All'interno del presente paragrafo verrà effettuata un'analisi delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) relative a pazienti che riportano diagnosi (codificata in base all'ICD9-CM) droga correlate in comorbidità con malattie attribuibili al sistema "circolatorio" e "respiratorio".

#### Comorbidità con malattie dell'apparato circolatorio

Nel 2005 i ricoveri droga correlati comorbili con diagnosi (principale o concomitante) relative a malattie del sistema circolatorio costituiscono circa il 9% (pari a 2.265 casi) del totale dei ricoveri correlati all'uso di droghe e psicofarmaci (Grafico 6.45).

**Grafico 6.45: Ricoveri droga correlati e condizione di comorbidità con malattie del sistema circolatorio. Anno 2005.**

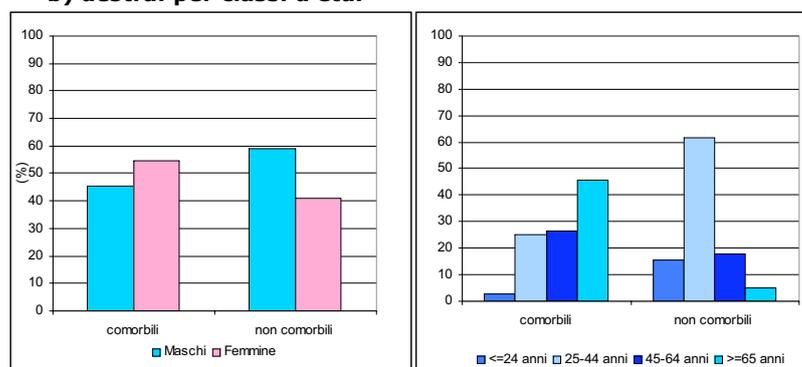


Elaborazione su dati della Dir. Gen. Programm. Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

Il confronto dei due gruppi, effettuato in base al sesso ed all'età (Grafico 6.46), evidenzia una percentuale più elevata di donne (circa 55% contro 41%) e di situazioni che hanno superato i 65 anni di età (circa 46% contro 5%) tra i comorbili per malattie dell'apparato circolatorio.

**Grafico 6.46: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati comorbili e non, con malattie del sistema circolatorio. Anno 2005.**

- a) sinistra: per genere;  
b) destra: per classi d'età.

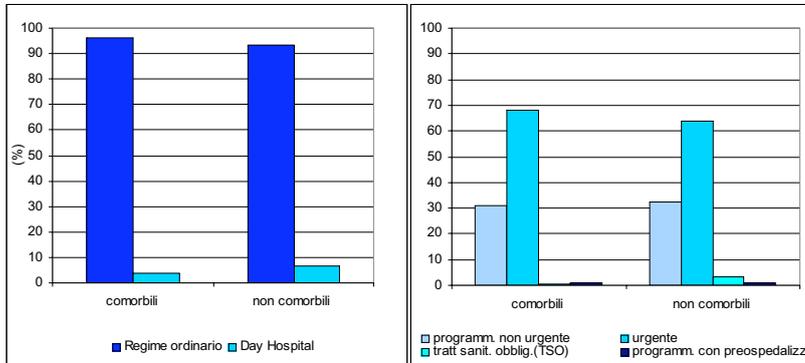


Elaborazione su dati della Dir. Gen. Programm. Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

Dall'analisi del regime e tipologia di ricovero si rileva inoltre che i ricoveri droga correlati con diagnosi associate relative a malattie del sistema circolatorio sono avvenuti in regime ordinario e sono stati a carattere urgente rispettivamente nel 96% e 68% delle situazioni a fronte di un 94% e 64% rilevati negli altri (Grafico 6.47).

**Grafico 6.47: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati, comorbili e non, con malattie del sistema circolatorio. Anno 2005.**

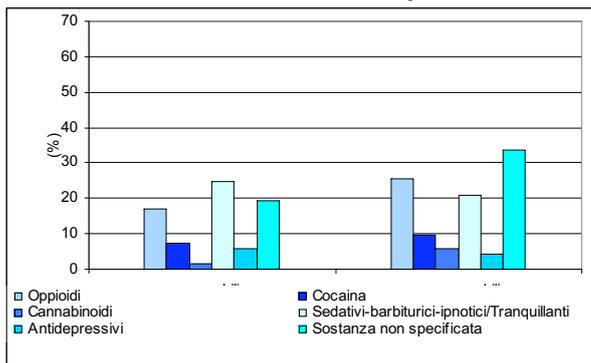
a) sinistra: per regime di ricovero;  
b) destra: per tipologia di ricovero.



Elaborazione su dati della Dir. Gen. Programm. Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

Lo studio della sostanza d'uso (Grafico 6.48) evidenzia tra i comorbili la quota più elevata di assuntori di sedativi-barbiturici-ipnotici e tranquillanti (circa 25% contro 21%).

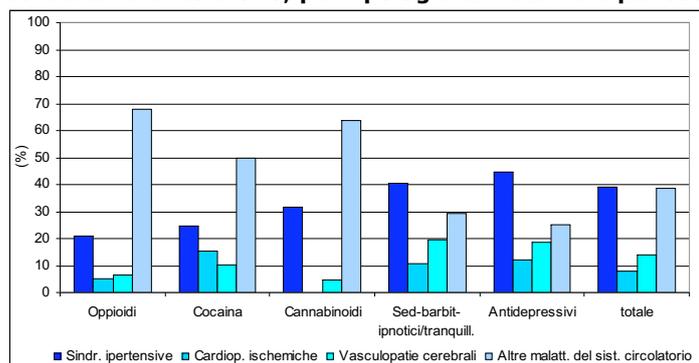
**Grafico 6.48: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati comorbili e non con malattie del sistema circolatorio: per sostanza d'uso. Anno 2005.**



Elaborazione su dati della Dir. Gen. Programm. Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

Un'analisi più approfondita relativa alle diverse tipologie di malattie cardiocircolatorie diagnosticate tra i ricoveri correlati all'uso di sostanze psicotrope, evidenzia la preponderanza di sindromi ipertensive (quasi 40% del totale delle patologie cardiocircolatorie); nel grafico 6.49 si riportano le distribuzioni percentuali delle diverse tipologie di malattie, effettuate in base alle sostanze riportate in diagnosi.

**Grafico 6.49: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati comorbili con malattie del sistema circolatorio; per tipologia di malattia e per sostanza d'uso. Anno 2005.**

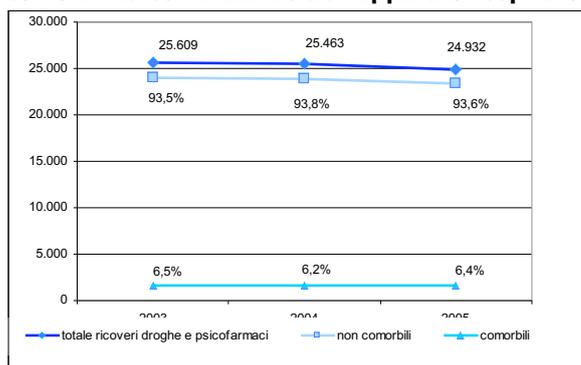


Elaborazione su dati della Dir. Gen. Programm. Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

### Comorbidità con malattie dell'apparato respiratorio

Nel 2005 i ricoveri droga correlati comorbili con situazioni di diagnosi (principale o concomitante) relative a malattie del sistema respiratorio, costituiscono circa il 6% (pari a 1.600 ricoveri) del totale dei ricoveri correlati all'uso di droghe e psicofarmaci.

**Grafico 6.50: Ricoveri con diagnosi relativa all'uso di droghe/psicofarmaci e condizione di comorbidità con malattie dell'apparato respiratorio. Anno 2005.**

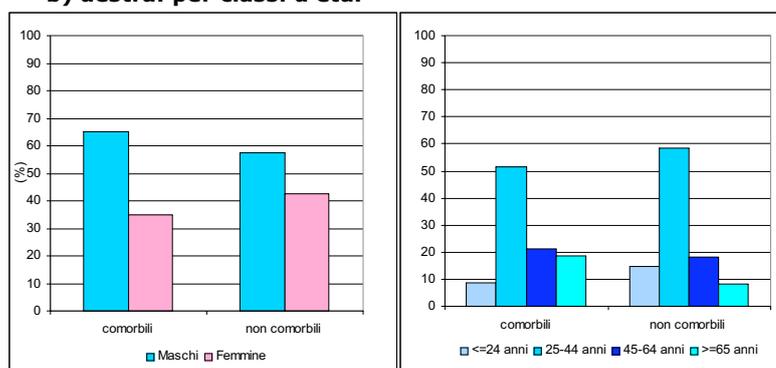


Elaborazione su dati della Dir. Gen. Programm. Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

L'analisi del genere e dell'età (Grafico 6.51), evidenzia tra i comorbili la percentuale più elevata di maschi (circa 65%) e di ultra 65enni: circa il 18% a fronte dell'8% rilevato tra i non comorbili.

**Grafico 6.51: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati comorbili e non, con malattie dell'apparato respiratorio. Anno 2005.**

- a) sinistra: per genere;  
b) destra: per classi d'età.

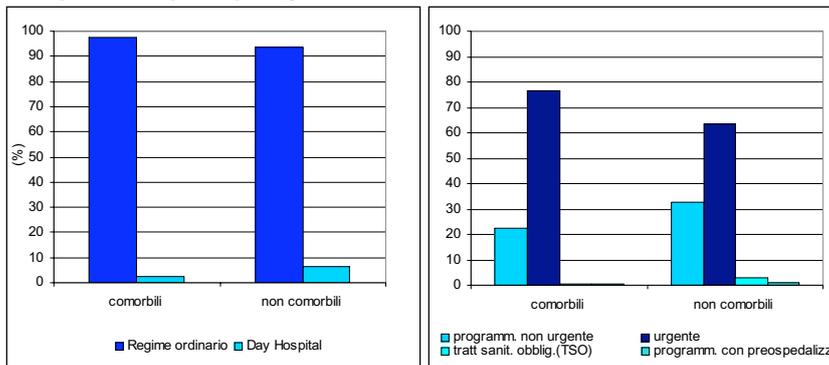


Elaborazione su dati della Dir. Gen. Programm. Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

Circa il 98% dei ricoveri droga correlati abbinati a malattie dell'apparato respiratorio risultano avvenuti in regime ordinario e quasi il 77% è a carattere urgente; tali quote scendono al 94% ed a circa il 63% tra i casi non comorbili (Grafico 6.52).

**Grafico 6.52: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati, comorbili e non, con malattie dell'apparato respiratorio. Anno 2005.**

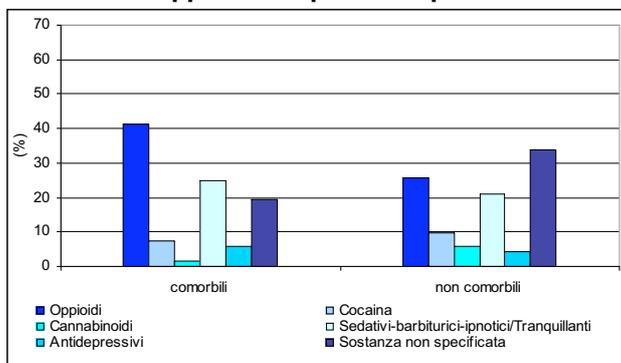
a) sinistra: per regime di ricovero;  
b) destra: per tipologia di ricovero.



Elaborazione su dati della Dir. Gen. Programm. Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

Un'analisi più approfondita effettuata in base alla sostanza d'uso, rilevata tra i ricoveri droga correlati, ed alla condizione di comorbilità con le malattie in studio, evidenzia tra i comorbili la quota più elevata di assuntori di oppiacei; nel grafico 6.53 si riportano le distribuzioni percentuali effettuate in base alla condizione di comorbilità.

**Grafico 6.53: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati comorbili e non con malattie dell'apparato respiratorio: per sostanza d'uso. Anno 2005.**

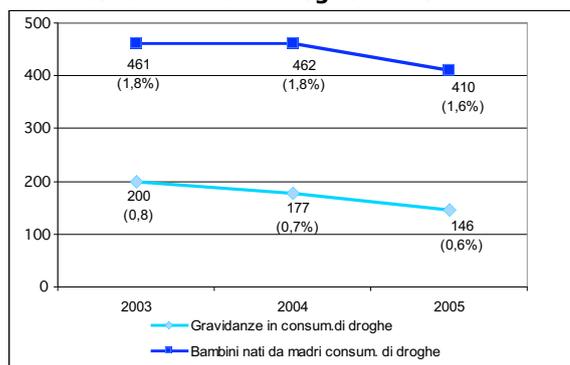


Elaborazione su dati della Dir. Gen. Programm. Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

#### 6.4.2 Gravidanze e bambini nati da madri consumatrici di droghe

Nel presente paragrafo verrà effettuata un'analisi delle schede di dimissione ospedaliera che riportano diagnosi (codificata in base all'ICD9-CM) droga correlate relative a gravidanze e bambini nati da madri consumatrici di droghe. Nell'anno 2005 le quote di tali ricoveri sono rispettivamente pari allo 0,6% (146 ricoveri) e 1,6% (410 ricoveri) dell'intero collettivo dei ricoveri droga correlati; tali valori rimangono sostanzialmente costanti nel corso del triennio 2003-2005 (Grafico 6.54).

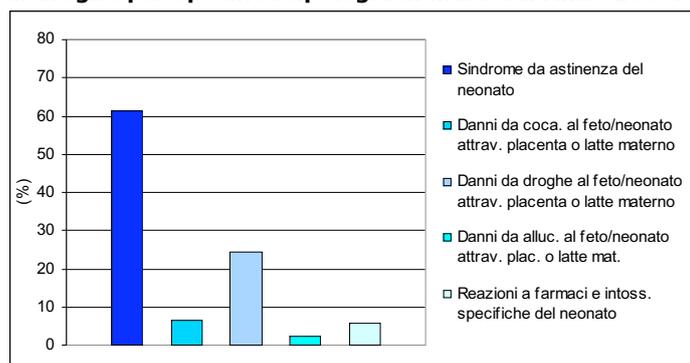
**Grafico 6.54: Distribuzione ricoveri con diagnosi relativa a gravidanze e bambini nati da madri consumatrici di droghe. Anno 2005.**



Elaborazione su dati della Dir. Gen. Programm. Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

Un'analisi più specifica relativa alla tipologia di malattia rilevata tra le schede di dimissione ospedaliera riportanti codici relativi a bambini nati da madri consumatrici di droghe evidenzia la presenza di circa un 61% di "sindromi di astinenza del neonato" (Grafico 6.55).

**Grafico 6.55: Distribuzione percentuale dei ricoveri di bambini nati da madri consumatrici di droghe per specifica tipologia di malattia. Anno 2005.**



Elaborazione su dati della Dir. Gen. Programm. Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

### 6.4.3 Incidenti stradali<sup>18</sup>

In base a recenti dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, ogni anno nel mondo circa 1.200.000 persone perdono la vita e più di 50 milioni riportano traumi in seguito ad incidenti stradali; in Europa si contano ogni anno per questa causa 127.000 decessi e 2.400.000 traumatizzati. In vista degli anni 2000, l'Unione Europea aveva sollecitato i paesi che la costituiscono a promuovere azioni di contrasto degli incidenti stradali, stabilendo tra gli obiettivi la riduzione del 50% della mortalità conseguente a questi eventi. Il nostro paese ha risposto a questo invito dell'Unione promulgando il Piano Nazionale della Sicurezza Stradale.

In Italia, le stime dell'Istituto Superiore di Sanità indicano che attualmente gli incidenti stradali determinano nell'anno circa:

- 6.000 morti a breve termine (stima ISS ottenuta normalizzando la mortalità degli incidenti stradali verbalizzati dalle FF.OO. - elaborata da

<sup>18</sup> La presente relazione è stata curata da Franco Taggi (Reparto "Ambiente e Traumi", Dipartimento "Ambiente e connessa Prevenzione Primaria", Istituto Superiore di Sanità); hanno collaborato Teodora Macchia (Aspetti tossicologici, epidemiologici e analitici della DUI), Marco Giustizi (Aspetti epidemiologici e statistici della DUI), Ministero dei Trasporti, PolStrada, Arma CC e Regione Toscana.

ISTAT-ACI - alla differenza riscontrata nelle serie temporali tra mortalità generale nell'anno e mortalità verbalizzata);

- 15.000 invalidi gravi (stima prodotta dall'ISS in base ad indagini condotte in collaborazione con diversi IRCCS per la riabilitazione);
- 120.000 ricoverati (stima ottenuta dall'ISS, in collaborazione con il Ministero della Salute, mediante analisi delle SDO – Schede di Dimissione Ospedaliera);
- più di 1.000.000 di accessi al pronto soccorso non seguiti da ricovero (stima conservativa dell'ISS, prodotta con le Regioni Lazio e Toscana in base ai dati rilevati nei locali Centri di Pronto Soccorso).

Dall'analisi dei dati disponibili sugli incidenti stradali si evince, tra l'altro, che:

- il rapporto maschi/femmine è circa 3.5 a 1 nei deceduti e circa 2 a 1 nei soggetti ricoverati;
- circa un decesso su tre riguarda soggetti con meno di trenta anni di età;
- in certe classi di età si muore prevalentemente per incidenti stradali: ad esempio, tra i diciottenni deceduti, più della metà muore per incidente stradale;
- l'incidente stradale risulta essere la prima causa di morte per i maschi sotto i 40 anni di età;
- l'incidente stradale è causa primaria della disabilità traumatica grave dei giovani;
- l'invalidità grave che si osserva deriva in gran parte da trauma cranico.

In relazione al veicolo degli infortunati, circa la metà delle morti riguarda conducenti e trasportati in automobile, più del 25% utenti di moto e ciclomotori, il 5,2% ciclisti, il 4,2% soggetti su mezzi pesanti ed il 2,6% su altri mezzi. I pedoni contribuiscono a questo quadro con il 12,5%.

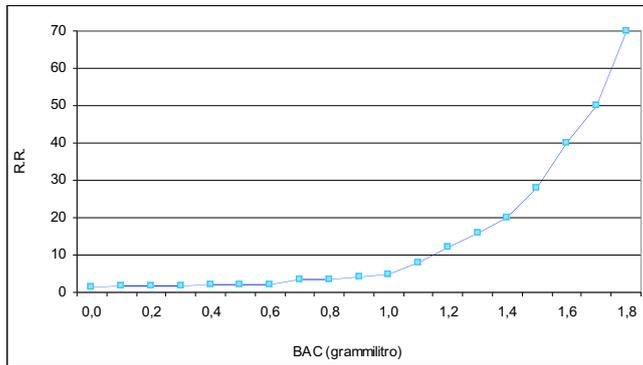
Va sottolineato che attualmente in Italia le morti delle due ruote motorizzate stanno aumentando in modo progressivo.

I costi sociosanitari degli incidenti stradali sono elevatissimi: tra le varie stime citiamo quella prodotta da ISTAT e ACI per il 2002 (la più organica e completa), che si attestava a ridosso dei 34 miliardi di euro/anno, ovvero intorno al 2,7% del PIL di quell'anno.

I fattori di rischio che favoriscono l'accadimento degli incidenti stradali sono molteplici. Tra questi, la guida sotto l'influenza di alcol e/o altre sostanze psicoattive riveste un ruolo di particolare importanza, sia nella genesi di questi eventi sia per le loro conseguenze.

Che l'uso di alcol, droghe e molti farmaci sia uno dei principali problemi per la sicurezza stradale è noto da molto tempo. Già negli anni '70 l'OCSE - Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico - produsse un rapporto in cui venivano presentate le evidenze scientifiche disponibili all'epoca. In tale rapporto veniva messo in luce, in termini definitivi, non solo che si era in presenza di un importante fattore di rischio per la sicurezza stradale, ma anche come il rischio evidenziato aumentasse rapidamente con l'aumentare della concentrazione delle sostanze in questione nel sangue del conducente. Un esempio concreto di questo effetto non lineare è evidenziato nel grafico 6.56, che mostra l'andamento del rischio relativo di provocare un incidente stradale grave o mortale in funzione dell'alcolemia del conducente (sulle ascisse la concentrazione ematica di alcol è indicata con BAC, acronimo di Blood Alcohol Concentration, e l'unità di misura è in grammi/litro, ovvero grammi di etanolo per litro di sangue del soggetto). Si osservi come il rischio relativo cresca molto più rapidamente di quanto non cresca l'alcolemia, in modo pressoché esponenziale.

**Grafico 6.56: Andamento del rischio relativo di rendersi responsabili di un incidente stradale grave o mortale in funzione dell'alcolemia del conducente.**



Fonte: ISS (Dip. Ambiente e connessa Prevenzione Primaria)

Come si può osservare, fino ad un'alcolemia di 0.4-0.5 g/l, il rischio relativo - indicato in ordinata - è intorno ad 1 (il che vuol dire che chi ha assunto alcol in quella misura ha la stessa probabilità di un conducente sobrio di rendersi responsabile di incidente); appena sopra 0.5 g/l questo rischio sale circa a 2, una probabilità doppia; a 1 g/l - il doppio di 0.5 g/l - il rischio sale fino a 6-8 volte; a 1.5 g/l (3 volte 0.5 g/l) il rischio relativo raggiunge il valore di 30; e così via. Curve di questo tipo, in relazione all'alcolemia, sono state prodotte da numerosi studi, recenti e meno recenti e, pur essendoci una certa variazione tra le diverse curve, l'aumento rapido, non lineare, del rischio relativo con l'aumentare dell'alcolemia del conducente è sempre stato messo in chiara evidenza.

# PARTE 7

---

## **RISPOSTE RELATIVE ALLE IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE**

### **7.1 Prevenzione dei decessi droga correlati**

7.1.1 Prevenzione delle overdose

7.1.2 Il Sistema di Allerta precoce e risposta rapida per le droghe: "Geo Drugs Alert"

### **7.2 Prevenzione e trattamento delle malattie infettive droga correlate: vaccinazioni, programmi di scambio di siringhe, distribuzione di profilattici**

### **7.3 Interventi relativi alla comorbidità psichiatrica**

### **7.4 Interventi relativi alle altre implicazioni e conseguenze per la salute**

7.4.1 Incidenti stradali

7.4.2 Utilizzo di tecniche di neuroimaging per la documentazione dei danni prodotti dalle sostanze psicoattive



## **RISPOSTE RELATIVE ALLE IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE**

Nel corso dell'anno 2007 le attività di prevenzione delle overdose hanno riguardato la diffusione dell'informazione rischi legati all'uso delle sostanze illegali, lo sviluppo di reti per interventi di emergenza, l'implementazione di un sistema di allerta sulle sostanze in circolazione e sulle modalità di consumo pericolose ("Geo Drugs Alert") e l'affidamento domiciliare del naloxone, sia ai pazienti che ai loro familiari. A livello regionale, i progetti maggiormente finanziati sono stati quelli che prevedevano l'attivazione di unità di strada nei territori di competenza.

Nel 2007 sono state inoltre svolte dai SerT azioni di prevenzione dei comportamenti a rischio di trasmissione di malattie infettive finalizzate alla riduzione del contagio tra i consumatori, in particolare per via iniettiva. Nello specifico si tratta di azioni di distribuzione di materiale informativo (nel 68,2% dei Dipartimenti/Servizi), di profilattici (53,8%) e di siringhe e/o materiale sterile (23,1%).-In merito alle vaccinazioni per le malattie infettive, il 17,7% dell'utenza dei SerT risulta vaccinata per l'epatite B nell'anno 2007.

Per quanto riguarda gli interventi relativi alla comorbidità psichiatrica, sul territorio nazionale, nel 90% dei Dipartimenti/Servizi, esiste una collaborazione col Dipartimento di salute mentale: nel 60,7% tale collaborazione è definita e strutturata e nel 28,6% questa esiste di fatto ma non risulta formalmente definita. Il paziente con problemi psichiatrici nel 70% dei servizi incontra almeno una volta al mese uno psichiatra per una visita o per una prescrizione di farmaci/esami e nel 60% circa dei casi lo incontra per colloqui e/o psicoterapia.

Relativamente al fenomeno della guida di veicoli in stato di ebbrezza e sotto l'influenza di sostanze psicoattive illegali, il numero di controlli svolti nel 2007, rispetto all'anno precedente, è cresciuto del 200% (sebbene tale aumento riguardi prevalentemente i controlli per l'alcol); studi recenti, curati dall'Istituto Superiore di Sanità e dal Ministero dei Trasporti (progetto di ricerca DATIS2), hanno evidenziato come si sia riscontrata una maggiore proporzione dei conducenti maschi e più giovani ad essere oggetto di infrazioni legate alla guida sotto influenza di sostanze psicoattive illegali.

In tema di implicazioni e conseguenze sulla salute, infine, è stata attivata una nuova linea di ricerca sulla correlazione tra neuroscienze e dipendenze volta a documentare i danni prodotti dalle sostanze stupefacenti sul cervello, i meccanismi di funzionamento del craving e del possibile controllo volontario di tale fenomeno; questi studi, condotti nell'ambito del Progetto START, introducono elementi d'interesse anche per la diagnosi delle dipendenze e per possibili nuovi trattamenti, integrando approccio clinico ed aspetti innovativi di lettura dei comportamenti di addiction mediante l'analisi dei meccanismi di funzionamento neuropsichico che stanno alla base delle condizioni che attivano e conservano lo stato di dipendenza.



## 7.1 PREVENZIONE DEI DECESSI DRUGA CORRELATI

### 7.1.1 Prevenzione delle overdose

I questionari strutturati dell'EMCDDA prevedono una sezione dedicata alle politiche volte a ridurre la mortalità per intossicazione acuta da sostanze psicoattive; in base alle risposte fornite, presso la metà circa delle Regioni e Province Autonome (PPAA) italiane è presente una strategia regionale o locale specifica e definita per la riduzione dei decessi per intossicazione acuta da uso di sostanze (Calabria, Emilia-Romagna, Lazio, Lombardia, Marche, Piemonte, Toscana, Umbria e le PPAA di Trento e Bolzano); presso tali Regioni e PPAA per tale strategia è stata effettuata o programmata la valutazione delle attività implementate. A queste nove Regioni e PPAA se ne aggiungono cinque in cui sono previsti progetti per lo sviluppo di una strategia regionale o locale per la riduzione delle overdose tra gli utilizzatori di sostanze (Abruzzo, Campania, Friuli-Venezia Giulia, Puglia e Veneto).

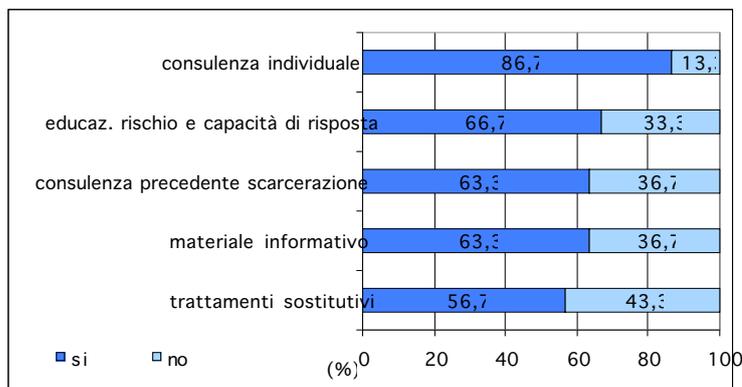
Tra gli obiettivi in questo ambito, figurano differenti azioni e livelli di riduzione del danno: incrementare le informazioni per i tossicodipendenti su come ridurre il rischio di overdose e informare sui comportamenti a minor rischio (per es. eroina assunta per inalazione invece che per via endovenosa), sviluppare attività informative sui gruppi a rischio (soggetti all'uscita dal carcere, per chi ha interrotto una terapia con antagonisti), consegna di fiale di Naloxone.

Figurano altresì attività collegate, quali lo sviluppo di reti di intervento di emergenza (operatori del 118, le FFOO), l'implementazione di un sistema di allerta e l'attenzione sulle sostanze in circolazione e sulle modalità di assunzione ritenute più pericolose, il fornire informazioni tempestive sui principi attivi presenti nelle sostanze sequestrate.

A livello regionale i progetti maggiormente finanziati sono quelli che prevedono le unità di strada attive nei territori di competenza; tra le Regioni che hanno finanziato maggiormente attività in questa direzione vi sono il Lazio ed il Piemonte, con stanziamenti nel 2007 rispettivamente di complessivi 1.450.000 € e 900.000 €.

Le specifiche attività svolte a livello dipartimentale nel 2007 riguardano: gli interventi di consulenza sul rischio a livello di singolo individuo (86,7%), di educazione al rischio e alla capacità di risposta in situazioni di emergenza (riconoscere l'overdose, rispondere in maniera adeguata riguardo alla posizione da assumere in caso di emergenza) (66,7%), gli interventi che precedono la scarcerazione (come consulenze sull'aumento dei rischi a inizio o prosecuzione di trattamenti sostitutivi) e la distribuzione di materiale informativo (63,3%) ed i trattamenti sostitutivi con oppioidi (56,7%) (Grafico 7.1).

**Grafico 7.1: Distribuzione percentuale delle attività di prevenzione delle overdose da parte dei Dipartimenti per le dipendenze. Anno 2007.**

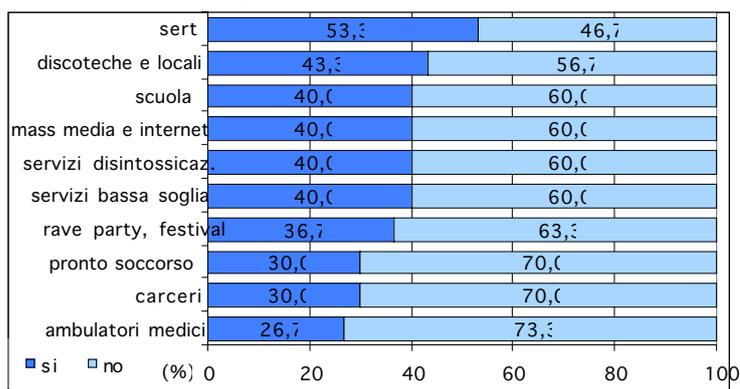


Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia e dell'indagine con questionari EMCDDA sulle Regioni

La distribuzione di materiale informativo (Grafico 7.2) è stata sia azione di prevenzione secondaria che primaria, attuata nel primo caso presso luoghi ad alta concentrazione di soggetti esposti ad episodi di overdose, come per esempio nel 53% dei servizi pubblici per le tossicodipendenze, nei servizi per la disintossicazione o in quelli a bassa soglia (40%), nelle carceri, pronto soccorso (30%) e ambulatori medici (27%).

E' stata inoltre svolta un'azione di prevenzione primaria attraverso la distribuzione di materiale informativo in luoghi potenzialmente a rischio come le discoteche ed i locali notturni (43%), la scuola (40%) i rave party, i festival (36,7%).

**Grafico 7.2: Distribuzione percentuale della presenza del materiale informativo sui rischi da overdose nei luoghi in cui è stato disponibile nel corso del 2007.**



Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia e dell'indagine con questionari EMCDDA sulle Regioni

Per concludere, nell'ambito della gestione del rischio overdose, nel 62% dei Dipartimenti/Servizi è utilizzato l'affidamento domiciliare del naloxone, sia ai pazienti in carico che ai loro familiari.

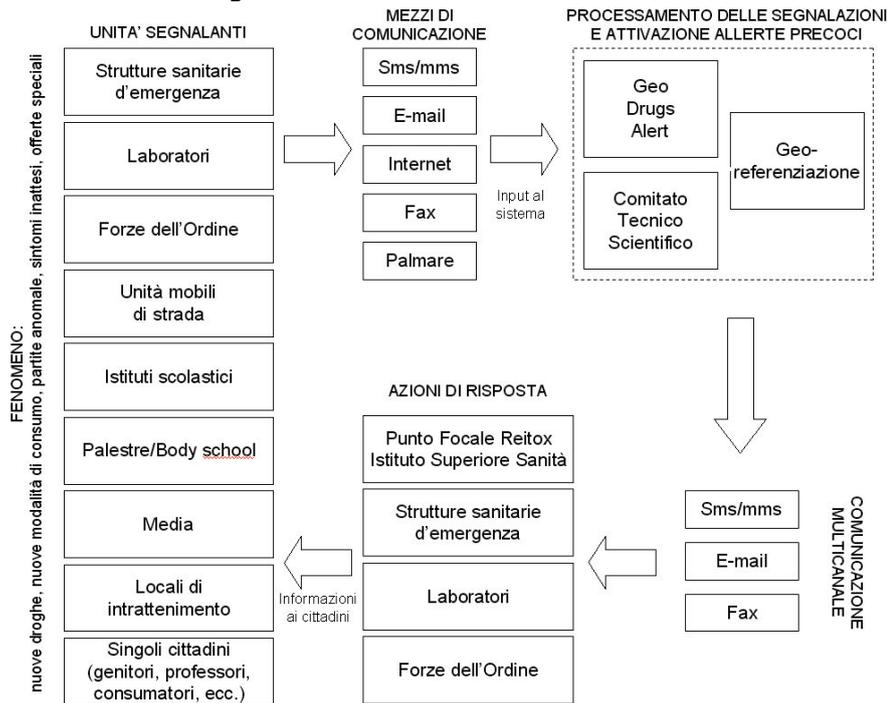
### 7.1.2 Il Sistema di allerta precoce e risposta rapida per le droghe: "Geo Drugs Alert"

Sulla base della decisione 2005/387/GAI del Consiglio Europeo è nata la necessità di sviluppare in Italia un sistema di allerta rapida che metta le organizzazioni e gli enti deputati alla protezione della salute pubblica nella condizione di gestire le situazioni di rischio legate alla produzione, alla diffusione, al consumo di nuove droghe, alle nuove modalità di utilizzo delle stesse e, quindi, alle intossicazioni e/o alle morti per overdose<sup>1</sup>.

Dopo un'approfondita analisi dei sistemi di allerta precoce in vari ambiti e Paesi, è stato elaborato un modello di sistema efficace ed innovativo in grado di rilevare precocemente la comparsa di sostanze o di combinazioni di sostanze particolarmente tossiche, di attivare selettivamente ed efficacemente la rete dei servizi e delle organizzazioni per garantire una risposta rapida sul territorio e, contemporaneamente, di segnalare al Punto Focale Nazionale Reitox il fenomeno rilevato per la diffusione delle informazioni all'interno del network europeo. Il tutto avviene all'insegna della tempestività, indispensabile nel cogliere il fenomeno, e della rapidità, necessaria nell'attivare le azioni di risposta che le unità operative, dislocate sul territorio, devono adottare per fronteggiare gli eventi.

<sup>1</sup> Vedi Paragrafo 12.12 della Parte 12 "Approfondimenti Metodologici"

**Grafico 7.3: Modello generale di funzionamento del sistema di allerta "Geo Drugs Alert".**



Il sistema di allerta elaborato si basa su un innovativo software WEB, "Geo Drugs Alert", che raccoglie informazioni sui fenomeni come la comparsa di sostanze atipiche, di sintomi inattesi successivi al consumo, la comparsa di partite anomale di droga o di prezzi particolarmente ribassati, nonché la comparsa di nuove modalità di consumo.

Il sistema riceve le informazioni (input) via Internet, e-mail, sms, mms, fax, palmare.

Le segnalazioni ricevute possono essere inviate da operatori specializzati (strutture sanitarie, laboratori, Forze dell'Ordine, unità mobili di strada, ecc.), da organizzazioni del privato sociale, giornalisti, luoghi di intrattenimento, scuole, genitori, professori.

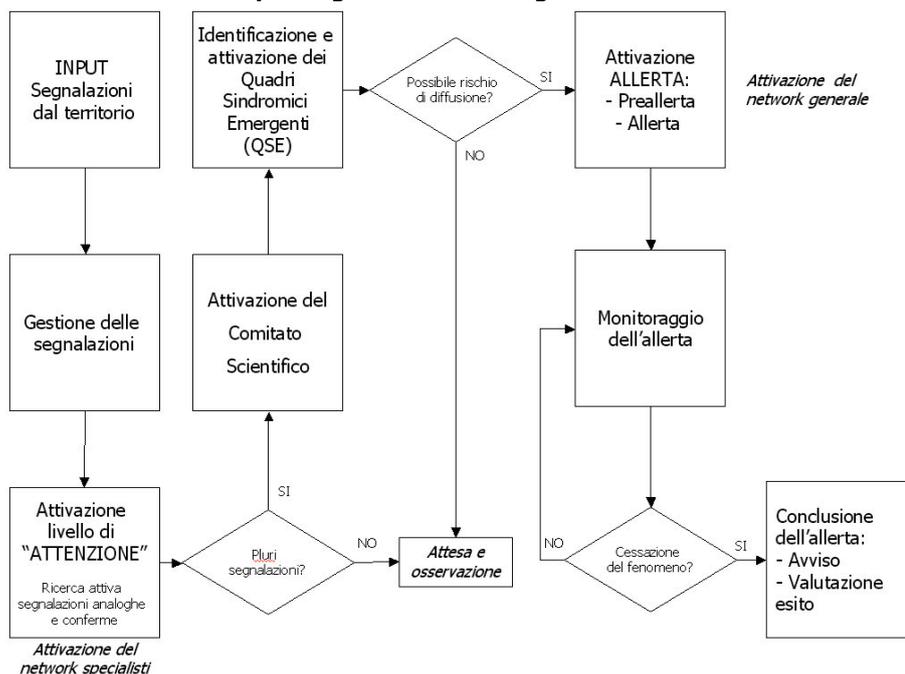
Un Comitato Tecnico Scientifico processa le informazioni in input e decide se attivare un livello di attenzione tra la comunità scientifica, per un maggiore studio sul fenomeno o, qualora il caso lo richieda, uno stato di allerta, cui corrispondono preconcordate misure di risposta delle unità operative.

Il software consente di "georeferenziare" le segnalazioni in input e di confrontare la loro localizzazione con le mappe delle vie di traffico e di spaccio fornite e periodicamente aggiornate dalle Forze dell'Ordine.

La georeferenziazione consente di individuare la comparsa e la diffusione geografica dei fenomeni e quindi quali sono le aree a più alto rischio di intossicazione da allertare in via prioritaria.

I destinatari delle allerte, cioè il Punto Focale Nazionale, l'Istituto Superiore di Sanità, le strutture sanitarie, i laboratori, le Forze dell'Ordine, i media, le organizzazioni del privato sociale, gli istituti scolastici e i locali di intrattenimento, sono selezionati personalizzando il messaggio che accompagna la segnalazione di allerta. Infine tale segnalazione viene inviata attraverso il sistema "multicanale", raggiungendo qualsiasi tipo di struttura anche quella meno attrezzata, e, addirittura, la singola persona collocata sul territorio e collegata al sistema con un semplice telefono cellulare.

**Grafico 7.4: Microfasi per la gestione delle segnalazioni e delle allerte.**



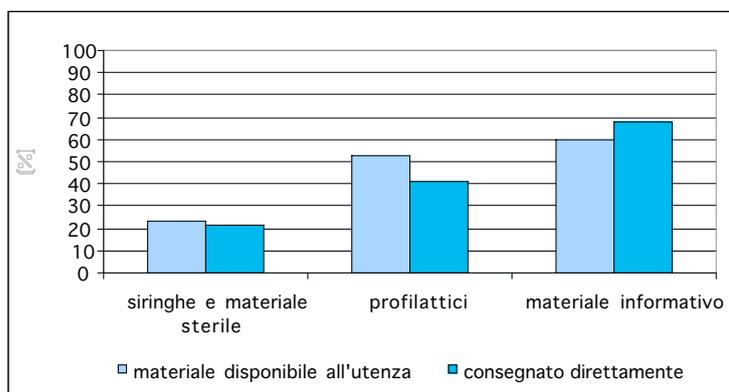
## 7.2 PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE MALATTIE INFETTIVE DROGA CORRELATE: VACCINAZIONI, PROGRAMMI DI SCAMBIO DI SIRINGHE, DISTRIBUZIONE DI PROFILATTICI

L'analisi dei questionari strutturati dell'Osservatorio Europeo sulle droghe e le tossicodipendenze<sup>2</sup> evidenzia nel 2007 la presenza di azioni di prevenzione dei comportamenti a rischio di trasmissione di malattie infettive finalizzate alla riduzione del contagio tra i consumatori di sostanze psicoattive, in particolare per via iniettiva.

Nello specifico si tratta di azioni di distribuzione di siringhe e/o materiale sterile, profilattici, materiale informativo, che avvengono sia con la modalità del materiale disponibile all'utenza che attraverso la distribuzione e la consegna direttamente ai destinatari (entrambe le modalità spesso sono compresenti nello stesso Dipartimento/Servizio).

Le iniziative di distribuzione di siringhe risultano essere attive nel 23,1% dei Dipartimenti come materiale disponibile e nel 21,7% con modalità di distribuzione proattiva. La disponibilità di profilattici è presente in percentuale maggiore (53,8%) rispetto alla distribuzione proattiva (41,2%). La diffusione di materiale informativo sulla prevenzione dei rischi di diffusione delle malattie infettive è il metodo più diffuso; nel 60% dei casi è reso disponibile all'utenza presso i servizi e nel 68,2% viene distribuito e consegnato direttamente agli utenti (Grafico 7.5).

<sup>2</sup> Vedi Paragrafo 12.3 della Parte 12 "Approfondimenti Metodologici"

**Grafico 7.5: Distribuzione percentuale delle azioni di prevenzione del rischio di infezione**

**all'interno dei Dipartimenti/Servizi secondo la modalità di distribuzione, nel 2007.**

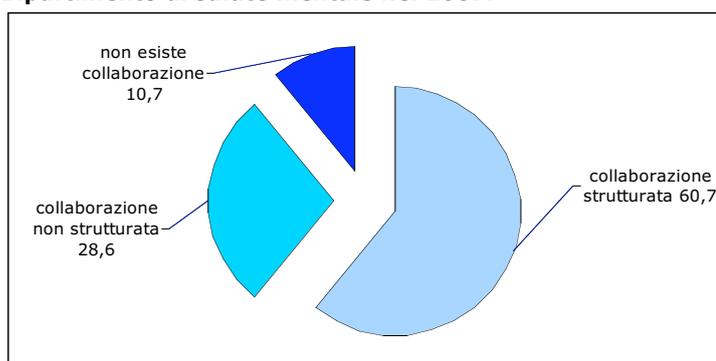
Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia e dell'indagine con questionari EMCDDA sulle Regioni

Infine, i SerT eseguono le vaccinazioni per l'epatite B ed altre profilassi per le malattie infettive; attraverso i dati SIMI@Italia<sup>3</sup> si è stimato che il 17,7% dell'utenza dei servizi risulta vaccinata per l'epatite B nell'anno 2007.

### 7.3 INTERVENTI RELATIVI ALLA COMORBIDITÀ PSICHIATRICA

La pianificazione dei trattamenti rivolti a soggetti con uso problematico di sostanze psicoattive non può prescindere dalla valutazione sull'eventuale concomitanza di patologie psichiatriche, che influiscono sul processo e sull'esito dell'intervento stesso; ciò comporta una necessaria organizzazione e relativa specializzazione dei servizi territoriali, che per far fronte a tali esigenze possono dotarsi di competenze psichiatriche all'interno del servizio e/o collaborare con il Dipartimento di Salute Mentale.

A questo proposito, in base ai dati raccolti presso i Dipartimenti/Servizi all'interno dell'indagine SIMI@Italia, si evidenzia come solo nel 11% dei casi non esista una collaborazione tra Dipartimento per le dipendenze/SerT e Dipartimento di Salute Mentale. Mentre nel 61% delle situazioni tale collaborazione è definita e strutturata, nel restante 28% tale collaborazione esiste di fatto anche se non è formalmente strutturata (Grafico 7.6).

**Grafico 7.6: Distribuzione del tipo di collaborazione tra Dipartimento per le dipendenze e Dipartimento di salute mentale nel 2007.**

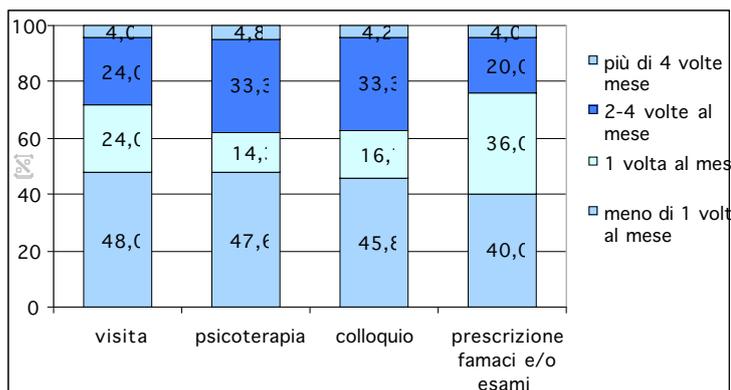
Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia e dell'indagine con questionari EMCDDA sulle Regioni

La specificità della presa in carico dei pazienti con doppia diagnosi si evidenzia inoltre attraverso l'intervento diretto di un medico specialista in psichiatria in

<sup>3</sup> Vedi Paragrafo 12.4 della Parte 12 "Approfondimenti Metodologici"

aggiunta all'equipe multidisciplinare del servizio: presso i Dipartimenti per le dipendenze/SerT, un paziente con problemi psichiatrici nella metà circa dei casi (48%) incontra uno psichiatra per una visita meno di una volta al mese e nella restante metà una o più volte (nel 4% dei casi quattro volte al mese). Colloqui e psicoterapia vengono effettuati in egual misura in poco meno della metà dei casi una volta al mese, nel 33,3% tra le due e le quattro volte. Un paziente con problemi psichiatrici incontra uno psichiatra per la prescrizione di farmaci o esami clinico-diagnostici una o più volte al mese nel 60% dei casi (Grafico 7.7).

**Grafico 7.7: Distribuzione percentuale della frequenza mensile con cui un paziente con doppia diagnosi incontra uno psichiatra secondo la tipologia di incontro, nel 2007.**



Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia e dell'indagine con questionari EMCDDA sulle Regioni

## 7.4 INTERVENTI RELATIVI ALLE ALTRE IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

### 7.4.1 Incidenti stradali

Nell'ultimo ventennio, per il diffondersi a livello planetario del consumo delle droghe, il numero di ricerche scientifiche dedicate al problema "Droga & Guida" è aumentato significativamente. In base ai dati raccolti da vari studi si può prevedere che si determini, come per l'alcol, una crescita rapida, non lineare, del rischio relativo all'aumentare della concentrazione delle sostanze psicoattive illegali nel sangue del conducente. In generale è inoltre plausibile presumere che il rischio indotto dalle sostanze illegali interagisca in modo significativo con quello indotto dall'alcol, quando anche questo sia stato assunto dal conducente<sup>4</sup>.

Si forniscono di seguito, alcuni elementi riguardanti la situazione italiana attuale del fenomeno della guida sotto l'influenza delle droghe (che indicheremo nel seguito con l'acronimo internazionale di DUI, che sta per "Driving Under the Influence", acronimo utilizzato anche nel caso in cui la sostanza sia l'alcol etilico).

Al fine di chiarire maggiormente alcuni punti di particolare rilevanza, includeremo anche gli aspetti relativi alla guida in stato di ebbrezza. Questa scelta è motivata da diverse ragioni, tra le quali :

- le conoscenze maturate sulla guida in stato di ebbrezza sono ben consolidate;
- gli effetti indotti dall'alcol interagiscono con quelli delle droghe e sono molti i conducenti che guidano sotto l'influenza congiunta di alcol e droghe.

<sup>4</sup> La presente relazione è stata curata da Franco Taggi (Reparto "Ambiente e Traumi", Dipartimento "Ambiente e connessa Prevenzione Primaria", Istituto Superiore di Sanità); hanno collaborato Teodora Macchia (Aspetti tossicologici, epidemiologici e analitici della DUI), Marco Giustizi (Aspetti epidemiologici e statistici della DUI), Ministero dei Trasporti, PolStrada, Arma CC e Regione Toscana.

## **Il monitoraggio del fenomeno DUI**

I controlli svolti dalle Forze dell'Ordine (FFOO) si possono dividere in controlli per "fondato sospetto" e "casuali". I primi hanno lo scopo di identificare - e mettere in condizioni di non nuocere - conducenti che manifestano comportamenti non compatibili con una guida sicura; si tratta quindi di azioni di prevenzione mirata su specifici conducenti. I risultati di questi controlli (in numero e tipologia) dipendono, peraltro, strettamente dalle attività messe in atto dalle FFOO, che possono variare in funzione del tempo e del territorio.

I controlli casuali, invece, sono indispensabili per aumentare la conoscenza dell'andamento del fenomeno e riguardano quindi l'intera popolazione dei conducenti. Mentre i controlli per fondato sospetto servono per identificare singoli conducenti che guidano in stato DUI (un pericolo contingente per la sicurezza stradale), i controlli casuali mirano a farci conoscere la percentuale dei conducenti DUI (e quindi hanno come target l'intera popolazione dei conducenti). Quest'ultimo obiettivo (quello di quantificare caratteristiche riguardanti tutti i conducenti, nel nostro caso la proporzione di conducenti DUI) è di grande rilievo per indirizzare azioni di prevenzione e per permettere la valutazione dell'efficacia delle campagne di prevenzione o di iniziative messe in atto per il contenimento del fenomeno.

Grazie all'informazione derivante da controlli casuali siamo in grado di allocare al meglio le risorse, di accorgerci per tempo di cambiamenti importanti, di evitare di insistere in azioni che non mostrano di avere efficacia per la riduzione del fenomeno.

Programmi generali di controlli casuali su strada sono stati da tempo messi in atto in diversi paesi con lo scopo di quantificare la proporzione di coloro che guidano in stato di ebbrezza; nel caso delle droghe questo non è ancora avvenuto. Le ragioni sono prevalentemente legate a problemi di praticabilità dei controlli stessi. Infatti, mentre nel caso dell'alcol questi controlli sono relativamente rapidi, agevoli, non invasivi mediante l'uso di etilometri, nel caso delle droghe le cose sono più complicate; le molecole di interesse sono diverse (quante sono le droghe e i loro metaboliti attivi) e la loro rilevazione non può servirsi dell'espirsto, bensì necessita di altri materiali biologici quali sangue, saliva, traspirato. Inoltre, i risultati positivi che così si ottengono debbono essere poi confermati da prove di laboratorio, effettuate con metodi di adeguata accuratezza (i dispositivi per le valutazioni su strada possono infatti fornire false positività).

Va infine sottolineato che in questi controlli non si possono rilevare tutte le sostanze, ma solo alcune di esse, che vengono scelte in genere tra quelle più usate.

Nel nostro paese la DUI è trattata dal Codice della Strada negli articoli 186 ("Guida sotto l'influenza dell'alcool") e 187 ("Guida in stato di alterazione psico-fisica per uso di sostanze stupefacenti"), che sono stati oggetto di importanti modifiche introdotte con leggi emanate nel 2001, 2002, 2003 e nel 2007. L'attuale limite legale dell'alcolemia di un conducente è stato fissato a 0,5 grammi di alcol etilico per litro di sangue, limite comune a diversi altri paesi europei.

Per descrivere il fenomeno DUI si sono scelte due fonti di dati di rilievo nazionale: quella relativa ai risultati dei controlli per fondato sospetto svolti da parte delle FFOO e quella dei dati contenuti nell'archivio della Patente a Punti. Successivamente, si mostreranno anche i risultati di uno studio (non ancora pubblicato) svolto nella regione Toscana su soggetti che afferivano al Pronto Soccorso dopo essere stati coinvolti in un incidente stradale (si osservi che in quest'ultimo caso i controlli sono di tipo casuale, ma la popolazione di riferimento non è quella della generalità dei conducenti bensì dei soli infortunati in incidente stradale).

### **I controlli per “fondato sospetto” di DUI svolti dalle FF.OO.**

Nella Tabella 7.1 sono riportati i risultati dei controlli svolti nel 2006 e nel 2007 dalla Polizia Stradale e dall’Arma dei Carabinieri per la guida in stato di ebbrezza e sotto l’influenza di sostanze psicoattive illegali.

Il numero di controlli svolti nel 2007, rispetto all’anno precedente, è enormemente cresciuto (+ 200%). Va precisato che questo aumento riguarda essenzialmente i controlli per l’alcol, essendo stata consistentemente potenziata la strumentazione (alcolimetri) in dotazione alle FFOO.

Importante è cercare di capire se a questo aumento del numero di controlli abbia fatto seguito un qualche effetto deterrente per la DUI; in base all’analisi dei dati riportati nella Tabella 7.2 questo effetto sembra desumibile per l’alcol, mentre nel caso delle droghe il giudizio rimane per ora sospeso.

Nel 2006 i conducenti trovati al di sopra del limite legale di alcolemia (0,5 g/l) erano il 15% del totale dei soggetti controllati (36.317 casi). I soggetti positivi all’alcol (> 0,5g/l) sono stati nel 2007 pari al 6% dei soggetti controllati (47.206), con una diminuzione rispetto al 2006 di ben 9 punti percentuali.

**Tabella 7.1: Controlli svolti nel 2006 e nel 2007 dalla Polizia Stradale e dall’Arma dei Carabinieri per la guida in stato di ebbrezza e sotto l’influenza di sostanze psicoattive illegali.**

	2006	2007
<b>N° controlli</b>	241.935	790.319
<b>BAC positivi</b>	36.317	47.206
<b>BAC positivi (valore%)</b>	15.0	5.97
<b>Droghe positivi</b>	3.416	4.515

L’entità di questa differenza è tale da suggerire che la proporzione di guida in stato di ebbrezza nella popolazione dei conducenti sia sensibilmente diminuita, presumibilmente per la consapevolezza dell’accresciuta probabilità di incappare in un accertamento a causa del massiccio incremento del numero di controlli.

Nel caso delle sostanze psicoattive illegali non siamo attualmente in grado di svolgere una analoga valutazione in quanto il numero dei controlli effettuati in merito nel 2006 e nel 2007 non è ancora definitivo.

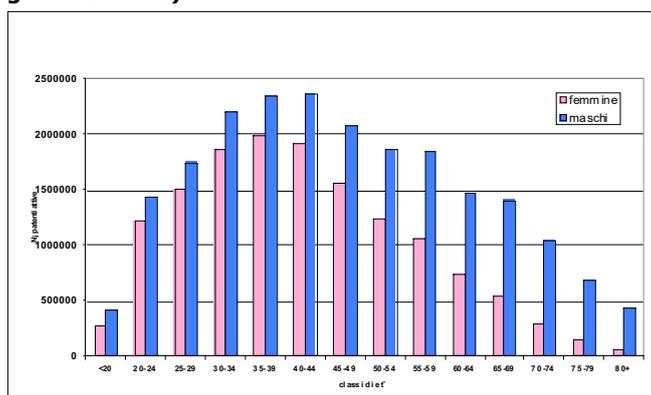
### **I dati della Patente a Punti relativi alla DUI**

Nel Grafico 7.8 è mostrata la distribuzione per sesso e classi di età (al primo gennaio del 2008) del numero di titolari di patenti di guida attive in Italia.

Questo numero è pari a 35.514.454 (20.980.350 maschi, 13.534.104 femmine). Il 58% degli italiani ha la patente per la guida di un veicolo a motore (senza contare i numerosissimi giovani che hanno il patentino per la guida del ciclomotore).

I titolari di patente al di sotto dei 30 anni sono 6.449.321 (3.515.099 maschi, 2.934.222 femmine); quelli di 65 e più anni ammontano a 2.688.904 (2.155.671 maschi, 533.233 femmine).

Come può osservarsi le differenze di genere nel possesso della patente di guida sono minori nella popolazione giovanile.

**Grafico 7.8: Distribuzione per sesso ed età del numero di titolari di patenti attive (al 1 gennaio 2008).**

Fonte: ISS (Dipartimento Ambiente e connessa Prevenzione Primaria)

In relazione a questa "popolazione" di conducenti di veicoli a motore, abbiamo una fonte di dati, anch'essa con caratteristiche non casuali, costituita dall'archivio della Patente a Punti (PaP), realizzato presso il Ministero dei Trasporti. Come noto, dal 2003 ai conducenti vengono inizialmente assegnati 20 punti. Se il conducente compie particolari infrazioni al Codice della Strada parte di questi punti vengono detratti. Esauriti i punti in dotazione, il conducente non può più guidare e deve seguire un "corso di recupero punti", superato il quale la patente risulta nuovamente attiva.

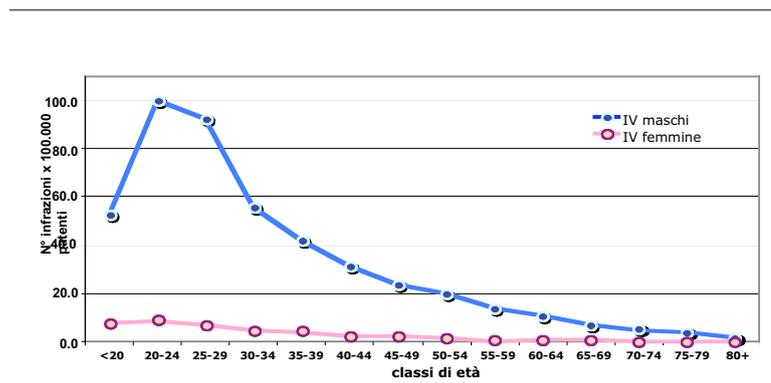
La guida in stato di ebbrezza e quella sotto l'influenza di sostanze stupefacenti psicoattive illegali sono due di tali infrazioni cui corrisponde la massima detrazione per singola infrazione consistente in 10 punti.

Siamo quindi in grado di stabilire quanto un certo gruppo di patentati (ad es., il gruppo dei maschi di età compresa tra 20 e 24 anni) manifesti propensione ad infrangere le norme del codice di interesse per la PaP, nel caso presente gli articoli 186 e 187. Tale quantificazione viene fatta tramite l'Indice di Violazione (IV), che è stato messo a punto dall'ISS e dal Ministero dei Trasporti nel corso del progetto di ricerca DATIS2. Questo indice è dato dal rapporto tra le infrazioni registrate nell'archivio della PaP relative a un certo gruppo di conducenti e il numero di patentati presenti nel gruppo stesso.

Come ora vedremo, l'utilizzo dell'IV può permetterci di caratterizzare meglio, in relazione al sesso e all'età, i conducenti DUI.

Col Grafico 7.9 si può osservare l'andamento dell'IV relativo alla guida in stato di ebbrezza alcolica per sesso e classi di età (dati della PaP relativi all'anno 2007). I valori più elevati dell'IV si riscontrano per i conducenti maschi, particolarmente nei maschi tra 20-29 anni dove si registrano 90-100 infrazioni all'art.186 ogni 100.000 patentati. In corrispondenza, i valori dell'IV per le femmine sono per tutte le età inferiori a 10 casi ogni 100.000 patentati.

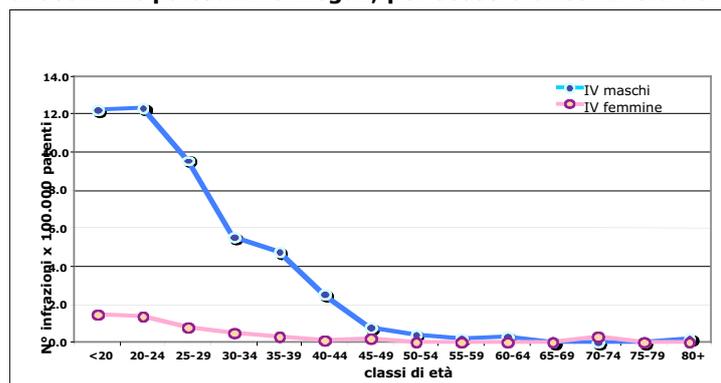
**Grafico 7.9: Andamento dell'IV (Indice di Violazione) relativo alla guida in stato di ebbrezza alcolica, per sesso e classi di età dei conducenti.**



Fonte: ISS (Dipartimento Ambiente e connessa Prevenzione Primaria)

Analoga situazione si riscontra per le infrazioni legate alla guida sotto influenza di sostanze psicoattive illegali (Grafico 7.10), dove l'IV nei conducenti maschi più giovani raggiunge il valore di circa 12 infrazioni ogni 100.000 patenti, contro circa 1 infrazione (o meno) nel caso delle femmine.

**Grafico 7.10: Andamento dell'IV (Indice di Violazione) relativo alla guida sotto l'influenza di sostanze psicoattive illegali, per sesso e classi di età dei conducenti.**



Fonte: ISS (Dipartimento Ambiente e connessa Prevenzione Primaria)

Data l'entità delle differenze dell'IV riscontrate per sesso ed età dei conducenti, sembra razionale prestare particolare attenzione nei controlli per la guida in stato di ebbrezza alcolica e per quella sotto l'influenza di sostanze stupefacenti, ai conducenti maschi più giovani.

Si osservi che l'IV qui considerato è stato costruito su risultati derivanti da controlli per fondato sospetto: esso fornisce quindi una misura statisticamente distorta della propensione dei diversi gruppi a violare gli articoli 186 e 187.

Se invece i controlli fossero stati casuali, allora avremmo avuto una misura statisticamente valida per tutta la popolazione dei conducenti.

### Un recente studio epidemiologico della Regione Toscana sulla DUI tra soggetti afferenti ai Centri di Pronto Soccorso in seguito ad incidente stradale

In questo studio, al momento dell'accesso al Pronto Soccorso, i soggetti venivano controllati in relazione ad un loro recente consumo di droghe e/o alcol. Si osservi che in questo modo non stiamo valutando la situazione su strada, ovvero lo stato dei conducenti transitanti, bensì le caratteristiche di soggetti incorsi in incidente stradale. Nella ricerca in esame sono stati contattati al Pronto Soccorso 997 soggetti.

Circa un quarto di questi (26,3%) ha rifiutato di partecipare allo studio.

E' ragionevole pensare che questi rifiuti, come spesso avviene in analoghe problematiche, siano fortemente associati ad uno stato DUI. Dunque, le proporzioni che successivamente mostreremo sono verosimilmente sottostimate rispetto alla reale situazione. Al netto dei rifiuti, i soggetti che hanno acconsentito a partecipare allo studio sono stati 735, di cui 62% maschi e 38% femmine, di età mediana pari a circa 34 anni.

La gran parte del campione studiato (75%) era costituito da conducenti.

Per quanto riguarda l'alcol, il 92,9% dei casi aveva alcolemia nulla; l'1,5% presentava alcolemia sopra 0 ma al di sotto del limite legale (0,5 g/l); il 5,6% aveva invece alcolemia al di sopra del limite legale. Il 7,10% dei soggetti risulta positivo all'alcol (1 su 14), mentre il 3,55% risulta positivo alle droghe (1 su 28); suddividendo il dato per generale positività all'alcol erano del 9,9% nel caso dei maschi, del 2,5% nel caso delle femmine (circa un maschio su 10, circa una femmina su 40) e per quel che riguarda le droghe, le positività erano del 4,2% nei maschi (1 su 24) e del 2,9% nelle femmine (1 su 35).

Le proporzioni di positività all'alcol nelle diverse classi di età raggiungono il picco nella classe 46-55 anni (risultato che conferma che l'alcol è un problema di tutte le età, non solo dei più giovani). Le proporzioni di positività alla droga mostrano invece un andamento decrescente dalle età più giovani a quelle meno giovani.

**Tabella 7.2: Proporzioni di positività per alcol e droghe in funzione delle età dei soggetti (studio epidemiologico sulla DUI al Pronto Soccorso - Regione Toscana).**

Età	N° soggetti	positivi all'alcol	% positivi all'alcol	positivi alle droghe	% positivi alle droghe
18-25	171	13	7.60	7	4.09
26-35	213	13	6.10	10	4.69
36-45	159	10	6.29	6	3.77
46-55	73	9	12.33	2	2.74
56-65	59	4	6.78	1	1.69
65+	57	3	5.26	0	0.00
<b>Totale</b>	<b>732</b>	<b>52</b>	<b>7.10</b>	<b>26</b>	<b>3.55</b>

Tra i conducenti di auto, l'8% risultava positivo all'alcol, il 4% positivo alle droghe. Tra i conducenti delle due ruote motorizzate, invece, il 5% risultava positivo all'alcol, il 5% positivo alle droghe.

Tra coloro che accedevano al Pronto Soccorso nel week-end (dalle 20.00 del venerdì alle 8.00 del lunedì) il 16% risultava positivo all'alcol, il 4,3% positivo alle droghe.

Invece, tra coloro che accedevano al Pronto Soccorso negli altri giorni il 4% risultava positivo all'alcol, il 3,8% positivo alle droghe.

In relazione all'ora di accesso al Pronto Soccorso (Tabella 7.3) le positività per l'alcol sono specificatamente legate alle ore serali e notturne; quelle per droga, pur avendo un picco a notte inoltrata (11,8%), appaiono interessare anche le ore pomeridiane.

**Tabella 7.3: Ora di accesso al Pronto Soccorso e positività riscontrate per alcol e droghe (studio epidemiologico sulla DUI al Pronto Soccorso - Regione Toscana).**

Ora di accesso	N° soggetti	positivi all'alcol	% positivi all'alcol	positivi alle droghe	% positivi alle droghe
0:00-3:59	42	15	35.71	1	2.38
4:00-7:59	34	9	26.47	4	11.76
8:00-11:59	137	0	0.00	2	1.46
12:00-15:59	176	5	2.84	4	2.27
16:00-19:59	235	12	5.11	11	4.68
20:00-23:59	108	11	10.19	5	4.63
<b>Totale</b>	<b>732</b>	<b>52</b>	<b>7.10</b>	<b>27</b>	<b>3.69</b>

In relazione alla valutazione clinica del soggetto al momento dell'accesso, può osservarsi in Tabella 7.4 come i positivi all'alcol siano particolarmente presenti nelle fasce più gravi (codici gialli e rossi). Meritevole tuttavia di particolare attenzione è l'alta proporzione di positivi alla droga tra i codici rossi (soggetti in pericolo di vita immediato).

**Tabella 7.4: Valutazione clinica del soggetto al momento dell'accesso al Pronto Soccorso e proporzioni di positività riscontrata per alcol e droghe (studio epidemiologico sulla DUI al Pronto Soccorso - Regione Toscana).**

Codice gravità	N° soggetti	positivi all'alcol	% positivi all'alcol	positivi alle droghe	% positivi alle droghe
rosso	41	5	12.20	8	19.51
giallo	62	8	12.90	0	0.00
celeste	352	20	5.68	12	3.41
verde	251	16	6.37	7	2.79
bianco	5	0	0.00	0	0.00
<b>Totale</b>	<b>711</b>	<b>49</b>	<b>6.89</b>	<b>27</b>	<b>3.80</b>

Per quanto riguarda le sostanze indagate (cocaina, THC, oppioidi), i risultati ottenuti sono riportati nella tabella seguente.

**Tabella 7.5: Sostanze psicoattive illegali indagate (Cocaina, THC, Oppioidi) e positività riscontrate (studio epidemiologico sulla DUI al Pronto Soccorso - Regione Toscana).**

Sostanza	negativi	positivi	% positivi
cocaina	725	10	1.36
THC	725	10	1.36
oppioidi	726	9	1.22
alcol + droga	666	69	9.39

Sulle nostre strade circolano tuttora conducenti che sono stati più volte trovati dalle FFOO positivi all'alcol e/o alle droghe. E non pochi di questi si sono resi responsabili (anche più di una volta) di incidenti stradali gravi o mortali.

L'Istituto Superiore di Sanità ha mostrato da tempo, con l'utilizzo di un modello matematico-statistico, come un conducente trovato positivo all'alcol e/o alle droghe almeno due volte guidi verosimilmente quasi sempre in uno stato alterato. Appare quindi utile creare e mettere a disposizione delle Commissioni Mediche Locali (CML) un archivio contenente la storia di ogni conducente. Tale archivio, che potrebbe essere un sottocorpo di altri archivi già esistenti, quale quello della Patente a Punti, permetterebbe alle CML di poter prendere decisioni in base a tutta la storia di guida del conducente, non già solo sul fatto contingente cui sono chiamate a giudicare. Naturalmente, detto archivio sarebbe

di utilità anche per altre autorità che debbano prendere decisioni riguardanti un conducente DUI.

E' bene sottolineare che tutte le azioni qui indicate hanno in comune un obiettivo di diminuire il più possibile nella popolazione generale dei conducenti la proporzione dei conducenti DUI.

#### **7.4.2 Utilizzo di tecniche di neuroimaging per la documentazione dei danni prodotti dalle sostanze psicoattive**

Nell'ambito del Progetto Start sviluppatosi dal 2005 al 2007, realizzato dal Dipartimento delle Dipendenze ULSS 20 Regione del Veneto, con la partecipazione e la collaborazione delle Regioni e delle PPAA è stato attivato e approfondito un nuovo filone di studi sugli aspetti delle neuroscienze correlati alle dipendenze ed in particolare attivando studi e ricerche anche mediante tecniche avanzate di neuroimaging in grado di documentare i danni prodotti dalle sostanze stupefacenti sul cervello ma anche i meccanismi di funzionamento del craving e del possibile controllo volontario di tale fenomeno. Questa nuova linea di ricerca è stata attuata anche mediante l'attivazione di collaborazioni scientifiche con l'Ernest Gallo Clinic Research Centre – University of California, Brookhaven National Laboratory che hanno portato alla creazione di un momento formativo e congressuale internazionale sulle neuroscienze (<http://ang.dronet.org/congresso.html>). E' stato, quindi, realizzato un manuale per operatori "Elementi di Neuroscienze e dipendenze" ([http://ang.dronet.org/congresso\\_book.html](http://ang.dronet.org/congresso_book.html)) in seguito diffuso a tutti i servizi del territorio nazionale. Le iniziative hanno goduto del patrocinio delle Nazioni Unite, del Ministero della Salute e del Ministero della Solidarietà Sociale. Questo filone ha introdotto una nuova prospettiva non solo nella diagnosi delle dipendenze ma anche nei possibili nuovi trattamenti integrando l'approccio clinico con aspetti innovativi di lettura dei fenomeni e dei comportamenti di addiction mediante l'analisi dei meccanismi di funzionamento neuropsichico che stanno alla base delle condizioni in grado di attivare e conservare lo stato di dipendenza. In questo modo, il nostro paese si allinea alle nuove tendenze di studio e ricerca ma anche di diagnosi e trattamento integrato delle dipendenze.



# PARTE 8

---

## **IMPLICAZIONI E CORRELATI SOCIALI**

### **8.1 Emarginazione sociale**

- 8.1.1 Disoccupazione
- 8.1.2 Assenza di fissa dimora

### **8.2 Reati commessi in violazione della normativa sugli stupefacenti**

- 8.2.1 Denunce per reati previsti dal DPR 309/90
- 8.2.2 Condanne
- 8.2.3 Ingressi negli istituti penitenziari

### **8.3 Reati commessi da consumatori di sostanze psicoattive**

- 8.3.1 Condanne
- 8.3.2 Soggetti in carico ai servizi della giustizia

### **8.4 Costi sociali legati all'uso di droghe**



## IMPLICAZIONI E CORRELATI SOCIALI

La disoccupazione riguarda quasi un terzo degli utenti SerT e l'assenza di fissa dimora l'8%, tali proporzioni variano in base alla nazionalità ed alla sostanza di abuso.

Rispetto agli italiani, gli stranieri hanno infatti un rischio doppio di essere disoccupati e triplo di non avere fissa dimora.

La maggior parte dei disoccupati e degli homeless è costituita da utilizzatori problematici di oppioidi (rispettivamente il 77% e l'82%) seguiti da quelli di cocaina (rispettivamente il 18% ed il 12%), con una maggiore presenza di *injector* rispetto all'utenza complessiva; in particolare, se l'assunzione per via iniettiva riguarda il 56% dell'utenza complessiva, tale proporzione sale al 62% tra i disoccupati ed al 70% tra gli homeless.

L'analisi dell'offerta di stupefacenti effettuata tramite il numero di denunce effettuate dalle Forze dell'Ordine (35.238) e di ingressi nelle strutture penitenziarie per questi crimini (26.985), evidenzia un maggior coinvolgimento, nei reati previsti dalla normativa specifica, di italiani e del genere maschile.

Nelle strutture penitenziarie gli ingressi per i reati connessi alla produzione, traffico e vendita di stupefacenti (art. 73 e 74 del DPR 309/90) sono arrivati a costituire circa il 30% del totale degli ingressi, di cui il 43% è costituito da stranieri.

Diverso il dato rilevato nelle strutture penali per minorenni dove gli ingressi per questi crimini rappresentano circa il 17% del totale, di cui il 49% di stranieri.

Più del 20% dei condannati per reati previsti dalla normativa sugli stupefacenti, ha precedenti condanne, quota che risulta più elevata tra gli italiani rispetto agli stranieri.

Complessivamente gli italiani risultano più frequentemente coinvolti nel reato più grave di associazione finalizzata alla produzione, traffico e vendita di stupefacenti (art. 74) di quanto non sia evidenziabile tra gli stranieri.

Tra i tossicodipendenti affidati ai Servizi sociali per iniziare o continuare un programma terapeutico volto al trattamento dello stato di tossicodipendenza (art. 94 del DPR 309/90), la proporzione di condannati per crimini in violazione della normativa sugli stupefacenti è di circa il 30%.

Tra i detenuti, gli ingressi di persone con consumo problematico di sostanze psicoattive illegali costituiscono circa il 27% del totale.

Tra i detenuti per cui sono note le informazioni relative alle sostanze di abuso, più della metà dei casi è costituito da poliassuntori, in particolare il 36% per concomitante uso problematico di cocaina ed oppioidi. L'assunzione dei soli oppioidi riguarda il 25% di questi detenuti e quella di cocaina il 21%.

Diverso il quadro rilevato tra i minori tossicodipendenti o assuntori di sostanze stupefacenti transitati e presi in carico presso i diversi servizi della giustizia minorile. In questo caso più dei tre quarti dei minori utilizza cannabis, mentre l'utilizzo degli oppiacei e della cocaina riguardano rispettivamente il 9% ed il 10% della popolazione. I quadri di policonsumo si rilevano in circa il 24% dei casi.

I costi sociali legati al consumo di sostanze psicoattive illegali per l'anno 2007 si attestano a circa 10.353.000.000 di euro, con una sostanziale stabilità rispetto a quanto stimato per il 2006. Nella ripartizione dei costi tra le diverse aree analizzate il 23,9% è riferibile all'applicazione della legge in materia, il 19,2% alla perdita di produttività, il 18% ad aspetti di carattere socio-sanitario ed il 38,9% ai costi sostenuti per l'acquisto delle sostanze.



## 8.1 EMARGINAZIONE SOCIALE

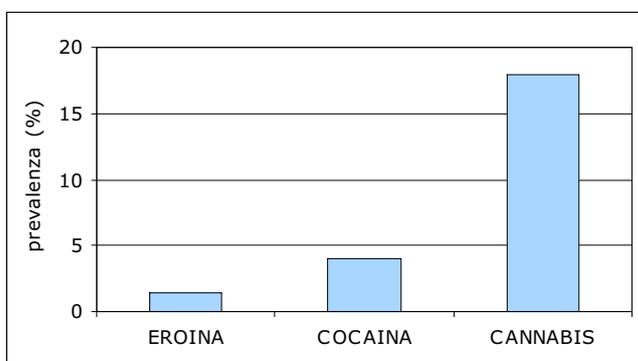
### 8.1.1 Disoccupazione

Per ciò che riguarda il consumo di **eroina** l'essere privo di occupazione rappresenta un fattore di rischio forte, i disoccupati che ne fanno uso sono in proporzione 10 volte di più degli occupati, la prevalenza d'uso uno o più volte negli ultimi dodici mesi è pari al 1,4% (IPSAD®Italia2007-2008)<sup>1</sup>, il dato se confrontato con quello della popolazione degli occupati evidenzia una maggiore esposizione al consumo (OR 10,5;  $p < 0,05$ ).

I disoccupati che hanno consumato **cocaina** nell'ultimo anno si attestano al 4%: le persone senza lavoro risultano maggiormente esposte al consumo di cocaina rispetto agli occupati (OR 10,5;  $p < 0,05$ ).

I soggetti privi di occupazione che utilizzano **cannabis** sono il 18% del totale. Non si evidenzia tuttavia un rischio significativamente diverso nei consumi rispetto ai soggetti di pari età e sesso occupati.

**Grafico 8.1: Uso di sostanze psicoattive illegali (una o più volte negli ultimi 12 mesi) nella**



**popolazione generale in cerca di occupazione.**

Elaborazione sui dati IPSAD®Italia2007-2008

L'analisi delle caratteristiche del campione di individui selezionato all'interno del Progetto Sistema Integrato Multicentrico di Indicatori (SIMI®Italia)<sup>2</sup> permette di tracciare il profilo dei soggetti in carico ai servizi per uso di sostanze psicotrope che risultano attualmente in condizione di disoccupazione. Si osserva innanzitutto che nel campione in esame tale condizione riguarda quasi un terzo dell'utenza complessiva (31%).

La condizione occupazionale appare significativamente più critica tra le utenti, con il 36% di disoccupate, contro una quota del 30% rilevata nel collettivo maschile; ed una probabilità superiore del 34% di essere disoccupate rispetto ai maschi.

Seppur lieve, una differente gravità della problematica occupazionale si osserva anche distinguendo l'utenza in base alla presenza nel servizio, con un indice di disoccupazione maggiore tra gli utenti in carico rispetto ai nuovi (rispettivamente 31% e 29%).

Molto differente è invece la condizione occupazionale tra utenti stranieri e italiani. Risulta disoccupato il 36% degli stranieri contro il 30% degli italiani e, per i primi, la probabilità di essere disoccupato è doppia in relazione agli utenti di nazionalità italiana.

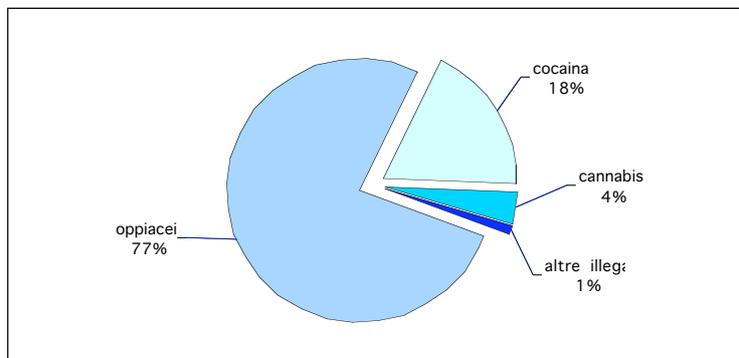
Per quanto riguarda la sostanza d'abuso definita "primaria", si rileva che rispetto al collettivo generale, tra i soggetti disoccupati è maggiore la proporzione di utilizzatori di oppiacei (77% contro il 74% rilevato sull'utenza complessiva) e di

<sup>1</sup> Vedi Paragrafo 12.1 della Parte 12 "Approfondimenti Metodologici".

<sup>2</sup> Vedi Paragrafo 12.4 della Parte 12 "Approfondimenti Metodologici".

cocaina (18% contro 16%), mentre è minore il dato relativo agli utilizzatori di cannabis (4% contro 8%).

**Grafico 8.2: Distribuzione percentuale dei soggetti disoccupati in carico presso i SerT per sostanza "primaria". Anno 2007.**



Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia

Il collettivo in questione sembra essere caratterizzato da una maggiore criticità nel profilo di tossicodipendenza rispetto all'utenza generale. Si osservano, infatti, proporzioni significativamente più elevate di soggetti che utilizzano la via iniettiva (62% contro il 56% rilevato a livello complessivo), di poliassuntori (50% contro 41% sul totale dell'utenza) e di soggetti che utilizzano alcol come sostanza secondaria (12% contro 9%).

Per quanto riguarda i trattamenti, si rileva che il 47% dei soggetti disoccupati riceve trattamenti non farmacologicamente assistiti ed il rimanente 53% segue terapie farmacologiche (queste ultime integrate con trattamenti psicosociale e/o riabilitativi nel 52% dei casi).

In particolare si osserva che, rispetto ai trattamenti non farmacologicamente assistiti, il 51% degli utenti ha seguito interventi di psicoterapia individuale, il 38% è stato sottoposto a monitoraggi, il 29% ad interventi di counselling ed il 21% ha seguito sostegni psicologici. Per il 18% dei soggetti disoccupati si rilevano anche interventi di servizio sociale o lavorativi.

Rispetto ai trattamenti farmacologici, il 92% dell'utenza risulta trattata con farmaci oppioantagonisti, mentre a un 10% dei soggetti sono stati somministrati anche altri farmaci non sostitutivi per patologie correlate.

### 8.1.2 Assenza di fissa dimora

Sempre in base alla rilevazione SIMI@Italia è possibile individuare le caratteristiche di un certo numero di utenti in carico ai servizi senza fissa dimora (8%, dato più elevato di 1 punto percentuale rispetto a quanto osservato nel 2006).

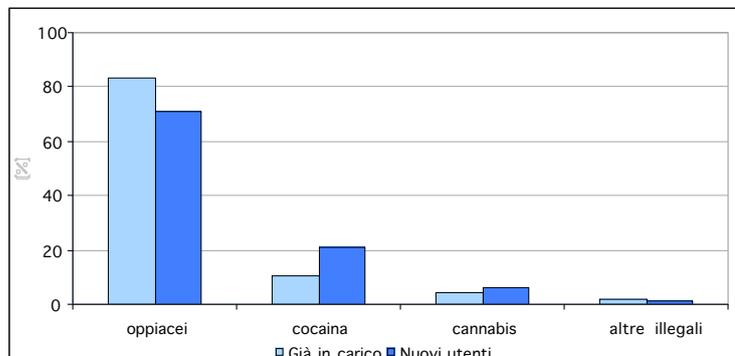
Se la mancanza di una dimora stabile appare una condizione che caratterizza maggiormente il collettivo dei maschi piuttosto che le femmine (con una probabilità superiore del 19%) ed i soggetti già in carico piuttosto che i nuovi utenti (con una probabilità superiore del 20%), tra gli stranieri la probabilità di essere un *homeless* è tripla rispetto agli utenti di nazionalità italiana.

Gli stranieri senza fissa dimora provengono per il 60% da paesi dell'area africana, nel 17% dei casi da paesi europei extra-comunitari e nel 13% da paesi dell'Unione Europea.

Rispetto al collettivo generale, tra gli utenti senza fissa dimora si rileva una proporzione più elevata di utilizzatori di oppiacei (82%, contro il 74% nell'intero campione) e una minore percentuale di utilizzatori di cocaina (12%, contro 16%) e cannabis (4%, contro 8%). Disaggregando queste informazioni rispetto alla tipologia di utenti, si evince che la richiesta di trattamento da parte degli utilizzatori di oppiacei è minore tra i nuovi utenti rispetto ai già in carico (71%

contro 84%), ma questa discrepanza risulta molto meno marcata che nel campione in generale (57% contro 79%).

**Grafico 8.3: Distribuzione percentuale dei soggetti senza fissa dimora in carico presso i SerT per tipologia di utenza e sostanza "primaria". Anno 2007.**



Elaborazione sui dati del Progetto SIMI®Italia

Di grande interesse risulta il fatto che tra gli *homeless*, anche in conseguenza dell'ampio utilizzo di oppiacei, è più diffusa l'assunzione per via iniettiva della sostanza "primaria" rispetto a quanto riscontrato nell'utenza generale (70% contro 56%).

Per quanto concerne l'aspetto terapeutico, si osserva che il 53% degli *homeless* segue un trattamento non farmacologicamente assistito, rappresentato, nella maggior parte dei casi, da psicoterapia individuale (65%), ovvero da interventi di counselling (30%), monitoraggio (24%) o sostegno psicologico (22%).

Il restante 47% segue trattamenti farmacologicamente assistiti, nel 64% dei casi integrati con terapie psicosociali e/o riabilitative. Nello specifico si ha che l'89% dei soggetti in trattamento farmacologico ha seguito terapie con farmaci oppioantagonisti, al 10% sono stati somministrati anche farmaci non sostitutivi per patologie correlate e per il 6% di essi è stata prevista la somministrazione di farmaci non sostitutivi ambulatoriali.

## 8.2 REATI COMMESSI IN VIOLAZIONE DELLA NORMATIVA SUGLI STUPEFACENTI

Nel presente paragrafo vengono analizzati i dati relativi alla criminalità legata ai principali reati connessi in relazione alla disciplina penale specifica sugli stupefacenti (DPR 309/90).

Sono stati presi in considerazione i soggetti denunciati nel corso dell'anno, i condannati e quelli entrati negli Istituti penitenziari per questi delitti.

I dati analizzati sono stati forniti dalla Direzione Centrale dei Servizi Antidroga (DCSA) del Ministero dell'Interno per quanto riguarda le denunce per i reati connessi al traffico di stupefacenti, dal Dipartimento per gli affari di giustizia-Ufficio III Casellario del Ministero della Giustizia, relativamente ai procedimenti esitati in condanna ed alle persone con sentenza definitiva, dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP) e dal Dipartimento della Giustizia Minorile del Ministero della Giustizia, per quanto riguarda le persone entrate presso le strutture penitenziarie.

### 8.2.1 Denunce per reati previsti dal DPR 309/90

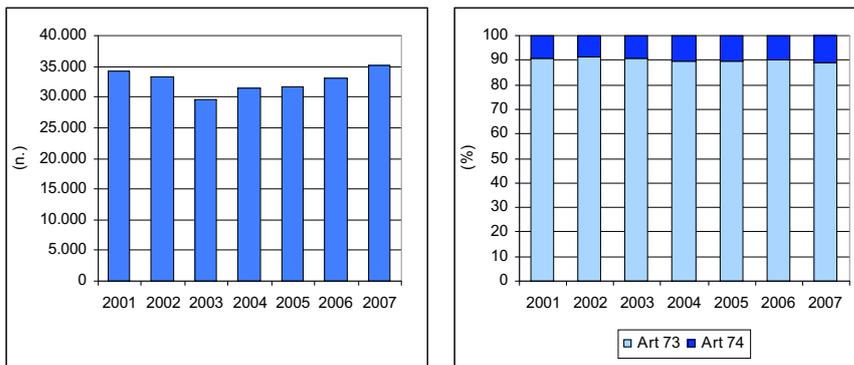
Nel 2007, il numero di denunce per reati previsti dal DPR 309/90 è salito a 35.238 superando il massimo storico di 34.133 registrato nel 2001 (Grafico 8.4). La quota di denunce per i reati di associazione finalizzata alla produzione, traffico e vendita di stupefacenti (art. 74), varia passando da circa il 9% del 2001/2003

a quasi l'11% del 2007, mentre quelle per i crimini previsti dall'art. 73 (produzione, traffico e vendita di sostanze psicotrope) mostrano un andamento sostanzialmente opposto (si passa da circa il 91% del 2001 all'89% del 2007). Nell'intero periodo considerato, la percentuale di denunce per altri reati previsti dalla stessa normativa non raggiunge l'1%.

**Grafico 8.4: Distribuzione delle denunce. Anni 2001-2007.**

**a) grafico a sinistra: Distribuzione del numero di denunce**

**b) grafico a destra: Distribuzione percentuale delle denunce per artt. 73 e 74**



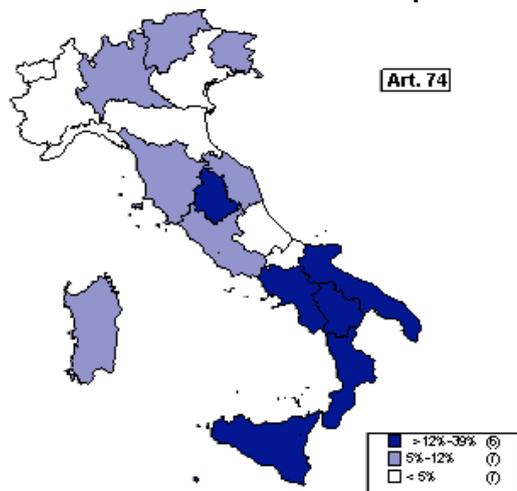
Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno - DCSA

E' stato stimato che le 35.238 denunce effettuate hanno riguardato 34.121 soggetti, in circa il 90% dei casi di genere maschile e nel 30% di nazionalità estera; più del 99% risulta deferito per reati previsti dagli artt. 73 e 74 del DPR 309/90.

Sono ancora gli italiani ad essere denunciati più frequentemente rispetto agli stranieri per il crimine più grave previsto dall'art. 74, anche se nell'anno in esame tali quote risultano sostanzialmente sovrapponibili (circa l'11% contro il 10%) confermando l'andamento in aumento della quota di soggetti di nazionalità estera denunciati per tali reati già registrata negli anni precedenti (si passa da circa il 7% 2001 all'8% del 2007).

Quote maggiori di denunciati per associazione finalizzata al traffico di stupefacenti (art. 74) si rilevano prevalentemente nelle Regioni meridionali, fatta eccezione per l'Umbria (Grafico 8.5).

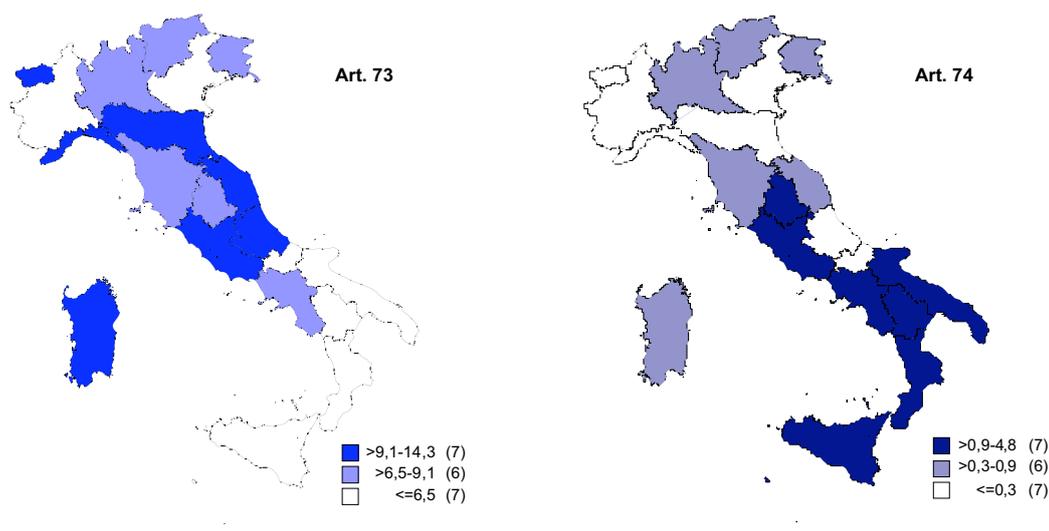
**Grafico 8.5: Distribuzione in classi delle percentuali di denunciati per art. 74. Anno 2007.**



Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno - DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2008)

Come rilevato nel 2006, l'analisi dell'impatto del fenomeno sulla popolazione residente tra i 15 ed i 64 anni, evidenzia una proporzione di denunciati per art. 74 complessivamente più elevata nell'Italia meridionale; nell'anno in esame, questi risultano più elevati anche in Umbria e nel Lazio.

La distribuzione dei reati ascrivibili alla produzione, traffico e vendita di stupefacenti (art. 73), invece, mostra una maggiore concentrazione nelle aree costiere, in particolare quelle adriatiche, in Liguria, nel Lazio ed in Sardegna (Grafico 8.6).



**Grafico 8.6: Distribuzione dell'impatto dei denunciati per art. 73 e per art. 74 nel 2007.**

Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno - DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2008)

L'età media dei denunciati è di circa 31 anni (30 per gli stranieri e 31 per gli italiani); risulta più elevata, circa 35 anni, nel caso delle denunce per art. 74 (33 anni tra gli stranieri e 35 anni tra gli italiani).

In circa il 79% dei casi si tratta di denunce di persone tratte in arresto, proporzione che risulta complessivamente più elevata tra gli stranieri rispetto agli italiani (85% contro il 77%), tra i maschi rispetto alle femmine (80% contro il 75%) e tra i denunciati per art. 73 rispetto a quelli per art. 74 (80% contro il 72%). Quest'ultimo aspetto, comunque, va letto anche alla luce della tipologia di operazione che ha portato alla denuncia: se i sequestri in flagranza di reato hanno riguardato l'83% dei deferiti per art. 73, nei casi denunciati per art. 74, tale quota scende a meno del 20%.

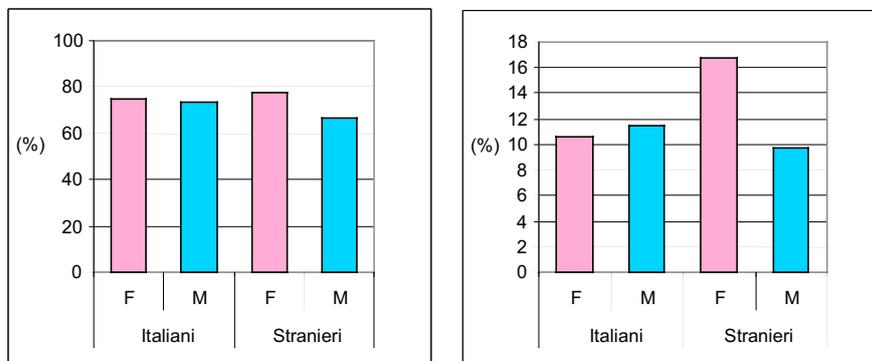
Nonostante l'emanazione del provvedimento restrittivo, l'1,2% dei denunciati si trova in stato di libertà in quanto irreperibile, quota che sale a circa il 6% tra i deferiti per il reato più grave previsto dall'art. 74 e non raggiunge l'1% tra i denunciati in base all'art. 73.

Nel caso dei crimini più gravi previsti dall'art.74, comunque, si osserva una proporzione maggiore di arresti tra le straniere rispetto ai connazionali (78% contro il 66% tra gli stranieri, 75% contro il 74% tra gli italiani), reati in cui peraltro, risultano maggiormente coinvolte rispetto all'altro sesso (il 17% contro il 10%) e rispetto alle donne italiane (11%).

**Grafico 8.7: Distribuzioni percentuali dei denunciati per art. 74 e dei soggetti tratti in arresto per genere e nazionalità. Anno 2007.**

**a) grafico a sinistra: Distribuzione percentuale degli arrestati tra i maschi e le femmine italiani e stranieri, denunciati per art. 74.**

**b) grafico a destra: Distribuzione percentuale dei denunciati per art. 74 tra maschi e femmine suddivisi per nazionalità.**



Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2008)

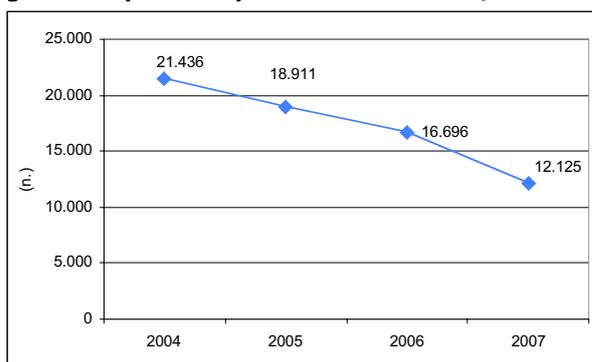
L'analisi effettuata in base al tipo di reato commesso evidenzia che, se tra i denunciati per art. 73, il rischio di essere sottoposti a provvedimenti restrittivi è di circa l'86% in più per gli stranieri rispetto agli italiani<sup>3</sup> (OR aggiustato per età e sesso pari a 1,86;  $p < 0.01$ ), nel caso dell'art. 74 la suddetta probabilità è di circa il 27% in più per gli italiani (OR 0,79;  $p < 0.05$ )<sup>4</sup>.

### 8.2.2 Condanne

Nel corso del 2007 le persone condannate con provvedimenti giudiziari iscritti nel Casellario giudiziale<sup>5</sup> per reati previsti dal DPR 309/90 sono state 11.899.

Rispetto al 2004 si rileva un decremento del numero delle sentenze passate in giudicato scese a 12.125 (Grafico 8.8). Tali risultanze, comunque, potrebbero discostarsi dai dati reali a causa del fenomeno dell'arretrato da parte degli uffici nell'alimentazione del sistema informativo del Casellario, fenomeno che potrebbe essere particolarmente incisivo per gli anni più recenti.

**Grafico 8.8: Distribuzione negli anni 2004-2007 del numero di sentenze passate in giudicato per reati previsti dal DPR 309/90.**



Elaborazione su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento per gli affari di giustizia- Ufficio III Casellario

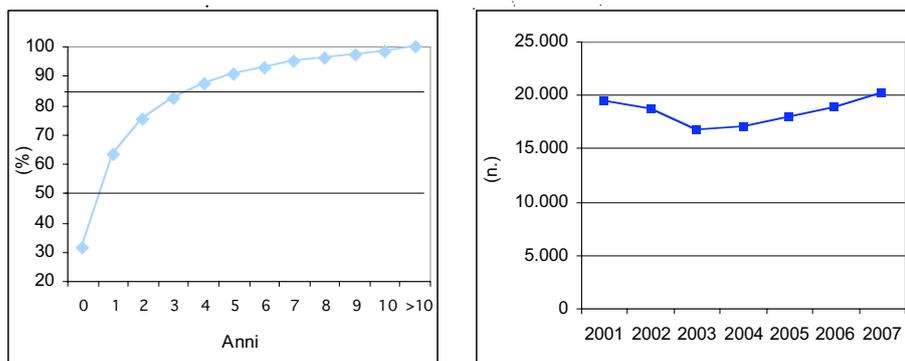
<sup>3</sup> Vedi Tavola 8.1 negli allegati: Parte 13.2 "Tavole di lavoro della Relazione".

<sup>4</sup> Vedi Tavola 8.2 negli allegati: Parte 13.2 "Tavole di lavoro della Relazione".

<sup>5</sup> I flussi riguardano provvedimenti giudiziari per i quali è prevista l'iscrizione al Casellario ai sensi dell'art. 3 del DPR 313/2002.

Considerando che il numero di operazioni antidroga che ha portato alle denunce descritte nel paragrafo precedente mostra un andamento crescente a partire dal 2003 e che, senza variazione negli anni, l'85% dei procedimenti viene definito entro i 3 ed i 4 anni da quando è stato commesso il reato (Grafico 8.9), è possibile ipotizzare un futuro incremento del numero di condanne.

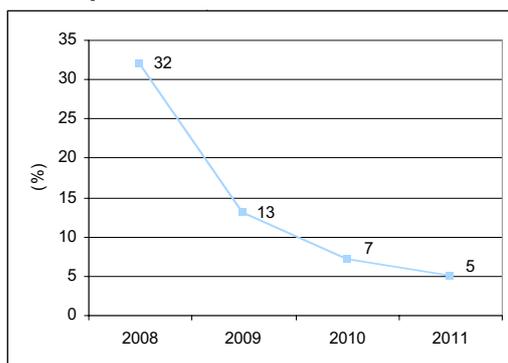
**Grafico 8.9: Distribuzione cumulata dell'intervallo di tempo tra la commissione reato e la definizione del procedimento con sentenza di condanna del 2007 (grafico a sinistra) e distribuzione del numero di operazioni antidroga effettuate dal 2001 che hanno portato alla denuncia di almeno una persona (grafico a destra).**



Elaborazione su dati del Ministero della Giustizia - Dipartimento per gli affari di giustizia-Ufficio Casellario e del Ministero dell'Interno - DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2008)

In particolare, più del 60% dei procedimenti è stato definito entro il primo biennio dalla commissione del reato (circa il 30% entro l'anno ed in quello successivo rispettivamente) ed un restante 12-13% a tre anni, è possibile che, se il fenomeno rimane costante e tutte le denunce passano in fase dibattimentale, dei 20.106 interventi effettuati dalle FFOO che, nel corso del 2007, hanno portato alla denuncia di almeno una persona, circa il 32% verrà condannato nel 2008 ed il 13% l'anno successivo.

**Grafico 8.10: Distribuzione percentuale dei procedimenti risultanti dalle operazioni che hanno portato alla denuncia di almeno una persona nel 2007.**



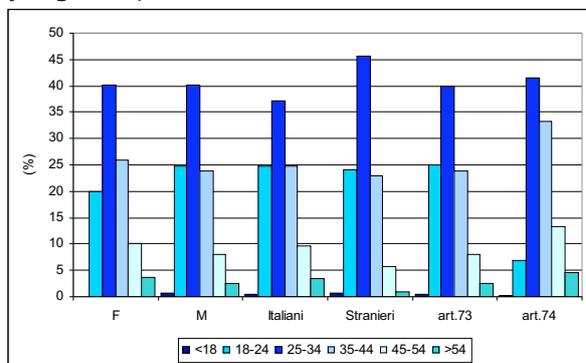
Elaborazione su dati del Ministero della Giustizia - Dipartimento per gli affari di giustizia-Ufficio Casellario e del Ministero dell'Interno - DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2008)

Senza variazioni di rilievo nel quadriennio, circa il 92-93% dei condannati è di genere maschile, gli italiani costituiscono circa il 59% dei condannati nel 2004-2005 ed il 65% nel 2007 (circa il 60% nel 2006).

Nel 97% dei casi la condanna ha riguardato reati di produzione, traffico e vendita di stupefacenti (art. 73) e nel rimanente 3% quelli più gravi di associazione finalizzata al traffico, quota leggermente più elevata tra gli italiani rispetto agli stranieri (rispettivamente circa il 3% contro il 2%) e tra i maschi rispetto alle femmine (il 3% contro il 2%).

L'età media dei condannati è di circa 32 anni, più elevata nel caso degli italiani (Grafico 8.11), delle femmine e dei condannati per il reato più grave (33 per gli italiani e 31 per gli stranieri; 34 per le femmine e 32 per i maschi; 36 per art. 74 contro 32 per art. 73).

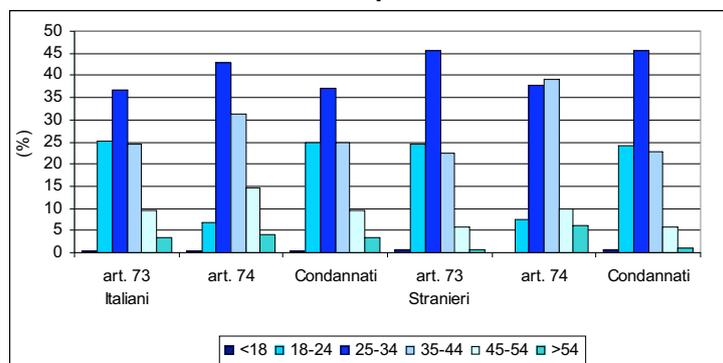
**Grafico 8.11: Distribuzione percentuale per classi di età dei condannati nel 2007 suddivisi per genere, nazionalità e reato di condanna.**



Elaborazione su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento per gli affari di giustizia-Ufficio Casellario

L'età media in cui sono stati commessi i reati è di circa 2 anni inferiore a quella di condanna (30 anni per gli italiani e di 29 per gli stranieri), risultando anche in questo caso, più elevata nel caso dei crimini previsti dall'art. 74 (32 anni sia per gli italiani che per gli stranieri contro rispettivamente 30 e 29 anni per i reati previsti dall'art. 73).

**Grafico 8.12: Distribuzione percentuale per classi di età al momento del reato dei condannati nel 2007 suddivisi per nazionalità e reato di condanna.**



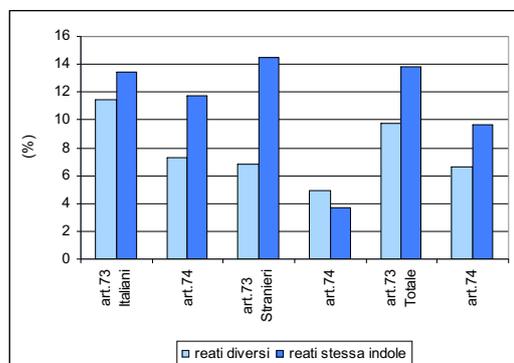
Elaborazione su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento per gli affari di giustizia-Ufficio Casellario

Circa il 23% dei condannati è recidivo, proporzione che varia in base alla nazionalità ed al tipo di reato risultando leggermente più elevata tra gli italiani rispetto agli stranieri (25% contro il 21%) e nettamente superiore tra i condannati per i reati previsti dall'art. 73 rispetto ai crimini più gravi (24% contro 16%). In particolare, sia tra i condannati per art. 73 che per art. 74 e sia tra gli italiani che tra gli stranieri, si osserva la netta preponderanza di persone che hanno commesso reati della stessa indole<sup>6</sup> (art. 99 comma 2 N.1, comma 2

<sup>6</sup> Art. 99 c.p. Recidiva: Comma 1 (recidiva semplice o generica)- Chi dopo essere stato condannato per un reato ne commette un altro, ... . Comma 2 (recidiva aggravata) - La pena può essere aumentata fino ad un terzo se: 1) il nuovo reato è della stessa indole (specificata); 2) se il nuovo reato è stato commesso nei cinque anni dalla condanna precedente (infraquinquennale); 3) se il nuovo reato è stato commesso durante o dopo l'esecuzione della pena ovvero durante il tempo in cui il condannato si sottrae volontariamente alla esecuzione della pena. Comma 3 - Qualora concorrano più circostanze fra quelle indicate nei numeri precedenti, l'aumento di pena può essere fino alla metà (Comma 2 N. 1 e 2; Comma 2 N. 1 e 3; Comma 2 N. 2 e 3; Comma 2 N. 1, 2 e 3). Comma 4 (recidiva reiterata) -ipotesi 1: se il recidivo commette un altro reato ... ; ipotesi 2: recidiva reiterata

N. 1 e 2, comma 2 N. 1 e 3, comma 2 N. 1, 2 e 3, comma 4 N. 2 reiterata specifica e/o infraquinquennale).

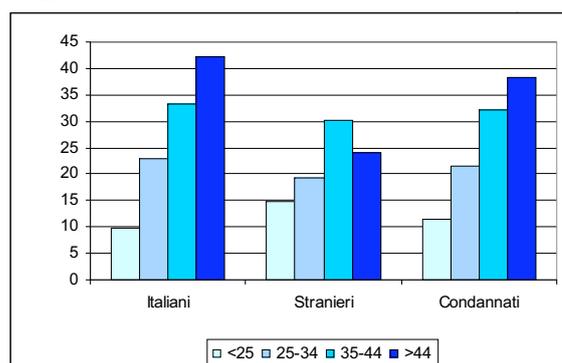
**Grafico 8.13: Distribuzione percentuale dei recidivi condannati nel 2007 suddivisi per nazionalità e reato di condanna.**



Elaborazione su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento per gli affari di giustizia-Ufficio Casellario

Se tra gli italiani si rileva un complessivo incremento della quota di recidivi all'aumentare dell'età, tra gli stranieri tale proporzione aumenta fino ai 44 anni per poi discendere dai 45 in poi (Grafico 8.14).

**Grafico 8.14: Distribuzione percentuale dei recidivi tra i condannati nel 2007 suddivisi per nazionalità e classi di età.**



Elaborazione su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento per gli affari di giustizia-Ufficio Casellario

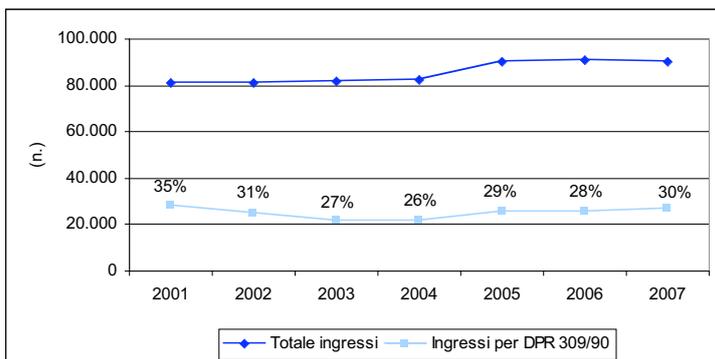
### 8.2.3 Ingressi negli istituti penitenziari

#### Adulti

Nell'anno 2007, negli istituti penitenziari italiani per adulti, si sono registrati 26.985 ingressi per reati in violazione della normativa sugli stupefacenti (DPR 309/90) (quasi 1/3 dei circa 90.000 ingressi annui totali).

Dal 2001 al 2004 il numero totale degli ingressi è rimasto pressoché costante intorno agli 80.000 annui (Grafico 8.15); nello stesso periodo la proporzione delle carcerazioni dovute a violazioni del TU 309/90 è scesa in modo significativo, passando dal 35% al 26% (oltre 7.000 unità in meno); nel 2005 vi sono stati da un lato un netto incremento del numero assoluto degli ingressi che ha raggiunto il numero di 90.000, mantenuto nei 2 anni successivi, dall'altro un incremento della proporzione degli ingressi in carcere per i delitti previsti dal DPR 309/90 rispetto al totale; nell'ultimo essa è arrivata a costituire il 30% degli ingressi (circa 6.000 unità in più rispetto al 2004).

specifico, infraquinquennale, specifico e infraquinquennale; ipotesi 3: recidiva reiterata durante o dopo l'esecuzione della pena ovvero durante il tempo in cui il condannato si sottrae volontariamente alla esecuzione della pena.

**Grafico 8.15: Numero di ingressi complessivi e per reati in violazione del DPR 309/90 negli Istituti penitenziari italiani (anni 2001-2007).**

Elaborazioni su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

Anche nel corso del 2007, l'analisi delle caratteristiche anagrafiche evidenzia la netta preponderanza di soggetti di genere maschile (92%) e nazionalità italiana (57%), circostanza riscontrabile sull'intero collettivo degli ingressi rilevati nel corso dello stesso anno, tra i quali la quota di stranieri raggiunge però il 48%, mostrando nel giro di pochi anni, un incremento di circa 10 punti percentuali (nel 2004 l'incidenza di stranieri era pari al 39%).

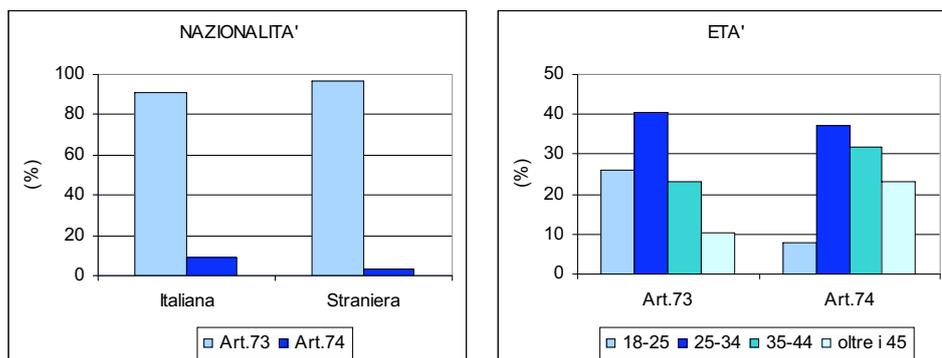
Tornando alle violazioni per reati previsti dal DPR 309/90, tra gli stranieri, in particolare, circa il 32% è originario del Marocco, il 15% della Tunisia e l'11% dell'Albania. L'età media è di circa 32 anni, mentre la classe maggiormente rappresentata è quella dei 25-34 anni (40%), seguita da quella dei soggetti con meno di 25 anni e tra i 35 ed i 44 anni (24%) e dagli over 45enni (11%). Nello specifico, i detenuti stranieri risultano mediamente più giovani degli italiani (30 anni contro 34). In modo sovrapponibile a quanto rilevato nel corso del 2006, il 93% dei soggetti è entrato in carcere per crimini connessi alla produzione, traffico e vendita di sostanze stupefacenti (art. 73 DPR 309/90), mentre il restante 7% per associazione finalizzata al traffico ed alla vendita di sostanze illegali (art. 74 DPR 309/90). Tra i detenuti per questi ultimi reati, il 74% è costituito da italiani, quota che scende al 56% qualora si considerino i ristretti per crimini previsti dall'art. 73.

In particolare (Grafico 8.16) tra gli italiani entrati in carcere per reati previsti dalla normativa sugli stupefacenti, quasi il 9% è detenuto per i crimini più gravi di associazione finalizzata alla produzione, traffico e vendita di sostanze illecite, mentre tra gli stranieri tale quota è di poco superiore al 3%.

Ciò significa che, seppure in un quadro in cui l'appartenere al genere maschile e l'essere di nazionalità straniera costituiscono un forte fattore di rischio per essere sottoposti a provvedimenti restrittivi per violazione del TU 309/90 (si veda parte relativa alle denunce), l'ingresso in carcere per i reati più gravi (i reati associativi di cui all'art.74) previsti dalla legge citata riguardano in modo nettamente prevalente i cittadini italiani.

L'analisi della distribuzione per età, evidenzia come l'età media dei soggetti coinvolti nei crimini più gravi (art. 74) sia superiore rispetto a quella dei detenuti per reati previsti dall'art. 73 (37 anni contro 32).

**Grafico 8.16: Distribuzione percentuale per classi di età e nazionalità dei soggetti entrati**

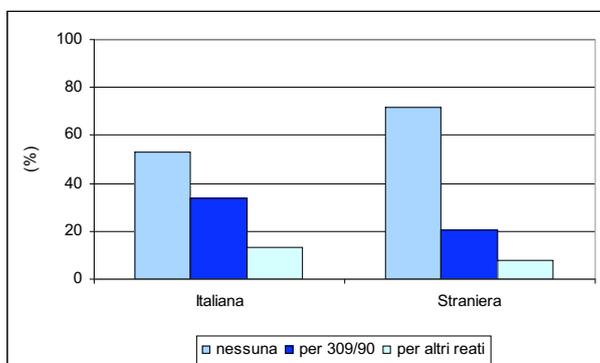


**negli Istituti penitenziari per reati in violazione degli artt. 73 e 74 del DPR 309/90.**

Elaborazioni su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria

Come nel 2006, anche quest’anno quasi i 2/3 (61%) dei detenuti per violazione del TU 309/90 risultano neocarcerati; tra i reingressi il 71% (il 28% del totale) recidiva per reati in violazione della normativa sugli stupefacenti, mentre il restante 29% (11% del totale) risulta essere già stato in carcere per altro tipo di reati. L’analisi della distribuzione della recidiva penitenziaria in questo gruppo, mostra variazioni in base alla nazionalità: se tra gli italiani, la quota di neocarcerati è del 53%, tra gli stranieri questa sale al 71%; inoltre il 34% degli italiani ha precedenti carcerazioni per reati connessi al traffico di stupefacenti, valore che tra gli stranieri scende al 20% (Grafico 8.17).

**Grafico 8.17: Recidivanza dell’ingresso in carcere: distribuzione percentuale per nazionalità e precedenti carcerazioni dei soggetti entrati negli Istituti penitenziari per**



**reati in violazione del DPR 309/90.**

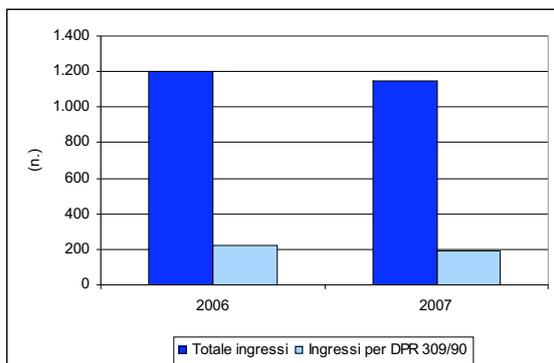
Elaborazioni su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria

Questo interessante risultato potrebbe essere non del tutto attendibile, a causa della comprovata difficoltà nell’identificazione dei soggetti stranieri, che comporta molto spesso l’impossibilità di attribuire allo stesso individuo carcerazioni diverse, soprattutto quando l’identità non può essere comprovata (ad esempio in assenza di documenti). Da qui la sottostima del fenomeno della recidiva tra gli stranieri, a prescindere dalla tipologia di reato ascritta.

**Minori**

Senza grosse variazioni nel biennio (Grafico 8.18), nel corso del 2007, negli istituti penali per minorenni si sono registrati 191 ingressi per reati in violazione della normativa sugli stupefacenti (DPR 309/90), pari a circa il 17% del totale degli ingressi (18% nel 2006).

**Grafico 8.18: Numero di ingressi complessivi e per reati in violazione del DPR 309/90 negli Istituti penali per minorenni (anni 2006-2007).**



Elaborazioni su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento Giustizia Minorile

Il 94% dei detenuti entrati per reati in violazione della normativa sugli stupefacenti (DPR 309/90) è di genere maschile ed il 49% di nazionalità estera. In particolare, tra questi ultimi, il 62% proviene dal Marocco, l'8% dall'Algeria, il 6% dall'Albania ed il 5% dalla Tunisia. L'età media è di circa 17 anni, il 66% ha un'età compresa tra i 17 ed i 18 anni e nel 31% dei casi si tratta di under 17enni e solo il 4% ha più di 18 anni. Nel 96% dei casi i reati commessi sono quelli di produzione, traffico e vendita di sostanze stupefacenti (art. 73 DPR 309/90), nel 3% quelli di associazione finalizzata al traffico e alla vendita di sostanze illegali (art. 74 DPR 309/90; in 1 caso si tratta di altro reato previsto dallo stesso DPR). In modo ancor più accentuato rispetto a quanto evidenziato negli istituti penitenziari per adulti, sono gli italiani ad essere più coinvolti nel reato più grave previsto dall'art. 74; in particolare nell'anno in esame nessuno straniero risulta detenuto per tali crimini.

Il 91% dei minori entrati in carcere nel corso del 2007 per reati in violazione della normativa sugli stupefacenti (DPR 309/90) risulta alla prima esperienza detentiva, il 7% ha precedenti carcerazioni per reati commessi in violazione della normativa sugli stupefacenti, mentre il restante 2% risulta essere già stato in carcere per altro tipo di reati.

### 8.3 REATI COMMESSI DA CONSUMATORI DI SOSTANZE PSICOATTIVE

I dati analizzati sono stati forniti dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria-Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna del Ministero della Giustizia per quanto riguarda i condannati nei confronti dei quali sono stati adottati provvedimenti relativi al loro stato di tossicodipendenza previsti dal TU 309/90, dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP), relativamente ai detenuti adulti tossicodipendenti, e dal Dipartimento della Giustizia Minorile, per quanto riguarda i minorenni in carico presso i diversi servizi della giustizia minorile; per questi ultimi le informazioni sono state rilevate attraverso la scheda DROGAMON<sup>7</sup>.

Nella lettura dei dati provenienti dal Dipartimento della Giustizia Minorile, bisogna considerare che tali schede possono risultare compilate più volte per uno stesso individuo transitato tra le diverse strutture minorili; per tale ragione l'analisi dei dati verrà articolata in una parte relativa alla quota di ingressi di consumatori di sostanze psicoattive all'interno delle diverse strutture, ed in una

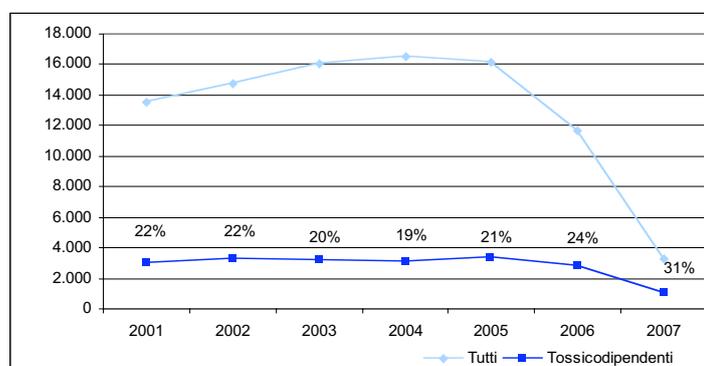
<sup>7</sup> DROGAMON - Scheda utilizzata dal Dipartimento della Giustizia Minorile per il monitoraggio dei minorenni, assuntori di sostanze stupefacenti, in carico presso i diversi servizi della giustizia minorile.

seconda sezione volta a fornire un profilo delle caratteristiche di questi soggetti, indipendentemente dalla struttura di provenienza.

### 8.3.1 Condanne

Nel corso dell'anno 2007 sono state affidate ai servizi sociali 3.227 persone: circa il 31% (circa 1.000 persone) per iniziare o proseguire un programma terapeutico volto al trattamento dello stato di tossicodipendenza<sup>8</sup> in base a quanto previsto dall'art. 94 del DPR 309/90, il 69% in affidamento per esecuzione di pene non superiori ai tre anni come previsto dall'art. 47 della Legge 26 Luglio 1975, n. 354 e succ. modifiche (il restante 0,1% ha riguardato soggetti affetti da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria e militari). Rispetto agli anni precedenti si osserva un netto decremento del numero di persone affidate agli Uffici di esecuzione penale, aspetto attribuibile all'effetto dell'applicazione della Legge 241, del 31 luglio 2006 relativa alla concessione dell'indulto. Tale decremento ha riguardato in modo proporzionalmente inferiore il sottoinsieme dei tossicodipendenti (Grafico 8.19).

**Grafico 8.19: Soggetti affidati al servizio sociale. Totale, tossicodipendenti e percentuale di**



#### tossicodipendenti rispetto al totale (anni 2001-2007).

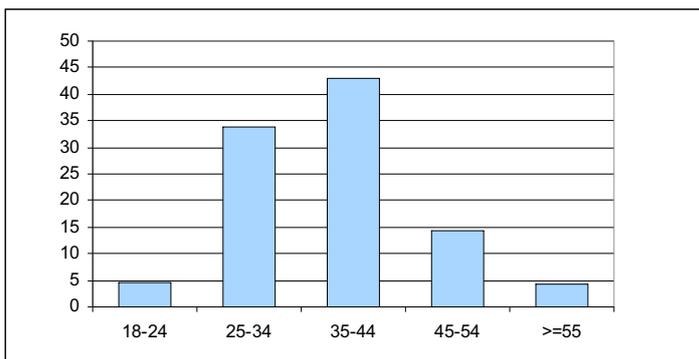
Elaborazioni su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria- Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna

L'applicazione della suddetta legge, oltre a comportare l'estinzione della misura per i casi già seguiti dagli anni precedenti, riguardando i procedimenti in atto relativi a reati commessi fino al 2 maggio 2006 con pena detentiva prevista non superiore ai tre anni, ha inciso fortemente anche sul numero di casi presi in carico nel corso dell'anno. Tale effetto, già evidenziabile nel corso del 2007, sarà evidente nel corso degli anni a seguire.

Come evidenziato nel corso del 2006, poco più del 93% degli affidati per art. 94 è di genere maschile, l'età media è di circa 37 anni e la classe di età più rappresentata è quella tra i 35 ed i 44 anni.

<sup>8</sup> L'affidamento in prova al servizio sociale in casi particolari (art. 94 DPR 309/90), a norma di Legge, riguarda sia i tossicodipendenti che gli alcolodipendenti: in concreto nella quasi totalità dei casi si tratta di soggetti tossicodipendenti.

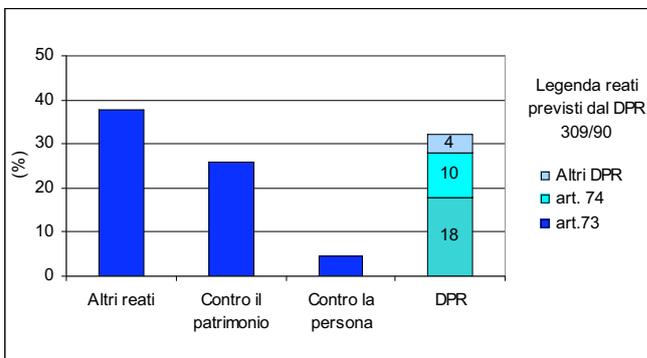
**Grafico 8.20: Distribuzione percentuale, per classi di età, dei soggetti tossicodipendenti affidati al servizio sociale.**



Elaborazioni su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria- Direzione Generale dell’esecuzione Penale Esterna

Gli stranieri, sempre poco presenti tra gli affidati agli Uffici di esecuzione penale esterna, nel 2007 costituivano poco più del 4% dell’intero collettivo. Senza differenze di rilievo rispetto al periodo 2001-2006, il 32% dei tossicodipendenti affidati ha commesso reati in violazione della normativa sugli stupefacenti (DPR 309/90): in particolare, il 18% reati connessi alla produzione, vendita e traffico (art. 73), quasi il 10% crimini previsti dall’art. 74 (associazione finalizzata al traffico di sostanze) ed il rimanente 4%, altri reati previsti dalla stessa normativa (Grafico 8.21).

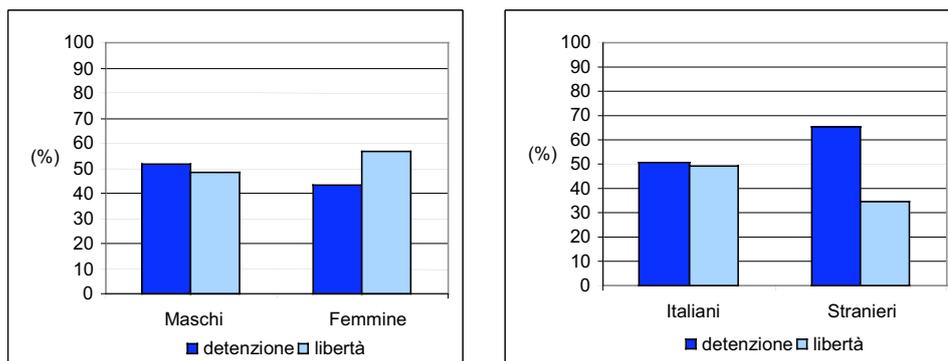
**Grafico 8.21: Distribuzione percentuale, per reato commesso, dei soggetti tossicodipendenti affidati al servizio sociale.**



Elaborazioni su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria- Direzione Generale dell’esecuzione Penale Esterna

A differenza degli anni passati, si osserva una quota maggiore di affidati agli Uffici di esecuzione penale esterna provenienti dalle strutture carcerarie; essa è passata dal 37% nel 2006 al 51% nel 2007. Anche tale dato può essere letto alla luce della riduzione della pena prevista dalla legge 241/06 che, ad eccezione di alcune tipologie di crimine, ha accelerato la possibilità di usufruire delle misure alternative per condannati a pene detentive superiori ai tre anni ed allo stesso tempo ha comportato una forte diminuzione dell’accesso di quei condannati fino a tre anni che avrebbero usufruito della misura direttamente dalla libertà. Pur con valori differenti, si confermano invece le differenze tra maschi e femmine e tra italiani e stranieri, relativamente alla provenienza da condizioni detentive piuttosto che dalla libertà. Anche nel 2007, la quota di affidati ai servizi sociali provenienti dalla libertà risulta superiore tra le femmine e tra gli italiani (Grafico 8.22).

**Grafico 8.22: Distribuzione percentuale, per sesso e nazionalità, dei soggetti tossicodipendenti affidati al servizio sociale provenendo dal carcere o dalla libertà.**



Elaborazioni su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria-Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna

A quasi il 12% dei condannati ammessi alle misure alternative nel 2007 in base a quanto previsto dall'art. 94 del DPR 309/90, è stata revocata la misura alternativa; in particolare a quasi il 10% per andamento negativo della stessa. Complessivamente tali revoche hanno riguardato maggiormente gli affidati provenienti da condizioni detentive: nel 2007 quasi il 14% contro il 5% dei condannati provenienti dalla libertà.

### Principali risultati relativi all'efficacia ed agli esiti degli interventi

Non è possibile valutare l'efficacia dell'affidamento in prova ai servizi sociali e l'idoneità delle misure alternative alla detenzione nel prevenire la ricaduta del soggetto nelle attività criminose attraverso il solo motivo di revoca della misura. In tale ottica, la Direzione Generale dell'esecuzione penale esterna del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria ha condotto una ricerca quantitativa longitudinale esaminando il gruppo degli affidati in prova al servizio sociale per i quali la misura è stata archiviata nel 1998 e verificando quanti di questi fino al settembre 2005, avessero commesso ulteriori reati per i quali risultassero condannati con sentenza definitiva.

Degli 11.336 casi di affidamento archiviati nel 1998 per estinzione della pena, il 78% circa (8.817) risultava iscritto nel sistema informatico del Casellario; di questi, il 19% aveva commesso reati successivamente all'archiviazione della misura.

Rispetto alla media generale, la percentuale di recidivi è superiore tra i tossicodipendenti ed alcolodipendenti che abbiano usufruito della misura di affidamento in casi particolari (art. 94) e nei casi in cui la misura è stata concessa dopo la reclusione. Tra gli affidati in base all'art. 94, la percentuale di recidivi è stata del 42% tra coloro che provenivano dalla reclusione e del 30% tra i casi provenienti dalla libertà; tra gli affidati ordinari<sup>9</sup>, tali valori sono stati rispettivamente del 21% e del 16%.

La classe di età maggiormente interessata dal fenomeno della recidiva è risultata quella tra i 26 e i 40 anni con un tasso del 25%. Limitando l'analisi ai soli affidati tossicodipendenti e alcolodipendenti tale valore sale a sfiorare il 33%, ma i giovani adulti, con età compresa tra i 18 ed i 25 anni, mostrano una recidiva del 40%.

La recidiva che interessava il 12,6% del sotto-campione femminile, per le tossicodipendenti e alcolodipendenti arriva al 13,4%.

Il tempo di latenza per la commissione di un nuovo reato risulta, per gli affidati in casi particolari, analogo a quello dell'intero campione oggetto della ricerca: un

<sup>9</sup> L'affidamento previsto dall'art. 47 della Legge 26 Luglio 1975, n. 354 e succ. modifiche, non esclude la possibilità che alcuni affidati possano essere tossicodipendenti o alcolodipendenti.

recidivo su quattro commette un nuovo reato entro 10 mesi dal termine della misura (12 mesi sull'intero campione), la metà dopo 21 mesi e il 75% dopo 37 mesi. Il 90% dei recidivi commette un nuovo reato entro 54 mesi dal termine dell'affidamento in prova al servizio sociale.

Il 42% dei recidivi, che hanno espiato la condanna in affidamento in prova, in casi particolari ha commesso più di un reato nel periodo di osservazione (1/3 sul totale).

Si è proceduto ad un confronto della proporzione di recidivi tra gli affidati con quella dei detenuti; si è osservato che su 5.772 scarcerati (non per affidamento ai servizi sociali) nel 1998, il 68% ha fatto rientro nelle strutture penitenziarie una o più volte per scontare una sentenza di condanna definitiva, indipendentemente dall'applicazione dell'art. 99 del c.p. (sulla recidiva).

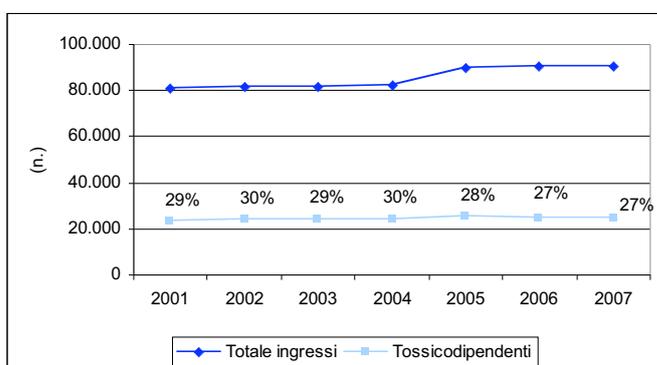
La quota di recidivi tra i casi che provengono da una misura alternativa è risultata nettamente inferiore a quella registrata tra i detenuti (19% contro 68%) anche se nello studio condotto tra gli affidati in prova al servizio sociale, il concetto di recidiva non è limitato all'esecuzione penale, ma considera tutte le condanne iscritte al Casellario giudiziale.

### 8.3.2 Soggetti in carico ai servizi della giustizia

#### Adulti

In modo sostanzialmente stabile nel periodo 2001-2007, nell'ultimo anno gli ingressi di soggetti con consumo problematico di sostanze psicoattive illegali sono stati 24.371, corrispondenti al 27% del totale degli ingressi (Grafico 8.23).

**Grafico 8.23: Numero di ingressi complessivi e di soggetti con problemi di dipendenza**



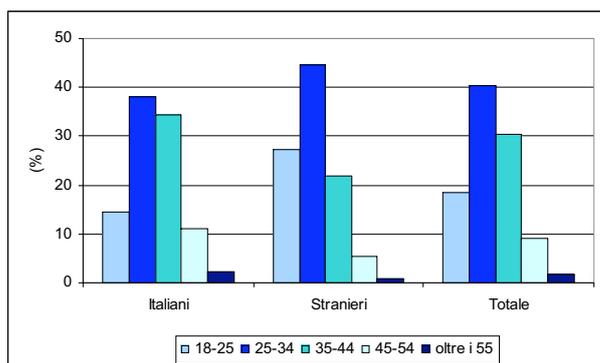
#### negli istituti penitenziari italiani (anni 2001-2007).

Elaborazioni su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

Informazioni maggiormente dettagliate sono, tuttavia, disponibili solo su di un sottoinsieme di 6.995 soggetti di cui si conoscono, oltre alla sussistenza del consumo problematico, anche le caratteristiche anagrafiche, la tipologia di sostanze utilizzate ed i reati commessi<sup>10</sup>. In questo sottogruppo, il 96% è di genere maschile, il 68% di nazionalità italiana e l'età media è di 33 anni più elevata tra gli italiani rispetto agli stranieri (34 contro 30).

<sup>10</sup> Vedi Tavola 8.3 negli allegati: Parte 13.2 "Tavole di lavoro della Relazione".

**Grafico 8.24: Distribuzione percentuale per classi di età e nazionalità dei soggetti**



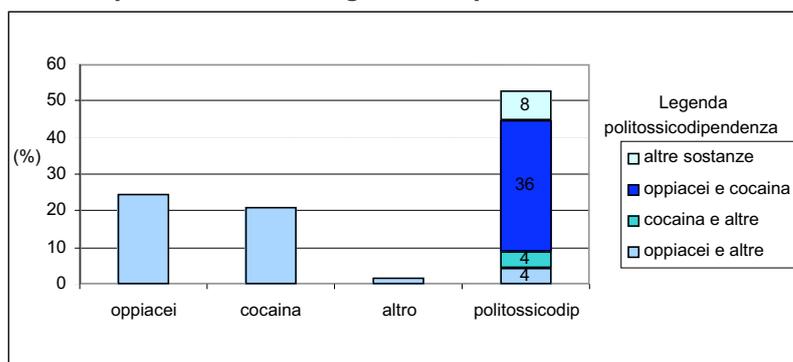
**tossicodipendenti entrati negli Istituti penitenziari italiani.**

Elaborazioni su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria

Il 59% del suddetto gruppo è entrato in carcere per aver commesso almeno un reato in violazione della normativa sulle droghe, in particolare il 94% di questo sottoinsieme per crimini connessi alla produzione, traffico e vendita di sostanze stupefacenti (art. 73 DPR 309/90) ed il restante 6% per associazione finalizzata al traffico e alla vendita di sostanze illegali (art. 74 DPR 309/90). Anche nel collettivo dei consumatori problematici di sostanze psicoattive illegali come nei detenuti per violazione del TU 309/90, la quota di ristretti per i crimini più gravi risulta nettamente più elevata tra gli italiani rispetto agli stranieri (8% contro 3%).

Tra i detenuti per cui sono note le informazioni relative alle sostanze di abuso (3.769 pari al 54% del sottoinsieme di cui sopra), il 52% è costituito da poliassuntori ed, in particolare, il 36% per concomitante uso problematico di cocaina ed oppioidi (Grafico 8.25).

**Grafico 8.25: Distribuzione percentuale per sostanza primaria dei soggetti tossicodipendenti entrati negli Istituti penitenziari italiani.**



Elaborazioni su dati del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria

**Minori**

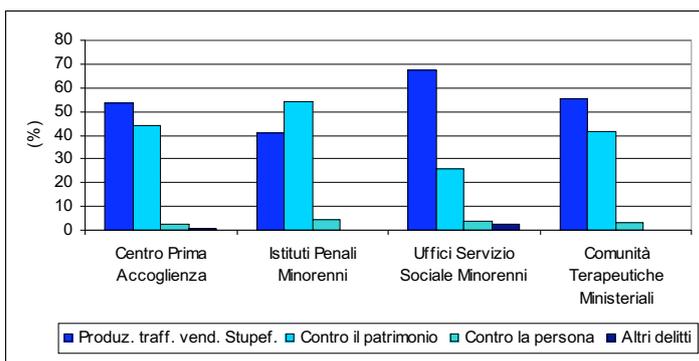
Secondo quanto rilevato dalla relazione sugli “Assuntori di sostanze stupefacenti nei servizi della Giustizia Minorile”<sup>11</sup>, nel corso del 2007, questi costituiscono circa il 18% (12% nel 2006) di quanti hanno fatto ingresso presso i Centri di prima accoglienza, il 16% (14% nel 2006) dei collocati presso le Comunità ministeriali ed il 12% (15% nel 2006) degli ingressi presso gli istituti penali per

<sup>11</sup> Relazione a cura dell’Ufficio I del capo dipartimento-servizio statistico; analisi dei dati per l’anno 2007.

minorenni<sup>12</sup>. Il reale consumo di stupefacenti nella popolazione minorile con problemi giudiziari potrebbe però risultare sottodimensionato a causa delle difficoltà presenti nella rilevazione dell'uso di sostanze psicotrope ed all'elevato turn over dei minori all'interno dei servizi.

La quota più elevata di reati attribuibili alla "Produzione traffico e vendita di sostanze stupefacenti" (Grafico 8.26) si ritrova all'interno del gruppo preso in carico presso gli Uffici di servizio sociale per minorenni (67,7%).

**Grafico 8.26: Distribuzione percentuale dei reati commessi da tossicodipendenti o consumatori problematici di sostanze psicoattive, in carico ai servizi della giustizia minorile.**

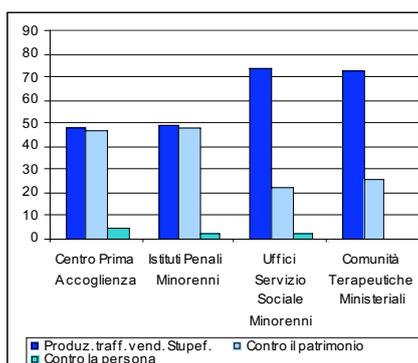
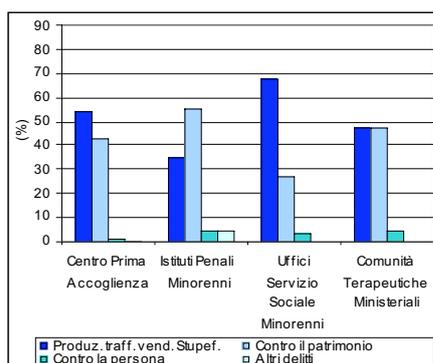


Elaborazione su dati del Ministero della giustizia – Dipartimento giustizia minorile

Differenze di rilievo tra le quote di italiani e stranieri coinvolti in reati connessi al traffico di stupefacenti si rilevano soprattutto nel caso degli Istituti penali per minorenni (Grafico 8.27); la percentuale di italiani coinvolti in questi delitti è di circa il 35% contro quasi il 50% registrato tra gli stranieri. Tale analisi non comprende le comunità ministeriali a causa dell'esiguo numero di stranieri presenti presso tale tipologia di istituti.

**Grafico 8.27: Distribuzione percentuale dei reati commessi da tossicodipendenti o consumatori problematici di sostanze psicoattive, in carico ai servizi della giustizia minorile.**

**a) sinistra: italiani;**



**b) destra: stranieri.**

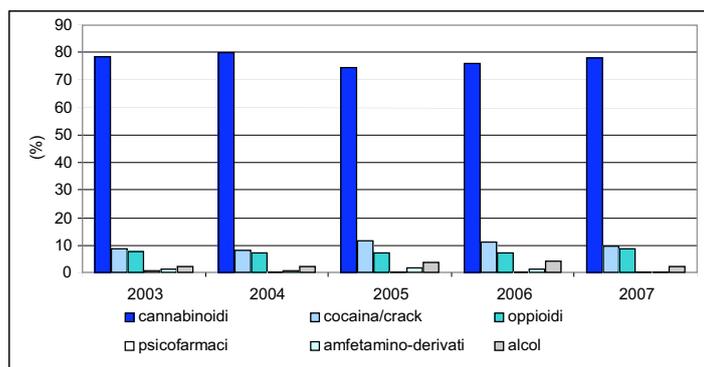
Elaborazione su dati del Ministero della giustizia – Dipartimento giustizia minorile

<sup>12</sup> Non si riporta il dato riferito agli uffici di servizio sociale per minorenni essendo ancora in corso la rilevazione relativa all'utenza dell'anno 2007.

Dei 997 “minori, tossicodipendenti o assuntori di sostanze stupefacenti” transitati nei diversi servizi della giustizia minorile<sup>13</sup> nel corso del 2007, circa l’87% (circa 82% negli anni precedenti) ha un’età compresa tra i 14 ed i 17 anni, il 25% è di nazionalità straniera (circa 29% negli anni precedenti) ed il 96% è di sesso maschile (tale quota è rimasta sostanzialmente stabile negli anni). Si rileva inoltre che il gruppo degli stranieri extracomunitari risulta costituito in poco più della metà dei casi da persone di origine magrebina (51%).

Nel 2007 la cannabis viene utilizzata da circa il 78% dei minori (Grafico 8.28); seguono, con quote decisamente più basse, la cocaina (circa 10%) e gli oppiacei (circa il 9%).

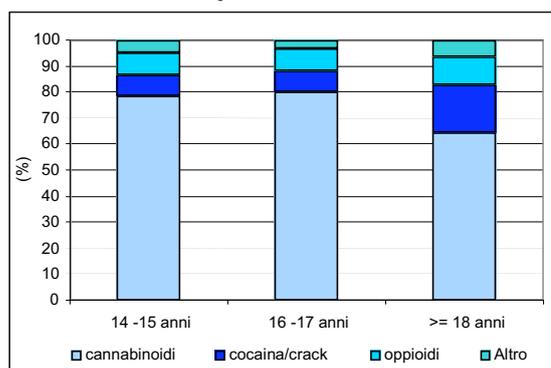
**Grafico 8.28: Distribuzione percentuale dei minori tossicodipendenti o consumatori problematici di sostanze psicoattive, in carico ai servizi della giustizia minorile, per sostanza d’uso. Anni 2003-2007.**



Elaborazione su dati del Ministero della giustizia – Dipartimento giustizia minorile

Le quote più elevate di consumatori di oppioidi (11,1%) e cocaina/crack (18,3%) si ritrovano tra i neomaggioranni (Grafico 8.29).

**Grafico 8.29: Distribuzione percentuale dei minori tossicodipendenti o consumatori problematici di sostanze psicoattive in carico ai servizi della giustizia minorile, per sostanza d’uso e per età.**

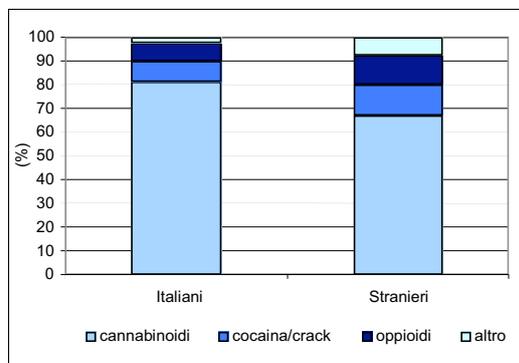


Elaborazione su dati del Ministero della giustizia – Dipartimento giustizia minorile

<sup>13</sup> La seguente analisi riguarda i singoli “soggetti”: si ricorda infatti, che nel corso dell’iter giudiziario, il minore può venire in contatto con più di un Servizio della Giustizia Minorile e risulta quindi importante considerarlo una sola volta, indipendentemente dal numero degli ingressi effettuati nei vari Servizi nel corso del periodo. Inoltre, anche se per comodità espositiva si parla generalmente di “minori”, va ricordato che anche quest’anno tale flusso include giovani di età superiore ai 18 anni (persone che hanno commesso il reato da minorenni e che vengono seguiti dai servizi minorili fino al 21° anno di età), che nel 2007 rappresentano circa il 13% del totale degli assuntori di sostanze stupefacenti.

Si evidenzia inoltre che tali sostanze risultano utilizzate più dagli stranieri che dagli italiani (Grafico 8.30) con valori che sono rispettivamente del 13% e 9% per quanto attiene alla cocaina e del 12% e 8% per gli oppiacei.

**Grafico 8.30: Distribuzione percentuale dei minori tossicodipendenti o consumatori problematici di sostanze psicoattive in carico ai servizi della giustizia minorile, per sostanza d'uso e per nazionalità.**

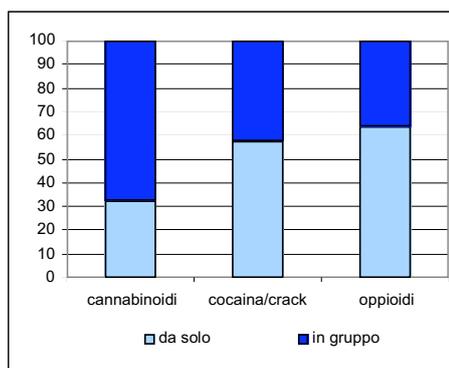
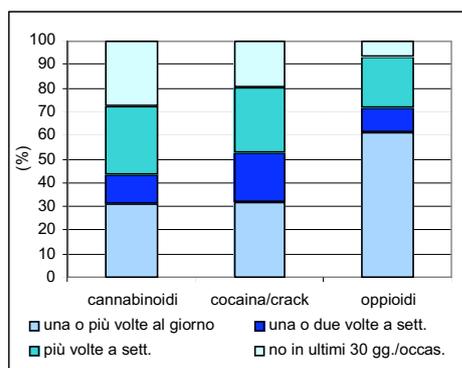


Elaborazione su dati del Ministero della giustizia – Dipartimento giustizia minorile

Situazioni di policonsumo si rilevano in circa il 24% dei casi: circa la metà di queste hanno riguardato l'abbinamento di cannabinoidi e cocaina.

L'uso giornaliero della sostanza si rileva soprattutto tra i consumatori di oppioidi (circa 61%), l'occasionale tra gli assuntori di cannabinoidi (28%) mentre quello settimanale tra chi fa uso di cocaina/crack (48%). Il "consumo solitario" delle sostanze riguarda soprattutto gli oppiacei e la cocaina con valori che sono rispettivamente di circa il 64% e 58% (Grafico 8.31).

**Grafico 8.31: Distribuzione percentuale dei minori tossicodipendenti o consumatori problematici di sostanze psicoattive in carico ai servizi della giustizia minorile. a) sinistra: per sostanza d'uso e frequenza; b) destra: per sostanza d'uso e contesto di assunzione.**



**b) destra: per sostanza d'uso e contesto di assunzione.**

Elaborazione su dati del Ministero della giustizia – Dipartimento giustizia minorile

### 8.4 COSTI SOCIALI LEGATI ALL'USO DI DROGHE

Il consumo di sostanze psicoattive, legali ed illegali, incide sensibilmente sulla salute pubblica e sul tessuto sociale ed economico della popolazione italiana. In particolare i comportamenti individuali di consumo, uso continuato e abuso, generano costi collettivi nel campo dell'assistenza sanitaria, delle misure di repressione per il mancato rispetto della legge, dell'ordine pubblico, nell'ambito del lavoro e più in generale nell'ambito economico che pesano negativamente sullo sviluppo del paese e sulla società nel suo insieme. A tale proposito si

consideri che il consumo di sostanze psicoattive è uno dei fattori determinanti la salute e costituisce una delle principali cause di morte prematura e di malattia evitabile, ripercuotendosi negativamente sull'occupazione e sulla produttività.

Lo Stato, come conseguenza del consumo individuale di sostanze psicoattive, legali ed illegali, si trova quindi a dover affrontare da un lato i costi necessari a garantire prestazioni sanitarie e socio-assistenziali, dall'altro ad affrontare i costi derivanti dagli anni di vita e di lavoro persi, dalla sofferenza delle famiglie e dell'individuo, dal disadattamento sociale. La maggior parte degli studi inerenti l'analisi dell'impatto delle sostanze psicoattive sulla popolazione fornisce indicatori riguardanti le conseguenze biologiche, che rappresentano però solo una parte dei danni derivanti dal consumo di sostanze. L'analisi dei costi sociali è uno degli ambiti che merita di essere sviluppato per poter meglio comprendere e monitorare il fenomeno nella sua complessità, sia in termini di costi sostenuti dalla collettività sia per poter disporre di dati economici utili alla pianificazione e alla progettazione di politiche socio-sanitarie nazionali, regionali e locali coerenti ed adeguate.

La stima dei costi sociali indotti dal consumo di sostanze psicoattive comporta due importanti risultati, uno sul versante conoscitivo, di sensibilizzazione della collettività al problema, l'altro più specificatamente rivolto all'analisi costi-benefici, in termini sia di efficacia esterna sia di efficienza.

Il punto di partenza dell'analisi è rappresentato da una classificazione delle tipologie di costo a partire da quattro macro-aree:

- la prima costituita dai costi socio-sanitari, direttamente connessi alle conseguenze del consumo di sostanze psicoattive.
- la seconda fa riferimento alla perdita della produttività, derivante dalla riduzione della capacità lavorativa, in termini sia di giornate di lavoro perse sia di aumento del rischio di disoccupazione o di interruzione precoce del percorso lavorativo;
- la terza connessa ai costi derivanti dalla applicazione della legge in relazione alla manifestazione di fenomeni di criminalità e devianza, misurabili in termini di azioni promosse al fine di contrastare, ridurre e reprimere la domanda e l'offerta di sostanze stupefacenti;
- la quarta area concerne gli altri costi, imputabili principalmente all'acquisto delle sostanze stupefacenti illegali.

Utilizzando nel 2007, la stessa metodologia di valutazione dei costi sociali proposta dall'Osservatorio europeo ed utilizzata nel 2006, si stima che il costo sociale complessivo indotto dal consumo di sostanze psicoattive illegali nel corso del 2007 in Italia è stato pari a 10.353.688.330 euro, con un decremento dell'1% rispetto quanto rilevato per l'anno 2006. Nello specifico i costi stimati e articolati per le macro-aree analizzate sono:

**- Costi socio-sanitari: totale € 1.862.030.851**

I costi relativi all'assistenza socio-sanitaria hanno inciso per il 18% sul totale, con un incremento prossimo al 7% rispetto l'anno precedente: si rilevano maggiori costi per circa 119 milioni di euro, attribuibili verosimilmente al maggiore numero di utenti trattati anche a seguito del provvedimento di indulto. Tale voce si riferisce ai costi attribuibili ai trattamenti ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali erogati per le patologie direttamente correlate al consumo delle sostanze, nonché alle attività erogate dai centri di trattamento non specifico per il fenomeno. Una quota elevata dei costi evidenziati è legata al trattamento di soggetti affetti da patologie infettive (in particolare HIV ed HCV).

**- Costi legati alla perdita di produttività: totale € 1.992.664.800**

I costi derivanti dalla perdita della produttività hanno rappresentato il 19,2% del costo complessivo, con un incremento di circa il 3% rispetto l'anno 2006. In tale ambito di spesa, sono stati considerati la riduzione e la perdita di produttività

derivante dal comportamento di utilizzo, nonché la riduzione e la perdita di produttività derivante dalla mortalità prematura o dalla parziale e/o totale invalidità causata dalle patologie correlate. Tali aspetti sono stati valutati considerando i soggetti sia direttamente che indirettamente coinvolti nel fenomeno delle tossicodipendenze (familiari, amici, vittime di atti criminali e/o incidenti).

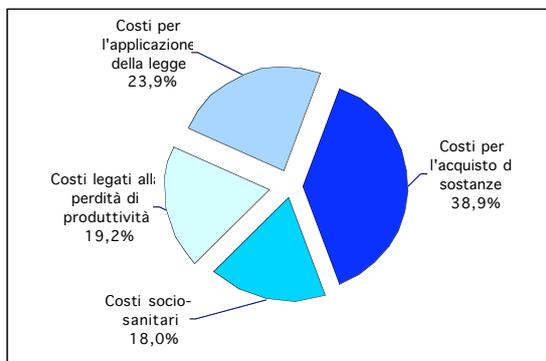
**- Costi per l'applicazione della Legge: totale € 2.469.337.029**

Nel complesso tale voce rappresenta il 23,9% del totale dei costi sociali, con un decremento dell'11,7% rispetto l'anno precedente, verosimilmente imputabile all'effetto dell'indulto avvenuto il 31 luglio 2006. In tale area sono stati inclusi i costi sostenuti dalle Forze dell'Ordine per lo svolgimento delle azioni di contrasto del mercato e per l'applicazione della legge e che raggiungono una quota pari al 27,7% del costo totale (684.966.236 di euro). In tale voce di costo sono stati compresi anche i costi sostenuti dall'Amministrazione Penitenziaria sia per i soggetti tossicodipendenti in carcere che per i soggetti detenuti per reati inerenti la normativa in materia; detta quota ammonta a circa il 55% dell'importo totale ed è pari a 1.351.533.465 euro. Sono stati inoltre inclusi i costi relativi alle attività dei Tribunali e delle Prefetture in merito alle denunce e alle segnalazioni, nonché i costi legali delle persone sottoposte a giudizio.

**- Altre aree che generano "costi sociali": totale € 4.028.655.650**

I costi connessi all'acquisto delle sostanze psicoattive illegali hanno inciso per il 38,9% sul totale, con un incremento del 1,2% rispetto l'anno 2006. Quasi il 50% del dato è riferibile all'acquisto di cocaina ed un valore prossimo al 30% per l'acquisto di cannabinoidi. Il confronto tra le diverse aree di costo evidenzia che il 63% del totale riguarda aree direttamente connesse all'illegalità e al contrasto della stessa, raggiungendo la quota di circa 6,5 milioni di euro.

**Grafico 8.32 Distribuzione percentuale dei costi sociali per raggruppamento. Anno 2007**



Elaborazione su dati delle Regioni, dei Ministeri (Salute, Interno, Giustizia) e della Ragioneria Generale dello Stato.

Nel complesso, i costi sociali legati al fenomeno delle tossicodipendenze incidono per lo 0,7% sul Prodotto Interno Lordo e per l'1,2% sulla spesa sostenuta dalle famiglie residenti, con una quota di circa 268 euro per residente di età compresa tra i 15 ed i 64 anni.

Per permettere un confronto con altre realtà europee, in cui il costo sociale complessivo risulta scorporato dei costi sostenuti per l'acquisto delle sostanze, il costo medio pro-capite, riferito alla popolazione residente di 15-64 anni, risulta pari a 162 euro.

# PARTE 9

---

## **RISPOSTE ALLE IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE SOCIALI**

### **9.1 Reinserimento sociale**

- 9.1.1 Casa
- 9.1.2 Istruzione e formazione
- 9.1.3 Occupazione
- 9.1.4 Assistenza sociale di base

### **9.2 Modalità di esecuzione della pena**

- 9.2.1 Assistenza ai tossicodipendenti in carcere
- 9.2.2 Misure alternative al carcere per tossicodipendenti



## RISPOSTE ALLE IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE SOCIALI

Nel 2007 in tutte le Regioni e PPAA sono stati attivati, a differenti livelli, interventi di reinserimento sociale di tossicodipendenti (o ex). I settori maggiormente interessanti sono stati quelli dell'occupazione e istruzione/formazione, seguiti dall'assistenza sociale di base e da interventi in tema di alloggio.

Gli interventi per l'occupazione si sono implementati attraverso l'erogazione di borse lavoro e/o tirocini ma anche attraverso il reinserimento lavorativo, sia verso i tossicodipendenti in quanto tali che in quanto categorie, insieme ad altre, di soggetti svantaggiati, con buoni livelli di disponibilità ed accessibilità. Spesso il reinserimento sociale si è attuato anche con progetti volti al reinserimento lavorativo attraverso una serie di attività formative che riguardano il completamento dell'istruzione secondaria, i tirocini e la formazione professionale. Tra gli altri ambiti di intervento volto al reinserimento sociale si segnalano attività di assistenza di base quali l'assistenza sociale e psicologica per le relazioni sociali e familiari dei consumatori, o ex, di sostanze, effettuata nella quasi totalità Regioni e PPAA e valutata positivamente in termini di accessibilità e disponibilità. Le strutture temporanee di pronta accoglienza rivolte ai consumatori ed ex consumatori di sostanze sono presenti in due Regioni su tre, con buoni livelli l'accessibilità. L'assistenza verso soggetti con problemi di ordine economico è stata attiva nel 2007 nel 58% delle Regioni e PPAA anche se con medi livelli di disponibilità e accessibilità; l'attività verso l'impiego del tempo libero è presente nella metà circa delle Regioni e PPAA ma con ottimi livelli di disponibilità e accessibilità; la consulenza legale è stata attiva nel 2007 solo nel 42% delle Regioni e PPAA, ma due Regioni su tre si esprimono positivamente in termini di accessibilità e disponibilità. In tema di alloggio, in due Regioni su tre nel 2007 sono stati attivi interventi o servizi per l'alloggio rivolto sia in modo specifico ai consumatori (ed ex) di droga, con discreti livelli di disponibilità e accessibilità, sia in quanto categoria socialmente svantaggiata, ma con più modesti giudizi in termini di accessibilità e disponibilità; infine in una regione su quattro si sono attivati nel 2007 interventi più a lungo termine, quali per esempio sussidi per l'affitto, con discreti livelli di accessibilità e disponibilità.

Per quanto riguarda la modalità di esecuzione della pena, secondo quanto rilevato attraverso il Progetto SIMI@Italia, i soggetti tossicodipendenti trattati nelle strutture penitenziarie sono soprattutto maschi (93%), già conosciuti ai servizi da anni precedenti ed hanno nazionalità straniera, nel 29% dei casi. Sono in buona parte utilizzatori problematici di cocaina (il 34%) o di oppiacei (57%).

Relativamente all'utenza in carico presso i SerT si osserva che il 4% dei soggetti è in trattamento perchè inviati ai Servizi con misure alternative al carcere. Si tratta anche in questo caso di soggetti maschi (92%), che hanno una nazionalità straniera nel 19% dei casi e principalmente utilizzatori problematici di cocaina (38%) ed oppiacei (52%).



## 9.1 REINSERIMENTO SOCIALE

Nel 2007 il reinserimento sociale di consumatori o ex consumatori problematici di droga è previsto come parte di una strategia regionale e/o locale per le droghe solo in 11 Regioni e Province Autonome (PPAA), mentre nelle altre tali attività vengono effettuate al di fuori di una esplicita strategia. In base alle risposte fornite ai questionari strutturati dell'EMCDDA gli ambiti maggiormente interessati sono stati quelli dell'occupazione ed istruzione/formazione, seguita da interventi in tema di alloggio ed assistenza sociale di base.

Le Regioni e PPAA che hanno indicato nel questionario strutturato 28 dell'EMCDDA i progetti<sup>1</sup> rivolti a tale ambito sono (Tabella 9.1):

**Tabella 9.1: Progetti attivi in ambito di reinserimento sociale nelle Regioni e Province Autonome nel corso del 2007.**

Regione/PA	Destinatari	Importo complessivo
PA Bolzano	Tossicodipendenti ed alcoldipendenti	€ 92.100
Abruzzo	Tossicodipendenti presso SerT, CT carcere	€ 235.628
Calabria	Inserimento socio-lavorativo	€ 1.251.084
Campania	Tossicodipendenti, ex toss. ed alcoldipendenti; toss. presso UEPE o carcere: minori detenuti	€ 2.861.569
Emilia-Romagna	Inserimento socio-lavorativo	€ 850.000
Lazio	Tossicodipendenti, ex tossicodipendenti ed alcoldipendenti; giovani a rischio	€ 2.426.800
Molise	Giovani svantaggiati	€ 237.500
Piemonte	Inclusione sociale e lavorativa tossicodipendenti o ex; alcolisti	€ 3.050.553
Puglia	Inclusione sociale e inserimento lavorativo di tossicodipendenti ed ex tossicodipendenti	€ 1.330.154
Toscana	Tossicodipendenti ed alcoldipendenti; tossicodipendenti ad alta marginalità	€ 6.310.000
Veneto	Reinserimento lavorativo tossicodipendenti ed alcoldipendenti	€ 960.000

Elaborazione sui dati dell'indagine con il questionario EMCDDA alle Regioni e PPAA

### 9.1.1 Casa

Gli interventi, specificatamente rivolti ai consumatori (ed ex) di droga, mirano ad assicurare un posto in cui vivere mediante l'assegnazione di un alloggio o di un sussidio finalizzato all'integrazione dell'affitto o altri servizi di sostegno, sono stati attivati dal 60% delle Regioni/PPAA.

La misura con cui i consumatori di droga sono effettivamente raggiunti dall'intervento (disponibilità), è stata giudicata su buoni livelli dal 63% dei referenti regionali, mentre il grado in cui il servizio è aperto ed accessibile ai consumatori di droga (accessibilità), è stato valutato positivamente dal 73% di questi.

Se si estende l'analisi agli interventi rivolti a soggetti socialmente svantaggiati, a cui possono accedere anche i consumatori ed ex consumatori di droga, si raggiungono quote prossime al 69% delle Regioni e PPAA, ma in questo i giudizi espressi in termini di accessibilità e disponibilità del servizio si attestano su percentuali comprese tra il 30 ed il 40%.

Si segnala inoltre come in una regione su quattro si siano attivati nel 2007 interventi più a lungo termine, quali per esempio sussidi per l'affitto rivolti ai consumatori ed ex consumatori di sostanze, con giudizi positivi in termini di accessibilità e disponibilità pari al 40%; se si considerano gli interventi non

<sup>1</sup> Per lo più si tratta di progetti finanziati attraverso il Fondo Sociale Regionale, ma anche finanziamento di progetti nazionali.

specificatamente rivolti a questo target, le regioni attive salgono al 52%, con tuttavia giudizi positivi registrati in una regione su tre.

### 9.1.2 Istruzione e formazione

Come si è avuto modo di accennare, il reinserimento sociale si è attuato per lo più attraverso progetti volti al reinserimento lavorativo; collegato a ciò vi è una serie di attività formative che riguardano il completamento dell'istruzione secondaria, i tirocini e la formazione professionale.

Nel 2007, i progetti indirizzati specificatamente a consumatori ed ex consumatori di droga nel campo del completamento dell'istruzione secondaria, sono stati previsti nella metà delle Regioni e PPAA, con un 30% circa di giudizi positivi espressi dai referenti regionali.

Qualora si considerino i consumatori ed ex consumatori di droga tra le categorie di soggetti socialmente svantaggiati, quali destinatari degli interventi finalizzati al completamento dell'istruzione scolastica secondaria, la quota di Regioni e PPAA che ha previsto programmi in tal senso nel 2007, è del 54% con il 33% di giudizi positivi sulla disponibilità dei progetti implementati.

Relativamente alla formazione professionale rivolta in modo specifico ai tossicodipendenti, questi accedono a tali interventi nel 68% delle Regioni e PPAA, con il 62% di giudizi positivi in termini di disponibilità e del 69% in termini di accessibilità; considerandoli quali soggetti a rischio di esclusione sociale, si osserva l'identica quota di progetti attivi, ma con giudizi inferiori in termini di accessibilità (53%) e disponibilità (46%).

### 9.1.3 Occupazione

Gli interventi specifici per l'occupazione costituiscono il settore in cui quasi tutte le Regioni e PPAA registrano progetti attivi nel 2007, prevalentemente attraverso l'erogazione di borse lavoro e/o tirocini ma anche tramite il reinserimento lavorativo. La disponibilità di borse lavoro e/o tirocini è giudicata su buoni livelli dal 92% delle Regioni e PPAA e l'accessibilità dall'84,6%; gli interventi per l'occupazione rivolti ai tossicodipendenti (o ex) sono invece giudicati positivi dal 61% delle Regioni e PPAA in termini di disponibilità e dal 69% circa in termini di accessibilità.

Se si considerano gli interventi rivolti all'occupazione di tossicodipendenti in quanto categoria socialmente svantaggiata, la quota di Regioni e PPAA che ha attivato progetti nel 2007 su tale tema è pari al 68,4%, ma la disponibilità e accessibilità risulta positiva in circa la metà delle Regioni e PPAA; i progetti volti all'erogazione di borse di studio e/o tirocini ai tossicodipendenti in quanto categoria socialmente svantaggiata sono stati attivi nel 2007 nel 58% delle regioni, ma in questo caso con buoni livelli (73% circa) di disponibilità e accessibilità.

### 9.1.4 Assistenza sociale di base

Tra gli altri interventi di reinserimento sociale si segnala principalmente l'assistenza sociale e psicologica per le relazioni sociali e familiari dei consumatori, o ex, di sostanze, effettuata nel 90% circa delle Regioni e PPAA, e valutata positivamente in termini di accessibilità (70%) e disponibilità (76,5%).

Le strutture temporanee di pronta accoglienza rivolte ai consumatori ed ex consumatori di sostanze sono presenti nel 68,4% delle Regioni e PPAA nel 2007, con l'85% di esse che valuta positivamente l'accessibilità e la disponibilità di tali strutture.

L'assistenza verso soggetti con problemi di ordine economico è stata attiva nel 58% delle Regioni e PPAA con la metà circa di queste che ne ha valutato positivamente la disponibilità ed il 64% che si è espressa su buoni livelli in termini di accessibilità.

L'attività verso l'impiego del tempo libero è presente nel 53% dei progetti regionali rivolti al reinserimento sociale dei tossicodipendenti, con buoni livelli di disponibilità (70%) ed accessibilità (80%).

Infine, la consulenza legale è stata attiva nel 2007 solo nel 42% delle Regioni e PPAA, ma due regioni su tre si esprimono positivamente in termini di accessibilità e disponibilità.

## 9.2 MODALITÀ DI ESECUZIONE DELLA PENA

### 9.2.1 Assistenza ai tossicodipendenti in carcere

Attraverso i dati forniti dai servizi partecipanti al progetto SIMI@Italia è stato possibile selezionare un collettivo di 2.244 soggetti tossicodipendenti trattati nelle strutture penitenziarie nel corso del 2007.

Gli utenti trattati in carcere sono per il 93% maschi (dato superiore rispetto a quello osservato sull'intero campione pari all'86%) e l'80% di essi risulta già noto ai servizi da anni precedenti.

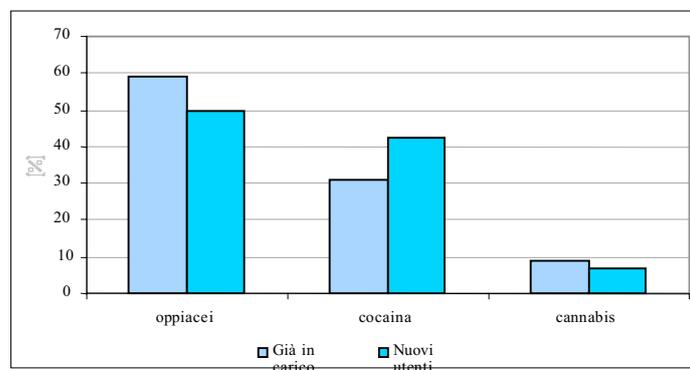
La composizione dell'utenza in base alla nazionalità evidenzia una proporzione di stranieri di gran lunga superiore a quella osservata nel campione di utenti complessivamente trattato nei servizi nazionali (29% contro 7%). Nel 68% dei casi, gli utenti stranieri provengono da Paesi del continente africano, nel 12% da Paesi europei non comunitari, nell'11% dal continente americano e, nel 5% e 4% rispettivamente, da paesi membri dell'Unione Europea ed asiatici.

Questo collettivo risulta di un anno più anziano rispetto all'utenza generale (con un'età media pari a 36 anni), senza differenze tra i generi, e con uno scarto di quattro anni tra i soggetti già in carico ed i nuovi (37 anni e 33 anni, rispettivamente).

Dalla distribuzione della sostanza 'primaria', appare subito evidente una presenza più rilevante, rispetto al dato generale, di soggetti trattati per uso di cocaina (34% contro 16%, rispettivamente), mentre il contrario si osserva relativamente all'uso di oppiacei (57% contro 74%). Invariate, sempre rispetto al caso generale, rimangono le quote di utilizzatori di cannabis (8%) e di altre sostanze illegali (1%).

Questa diversificazione appare ancora più chiara dalla disaggregazione del collettivo in base all'epoca di presa in carico nei servizi: si osserva la maggiore presenza di utilizzatori problematici di cocaina sia tra i nuovi utenti (42% contro il 25% riscontrato a livello di utenza complessiva) che tra coloro già noti da anni precedenti (31% contro 14%) (Grafico 9.1).

**Grafico 9.1: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento in carcere per tipologia e sostanza d'abuso 'primaria'. Anno 2007.**

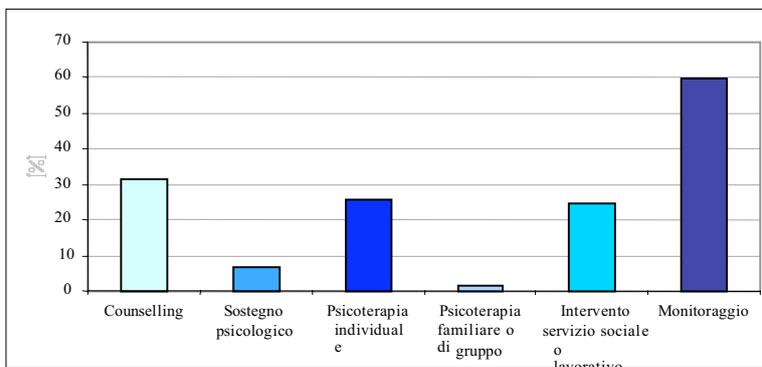


Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia

Il 60% dei soggetti in trattamento in carcere con terapie non farmacologicamente assistite risulta sottoposto a monitoraggio, il 31% riceve

interventi di counselling, il 26% psicoterapia individuale ed il 25% ha ricevuto interventi di servizio sociale o lavorativo. Una minoranza di utenti ha seguito interventi di sostegno psicologico (7%) o di psicoterapia familiare o di gruppo (2%). (Grafico 9.2).

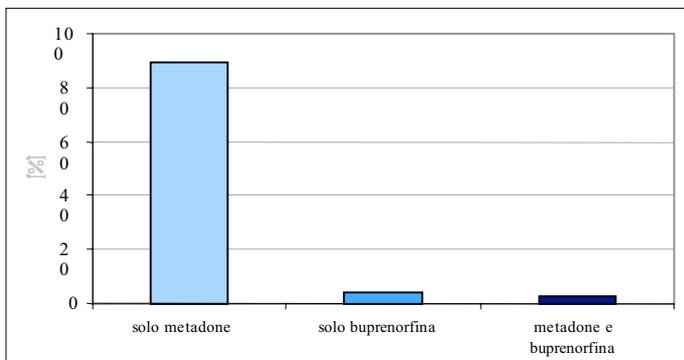
**Grafico 9.2: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento diagnostico-terapeutico-riabilitativo non farmacologicamente assistito, presso il carcere, per tipologia di trattamento. Anno 2007.**



Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia

L'89% dei soggetti in trattamento farmacologico è stato destinatario di terapie esclusivamente metadoniche, al 4% è stata somministrata buprenorfina e circa il 3% degli utenti ha seguito, in momenti diversi dell'anno, entrambi i tipi di trattamento farmacologico (Grafico 9.3).

**Grafico 9.3: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento diagnostico-terapeutico-riabilitativo farmacologicamente assistito, presso il carcere, per tipologia di farmaco somministrato. Anno 2007.**



Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia

### 9.2.2 Misure alternative al carcere per tossicodipendenti

In base a quanto rilevato attraverso il progetto SIMI@Italia, relativamente all'utenza in trattamento nei SerT, risultano essere 1.089 i soggetti inviati ai Servizi dall'Autorità giudiziaria per iniziare o proseguire un programma terapeutico volto al trattamento dello stato di tossicodipendenza<sup>2</sup> in base a quanto previsto dagli artt. 90 e 94 del DPR 309/90.

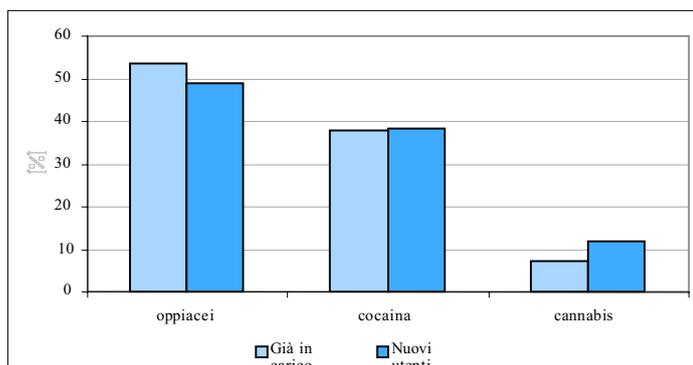
Il 92% del collettivo è costituito da maschi ed il 40% da soggetti che sono entrati in trattamento per la prima volta nell'anno (la proporzione dei casi incidenti è quindi nettamente superiore a quella dell'insieme dei casi in

<sup>2</sup> L'affidamento in prova al servizio sociale in casi particolari (art. 94 DPR 309/90), a norma di Legge, riguarda sia i tossicodipendenti che gli alcolodipendenti: in concreto nella quasi totalità dei casi si tratta di soggetti tossicodipendenti.

trattamento presso i SerT). Nel 19% dei casi si tratta di stranieri: il 70% di origine africana, il 10% proveniente da paesi europei comunitari, il 9% da paesi europei non comunitari, il 9% dal continente americano ed il restante 2% da altri paesi). L'età media è di circa 34 anni, con una differenza di due anni tra maschi e femmine (rispettivamente 36 anni e 34 anni) e di tre anni se si confronta il collettivo dei nuovi utenti con i soggetti già in carico (32 anni e 35 anni rispettivamente).

Una quota consistente di questi utenti fa uso di cocaina quale sostanza 'primaria' (38% sia tra i nuovi utenti che tra i già in carico), il 52% fa uso di oppiacei ed il 12% utilizza invece cannabis (Grafico 9.4).

**Grafico 9.4: Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento con misure alternative al carcere (ex. artt. 90 e 94 DPR 309/90) per tipologia e sostanza d'abuso 'primaria'. Anno 2007.**



Elaborazione sui dati del Progetto SIMI@Italia

Il 32% dei soggetti assume le sostanze per via iniettiva, mentre nella maggioranza dei casi la sostanza d'abuso viene sniffata o fumata. Questo dato risulta probabilmente legato alla presenza nel collettivo di una forte componente di utilizzatori di cocaina, ma va comunque sottolineato che tra i consumatori di oppiacei una consistente quota di soggetti (34%) dichiara di fumare o sniffare la sostanza.

Rispetto ai trattamenti si rileva che, tra le terapie di tipo psicosociale e/o riabilitativo, gli interventi di servizio sociale o lavorativi sono la tipologia di trattamento maggiormente erogata (44% del collettivo); altre tipologie di trattamento sono i programmi di psicoterapia individuale (35%), il monitoraggio (28%), i trattamenti di counselling (26%) e le terapie di sostegno psicologico (25%).

I trattamenti farmacologici sono costituiti invece quasi esclusivamente da terapie con farmaci sostitutivi: in particolare l'84% dei soggetti riceve un trattamento metadonico e il 14% è in cura con buprenorfina.



# PARTE 10

---

## **IL MERCATO DELLA DROGA**

### **10.1 Percezione sulla disponibilità delle droghe**

10.1.1 Percezione della disponibilità di droghe da parte della popolazione

10.1.2 Percezione della disponibilità di droghe da parte degli studenti

### **10.2 Produzione, offerta e traffico di droga**

### **10.3 Sequestri di sostanze psicoattive illegali**

10.3.1 Quantità e numero di sequestri di sostanze illecite

10.3.2 Numero di laboratori illegali smantellati

### **10.4 Prezzo e purezza**

10.4.1 Prezzo della droga

10.4.2 Purezza



## IL MERCATO DELLA DROGA

Poco meno di un terzo della popolazione generale e la metà della popolazione scolastica considerano facile reperire sostanze illegali e tra queste quelle considerate più facili da reperire risultano essere i cannabinoidi.

Complessivamente nella popolazione generale si osserva una diminuzione della percezione di disponibilità delle sostanze all'aumentare dell'età, mentre tra quella scolastica si rileva un andamento sostanzialmente opposto.

Per la popolazione tra i 15 ed i 64 anni, la strada risulta essere il luogo di reperibilità prevalente per i derivati della cannabis, eroina e cocaina, mentre la discoteca per stimolanti ed allucinogeni.

Diversa distribuzione si osserva nella popolazione scolastica che vede la discoteca come luogo principale per il reperimento di tutte le sostanze illegali ad eccezione dei cannabinoidi, percepiti come maggiormente accessibili per strada.

La spesa mensile sostenuta dai consumatori risulta diversificata in base alle sostanze risultando complessivamente più elevata per eroina e cocaina e più bassa per i cannabinoidi. In particolare, nella popolazione generale, il 46% sia degli utilizzatori di eroina che degli utilizzatori di cocaina spendono per i loro consumi più di 100 euro al mese, mentre rispettivamente il 36% ed il 27% tra i 50 ed i 100 euro. Più contenute le spese per i cannabinoidi per i quali il 61% dei consumatori spende meno di 50 euro al mese e solo il 22% tra i 50 ed i 100.

Tra i pochi studenti che hanno acquistato eroina e cocaina nell'ultimo mese (rispettivamente lo 0,8% ed il 2%), quasi la metà ha speso più di 50 euro ed il 30% tra gli 11 ed i 50. Tra coloro che hanno acquistato cannabinoidi (quasi l'11%), di contro, il 42% non ha speso più di 10 euro, mentre il 39% tra gli 11 ed i 50.

L'analisi della attività di contrasto al traffico di stupefacenti evidenzia dal 2004 un aumento del numero di operazioni antidroga effettuate dalle Forze dell'Ordine (da 18.841 a 21.899).

In particolare continua a crescere il numero di operazioni volte al contrasto del traffico di cocaina, cannabinoidi ed eroina, stupefacente, quest'ultimo, per cui si osserva un forte aumento nell'ultimo biennio dei quantitativi medi intercettati per sequestro (da 398 a 518 gr).

Piemonte, Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Campania, Puglia e Sicilia si confermano le Regioni in cui si registra il numero più elevato di operazioni antidroga.

Le Regioni settentrionali risultano quelle maggiormente coinvolte nelle operazioni relative all'eroina (in particolare la Lombardia con il 46% di eroina sequestrata in Italia ed il Friuli Venezia Giulia con il 12%), mentre quelle della costa tirrenica e la Lombardia per quanto riguarda la cocaina (Lombardia con il 32%, Campania con il 23% e Lazio con il 14%)

Le Regioni meridionali ed insulari risultano maggiormente coinvolte nelle intercettazioni delle piante di cannabis; in particolare, l'effettuazione di un maxi sequestro di 1.400.000 piante ha portato a registrare in Sicilia il 94% dell'oltre un milione e mezzo di piante intercettate sul solo territorio nazionale. Più disomogeneo appare il quadro relativo ai sequestri e rinvenimenti di hashish e marijuana di cui circa il 22% intercettato in Lombardia, il 14% in Liguria, il 12% rispettivamente in Sicilia ed Emilia Romagna. Infine, il 77% delle compresse di amfetamino-derivati è stato intercettato in Lombardia (59%) e Piemonte (18%).

Dal 2002 al 2007 si è evidenziata una progressiva diminuzione del costo unitario di cocaina, eroina nera e di eroina bianca. La media dei prezzi massimi e minimi è infatti passata da circa 96 euro a poco più di 82 per la cocaina, da 64 euro a poco meno di 51 euro per l'eroina nera e da circa 84 euro a 73 per quella bianca. Più variabile appare la percentuale di principio attivo rilevato nelle sostanze intercettate, aspetto in parte attribuibile anche alla disomogeneità del numero di campioni analizzati. Complessivamente dal 2001 al 2007, la percentuale media

di principio attivo rilevato nella cocaina ed eroina analizzati è diminuita dal 66% al 47% per la prima sostanza e dal 29% al 17% per la seconda. Sostanzialmente stabile la percentuale media di principio attivo rilevata nei cannabinoidi.

## 10.1 PERCEZIONE SULLA DISPONIBILITA' DELLE DROGHE

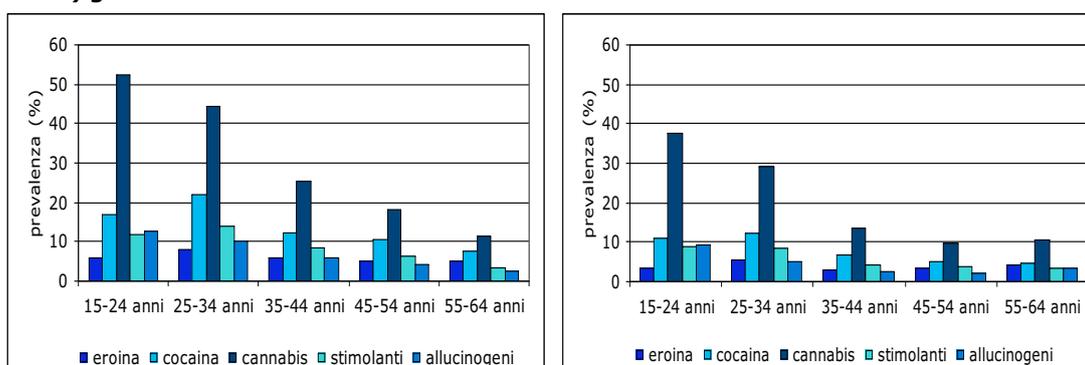
### 10.1.1 Percezione della disponibilità di droghe da parte della popolazione generale

Alla domanda "quanto sarebbe possibile per te procurarti droghe...in 24 ore se lo volessi" il 31,3% degli Italiani fra i 15 ed i 64 anni risponde "facile o piuttosto facile" (IPSAD@Italia2007-2008). La percezione della disponibilità diminuisce al crescere dell'età.

Sia per i maschi che per le femmine, in ognuna delle fasce d'età la sostanza percepita come maggiormente reperibile è la cannabis, seguita dalla cocaina. Mentre per la cannabis si ha una diminuzione progressiva all'aumentare dell'età (52,6% per i maschi e 37% delle femmine più giovani; 11,3% per i maschi e 10,5% delle femmine della fascia d'età più elevata), per la cocaina si può notare un picco, in particolare per i maschi, tra i venticinque ed i trentaquattro anni (22,2% per i maschi e 12,4% per le femmine). L'accessibilità alle sostanze allucinogene diminuisce anch'essa col progredire dell'età sia per i maschi (dal 12,5% dei giovani al 2,3% della classe d'età maggiore) che per le femmine (dal 9,2% delle 15-24enni al 3% delle 55-64enni). Per quanto riguarda gli stimolanti si nota, per i maschi, un picco nella disponibilità percepita tra i venticinque ed i trentaquattro anni (14%). Il rapporto tra le prevalenze maschili e quelle femminili varia tra un massimo di 1,6 (eroina e cocaina, maggiormente offerte ai maschi) ed un minimo di 1,4 (cannabis)<sup>1</sup>.

**Grafico 10.1: Distribuzione della prevalenza della percezione della facilità di accesso alle sostanze psicotrope illegali nella popolazione generale, articolata per sesso e classi d'età.**

a) grafico a sinistra: maschi;  
b) grafico a destra: femmine.



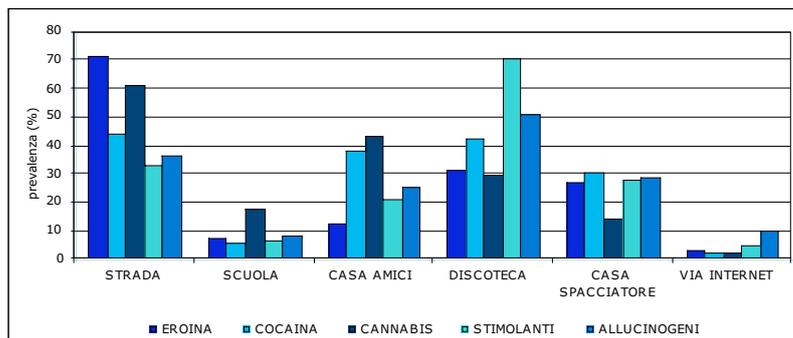
Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2007-2008

In base alle risposte date dai soggetti si osserva che eroina e cocaina sono riferite essere facilmente reperibili per strada (71,9% e 44,2%, rispettivamente) ed in discoteca (31,2% e 42,9%), così come gli stimolanti (33,5% in strada e 71,1% in discoteca) e gli allucinogeni (36,9% e 51,1%); la cannabis invece si ritiene sia reperibile prevalentemente in strada (61,7%) e a casa di amici (43,7%). Quest'ultima sostanza è anche quella che maggiormente si afferma di trovare a scuola (17,8%) e a casa degli spacciatori (14,4%). Presso l'abitazione di amici si può, per il 38,3% di coloro che hanno utilizzato sostanze illegali almeno una volta nella vita, reperire anche la cocaina. Gli allucinogeni sono le sostanze maggiormente procurabili tramite l'utilizzo di internet (10%)<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Vedi Tavola 10.1 e 10.2 negli allegati: Parte 13.2 "Tavole di lavoro della Relazione".

<sup>2</sup> Vedi Tavola 10.3 negli allegati: Parte 13.2 "Tavole di lavoro della Relazione".

**Grafico 10.2: Prevalenza di soggetti nella popolazione generale che riferiscono in quali luoghi si possono reperire facilmente sostanze psicoattive illegali tra coloro che hanno fatto uso almeno una volta nella vita.**

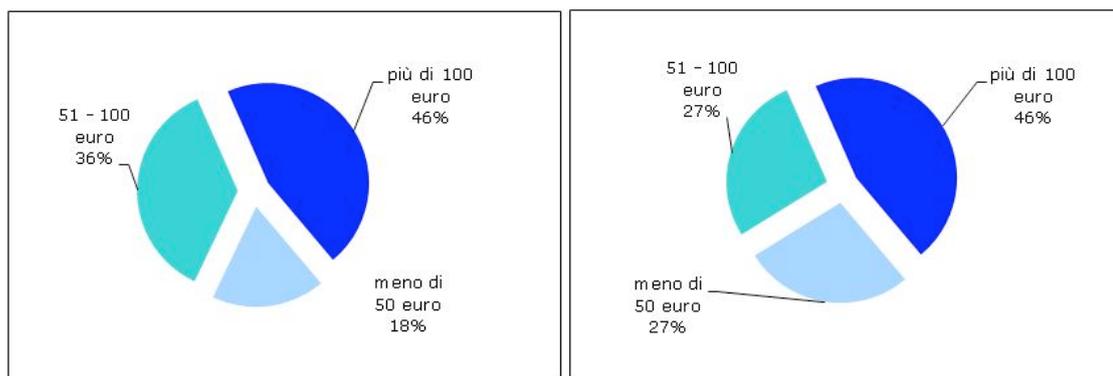


fatto uso almeno una volta nella vita.  
Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2007-2008

Il 46% sia degli utilizzatori di eroina che dei consumatori di cocaina spendono più di 100 euro al mese, il 36% degli utilizzatori di eroina ed il 27% di quelli che usano cocaina spendono tra i 50 e i 100 euro, le restanti quote spendono meno di 50 euro.

**Grafico 10.3: Distribuzione dell'ammontare della spesa negli ultimi trenta giorni nella popolazione generale fra i consumatori di sostanze psicoattive illegali.**

a) grafico a sinistra: eroina;  
b) grafico a destra: cocaina.

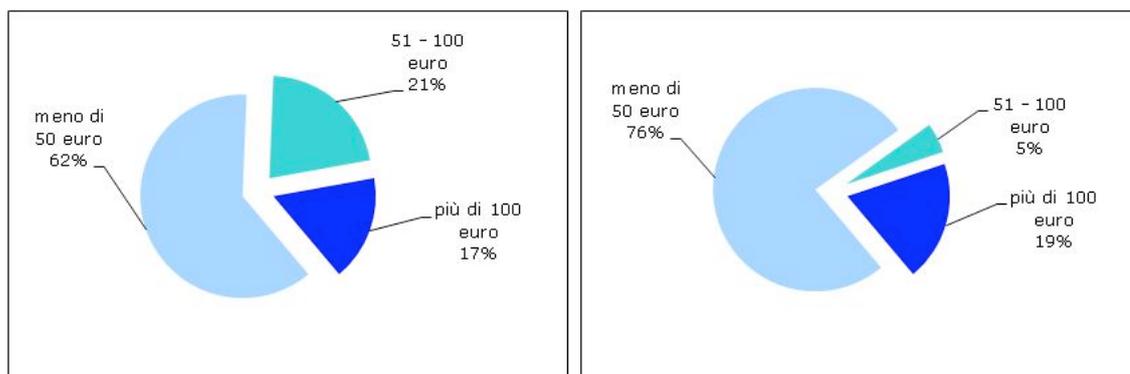


Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2007-2008

Per la cannabis il 62% dei consumatori spende meno di 50 euro al mese, il 21% tra i 50 ed i 100 euro ed il 17% più di 100 euro. Per le altre sostanze il 76% degli utilizzatori spende meno di 50 euro ed il 19% più di 100 euro.

**Grafico 10.4: Distribuzione dell'ammontare della spesa negli ultimi trenta giorni nella popolazione generale fra i consumatori di sostanze psicoattive illegali.**

a) grafico a sinistra: cannabis;  
b) grafico a destra: altre sostanze illegali.



Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2007-2008

### 10.1.2 Percezione della disponibilità di droghe da parte degli studenti

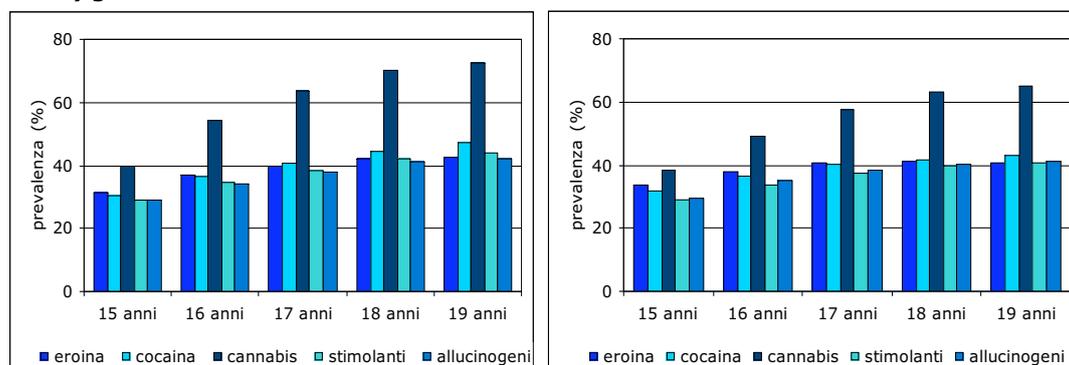
Gli studenti riferiscono una disponibilità di accesso alle sostanze psicoattive illegali superiore alla media della popolazione, il 50,6% degli studenti intervistati riferisce infatti che in 24 ore ne potrebbe trovare facilmente una (ESPAD@Italia). Nel loro caso, diversamente dalla popolazione generale, la facilità di accesso alle sostanze cresce all'aumentare dell'età, la sostanza riferita come maggiormente disponibile è la cannabis, ed i maschi hanno una facilità di accesso maggiore rispetto alle coetanee in quasi tutte le classi d'età, fatta eccezione per le 15enni, che riferiscono di essere più facilitate rispetto ai ragazzi nella reperibilità delle sostanze (cannabis esclusa).

Alla domanda "quanto sarebbe possibile per te procurarti **eroina** se lo volessi?" circa il 38,5% degli studenti intervistati risponde che sarebbe facile o addirittura molto facile. Fra le giovanissime la sostanza sembra essere più facilmente reperibile rispetto ai coetanei (tra i 15 ed i 16 anni: femmine 36% e maschi 34%). Tendenza opposta si osserva per le classi d'età superiore (tra i 18 ed i 19 anni: femmine 40,8% e maschi 42,3%). Il 39,4% degli studenti afferma di poter trovare facilmente la **cocaina**: 40% dei maschi e 39% delle femmine; anche per tale sostanza sono le 15enni a riferire prevalenze maggiori rispetto ai coetanei (femmine: 32%; maschi: 30,6%). Sono circa il 57,5% gli studenti a riferire di poter reperire facilmente **cannabis**; le prevalenze maggiori si hanno tra i 19enni (72% dei maschi e 65% delle femmine). Circa il 37% degli studenti afferma di non avere alcuna difficoltà a reperire **allucinogeni** e/o **stimolanti**; si osservano prevalenze simili per le due sostanze per ambo i generi: si passa da circa il 29% dei 15enni al 42% dei 19enni<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Vedi Tavola 10.4 e 10.5 negli allegati: Parte 13.2 "Tavole di lavoro della Relazione".

**Grafico 10.5: Distribuzione della facilità di accesso riferita alle sostanze psicoattive illegali nella popolazione scolarrizzata, articolata per sesso e classi d'età.**

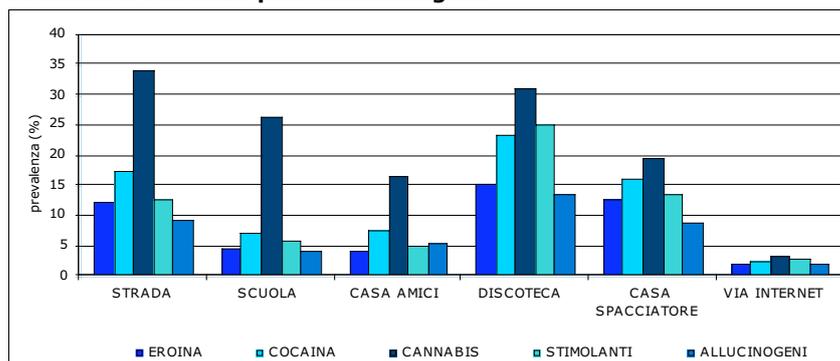
a) grafico a sinistra: maschi;  
b) grafico a destra: femmine.



Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2007

La maggior parte degli studenti riferisce che qualora lo desiderasse potrebbe trovare facilmente l'eroina in discoteca (15%), a scuola (12%) o a casa dello spacciatore (13%). La discoteca viene percepita come sede di spaccio anche per ciò che riguarda la cocaina (23,5%), gli stimolanti (25%), gli allucinogeni (14%) e per la cannabis (31%). Tuttavia la cannabis risulta maggiormente reperibile per strada (34%), mentre la scuola è meno quotata come luogo di spaccio della sostanza (26,4%) così come la casa dello spacciatore (20%). Gli stimolanti, oltre che in discoteca, sono maggiormente accessibili in strada (13%) e a casa dello spacciatore (14%), così come per gli allucinogeni (strada:10%; casa dello spacciatore:8%); per tali sostanze tuttavia la scuola non sembra essere il luogo più idoneo al loro reperimento (stimolanti:5,7%; allucinogeni:4%). La casa di amici sembra invece favorire l'accesso all'uso di cannabis (17%), a seguire cocaina (7,7%), stimolanti e allucinogeni (5%) ed eroina (4%). Il luogo meno quotato sembra essere la rete internet (intorno al 2% per tutte le sostanze, esclusa la cannabis al 3%)<sup>4</sup>.

**Grafico 10.6: Prevalenza di studenti che riferiscono in quali luoghi si possono reperire facilmente sostanze psicoattive illegali.**



Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2007

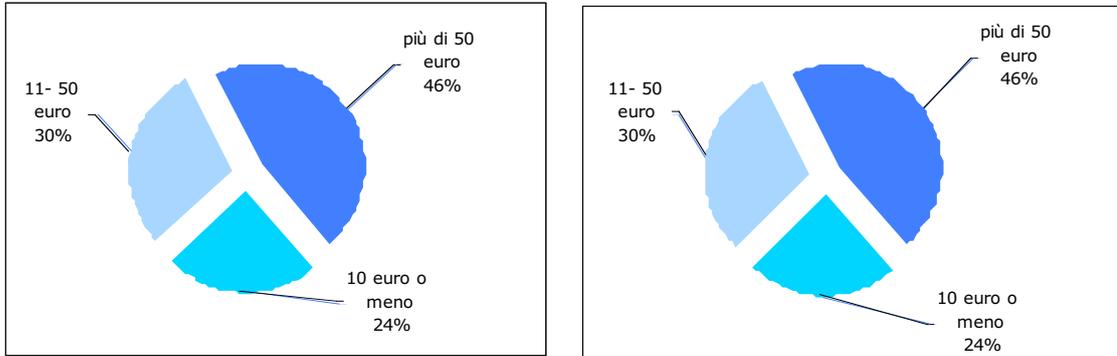
Il Grafico 10.7 illustra le distribuzioni, suddivise in classi, della spesa complessiva dell'ultimo mese in relazione all'acquisto di eroina e/o di cocaina. La maggioranza degli studenti intervistati non ha speso soldi per comprare eroina (99,2%) e/o cocaina (98%).

<sup>4</sup> Vedi Tavola 10.6 negli allegati:Parte 13.2 "Tavole di lavoro della Relazione".

Lo 0,8% degli studenti hanno acquistato eroina ed il 2% che ha acquistato cocaina nell'ultimo mese, quasi la metà (46%) ha speso più di 50 euro, il 30% tra gli 11 ed i 50 euro, mentre il 24% ha speso al massimo 10 euro.

**Grafico 10.7: Distribuzione dell'ammontare della spesa negli ultimi trenta giorni di sostanze psicoattive illegali nella popolazione scolarrizzata che riferisce consumo delle sostanze.**

- a) grafico a sinistra: eroina;
- b) grafico a destra: cocaina.

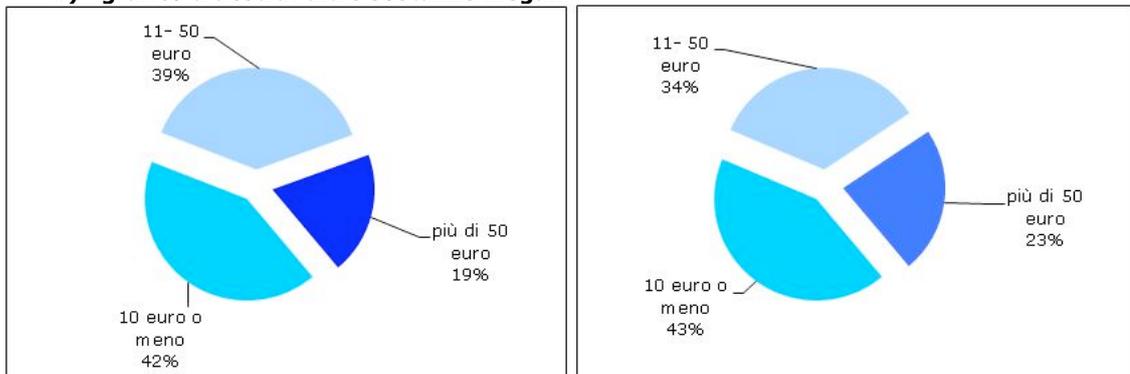


Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2007

Tra coloro che hanno acquistato cannabis (10,6%), il 42% ha speso al massimo 10 euro, il 39% da 11 a 50 euro e circa il 19% più di 50 euro (Grafico 10.8a). Tra coloro che hanno invece acquistato altre sostanze illecite (2%), il 43% ha speso 10 euro o meno, il 34% da 11 a 50 euro ed il 23% più di 50 euro (Grafico 10.8b).

**Grafico 10.8: Distribuzione dell'ammontare della spesa negli ultimi trenta giorni di sostanze psicoattive illegali nella popolazione scolarrizzata che consuma sostanze.**

- a) grafico a sinistra: cannabis;
- b) grafico a destra: altre sostanze illegali.



Elaborazione sui dati ESPAD®Italia2007

## 10.2 PRODUZIONE, OFFERTA E TRAFFICO DI DROGA

Come già rilevato nella Relazione Annuale della Direzione Centrale dei Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno del 2006, la "ndrangheta" risulta essere l'associazione criminale predominante in Italia. Dotandosi di una struttura unitaria di comando e creando dei mandamenti territoriali mutuati dai modelli tradizionali di "cosa nostra", ha messo in atto un cambiamento del modello strutturale dell'associazione che ha favorito una migliore gestione dell'aumentato volume di affari, favorito anche dalla capillare dislocazione territoriale.

La volontà di abbattimento dei costi di approvvigionamento degli stupefacenti, ha stimolato l'organizzazione a stabilire contatti sempre più diretti con altre organizzazioni, soprattutto colombiane.

Si evidenzia così la tendenza ad operare fuori dalla regione d'origine, allacciando rapporti anche nei paesi dell'Africa occidentale, in particolare Togo e Marocco, scelti come piattaforme per il traffico in Europa.

A differenza della "ndrangheta", con cui vi sono frequenti sinergie, la "camorra", svolge un'ampia parte della propria attività, consistente nella fase dello spaccio, all'interno della Campania, con qualche ramificazione sul versante adriatico e nelle Marche, dove viene effettuato lo smercio di cocaina.

Sui mercati europei, gestiti dai narcotrafficienti sudamericani, la "camorra" si è insediata in Spagna, Bulgaria, Romania, Turchia, Albania, Olanda e, recentemente, Tunisia.

Nel traffico di stupefacenti "cosa nostra" si appoggia prevalentemente alla "ndrangheta" e, in via secondaria, alla "camorra". Tale marginalità nell'attività criminale, sembra dovuta alla flessione del consumo di eroina, sostanza di cui aveva il monopolio grazie ad indissolubili legami all'interno degli USA.

L'aumento della produzione di cocaina e l'andamento oscillante del mercato dell'eroina, hanno fatto perdere terreno all'organizzazione a vantaggio della "ndrangheta" forte dei legami con i narcotrafficienti del Sud America.

La criminalità pugliese, infine, risulta maggiormente impegnata all'interno del proprio territorio piuttosto che espandere il proprio predominio in altre aree del Paese. Al momento non risulta in grado di pianificare e rendere esecutivo articolati traffici internazionali e nazionali, limitandosi al piccolo traffico interprovinciale ed al minuto spaccio. Per l'approvvigionamento, pertanto, la criminalità pugliese ha stretto accordi con altre organizzazioni maggiormente strutturate: con la "ndrangheta" per ciò che concerne la cocaina, con gruppi di origine albanese, a cui forniscono anche assistenza durante gli sbarchi, per quanto riguarda l'eroina e la marijuana.

La sostanza tuttora maggiormente consumata resta la cannabis prodotta principalmente in Marocco e che giunge sui mercati illeciti europei attraverso la penisola iberica. A tale rotta si aggiungono quelle navali provenienti dai porti algerini, libici e tunisini da cui arrivano forti quantitativi di questa sostanza destinati agli Stati Membri, primi fra tutti Italia, Spagna e Francia. Si registra inoltre il consolidamento del traffico di marijuana dall'Albania, confermata anche dalla numerosità di sequestri lungo la fascia costiera pugliese e nel Canale d'Otranto.

È l'Europa il maggior produttore di droghe sintetiche il cui mercato si è allargato anche a quello statunitense ed australiano. Il traffico di queste sostanze, particolarmente frammentario e di difficile individuazione, non risulta essere appannaggio delle organizzazioni criminali italiane che sembrano privilegiare spedizioni in larga scala su linee di passaggio non sul territorio nazionale o lo scambio con altre droghe, prime fra tutte la cocaina.

La saturazione del mercato statunitense per quanto riguarda questa sostanza, la rinnovata richiesta di eroina, la crescente domanda di cannabinoidi, nonché la presenza di organizzazioni criminali capaci di gestire traffici di vaste proporzioni, pone l'Europa al centro della maggior parte delle direttrici del traffico di

stupefacenti provenienti da Occidente, da Oriente e dall’Africa. In particolare, la posizione geografica dell’Italia al centro del bacino mediterraneo con lo sbocco terrestre e marittimo della c.d. rotta balcanica, la presenza di organizzazioni criminali qualificate in ambito internazionale, quali “‘ndrangheta” e “camorra”, ed infine la crescente domanda di sostanze, soprattutto cocaina, rendono l’Italia un obiettivo appetibile delle organizzazioni criminali ed uno dei principali mercati di destinazione dell’intera Unione Europea.

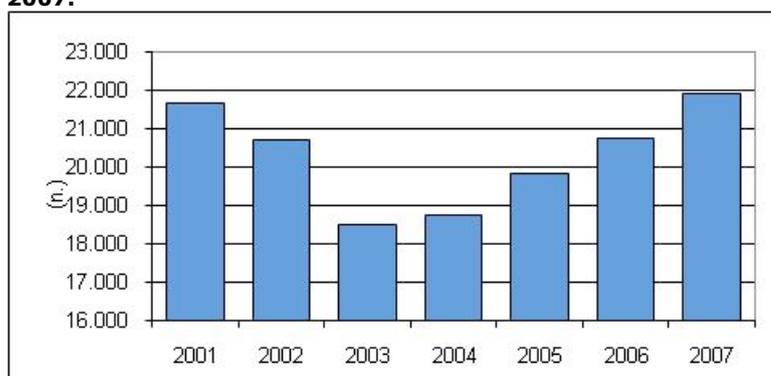
Tra le diverse organizzazioni criminali in Europa, secondo mercato mondiale di cocaina, “‘ndrangheta” e “camorra” ricoprono un ruolo di primaria importanza.

### 10.3 SEQUESTRI DI SOSTANZE PSICOATTIVE ILLEGALI

#### 10.3.1 Quantità e numero di sequestri di sostanze illecite

Nel 2007, con 21.898 operazioni antidroga effettuate sul territorio nazionale (Grafico 10.9) ed 1 in acque internazionali, continua a crescere il numero di interventi effettuati dalle Forze dell’Ordine (FFOO); questo andamento in crescita iniziato nel 2004, nell’ultimo anno ha raggiunto il massimo storico dal 2001 (21.650).

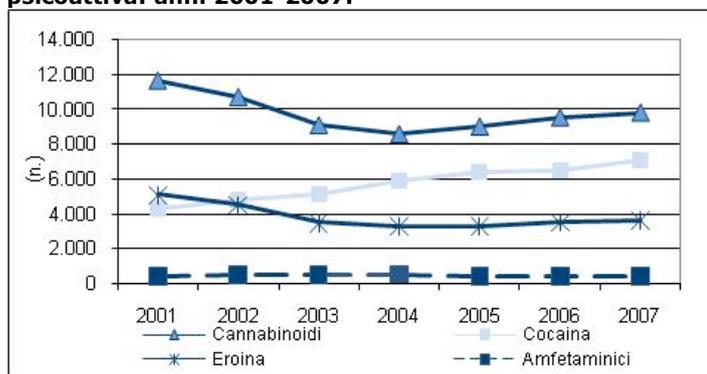
**Grafico 10.9: Distribuzione del numero delle operazioni antidroga effettuate dal 2001 al 2007.**



Elaborazione su dati del Ministero dell’Interno – DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2008)

In particolare, continua a crescere il numero di operazioni rivolte primariamente alla cocaina, piante e derivati della cannabis e, seppur in misura minore, di eroina, mentre rimane sostanzialmente stabile il numero di interventi volti ad intercettare anfetamino-derivati e metamfetamine (Grafico 10.10).

**Grafico 10.10: Distribuzione del numero di operazioni suddiviso per tipologia di sostanza psicoattiva: anni 2001-2007.**



Elaborazione su dati del Ministero dell’Interno – DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2008)

Circa il 30% delle operazioni ha portato all'intercettazione di altre sostanze psicoattive illegali oltre a quella a cui erano primariamente rivolte, mostrando anche in tale caso, un andamento dei sequestri di cannabinoidi, cocaina ed eroina sostanzialmente sovrapponibile a quello rilevato per le operazioni.

In particolare, per quanto riguarda quest'ultima sostanza, nel 2007 si è assistito all'aumento dei quantitativi medi intercettati per sequestro, passati nell'ultimo biennio da 390 a 518 gr, a fronte di una diminuzione di quelli relativi alla cocaina ed ai derivati della cannabis passati rispettivamente da circa 700 a 533 gr e da 2,62 Kg a poco più di 1 kg e mezzo. Notevole anche l'incremento del numero medio di piante di cannabis intercettate, passate da circa 100 ogni sequestro nel 2006 a 1.284 nel 2007, interrompendo l'andamento in discesa dell'ultimo triennio.

Con l'eccezione del Piemonte, Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Campania, Puglia e Sicilia si confermano le Regioni in cui si registra il numero più elevato di operazioni antidroga (Grafico 10.11).

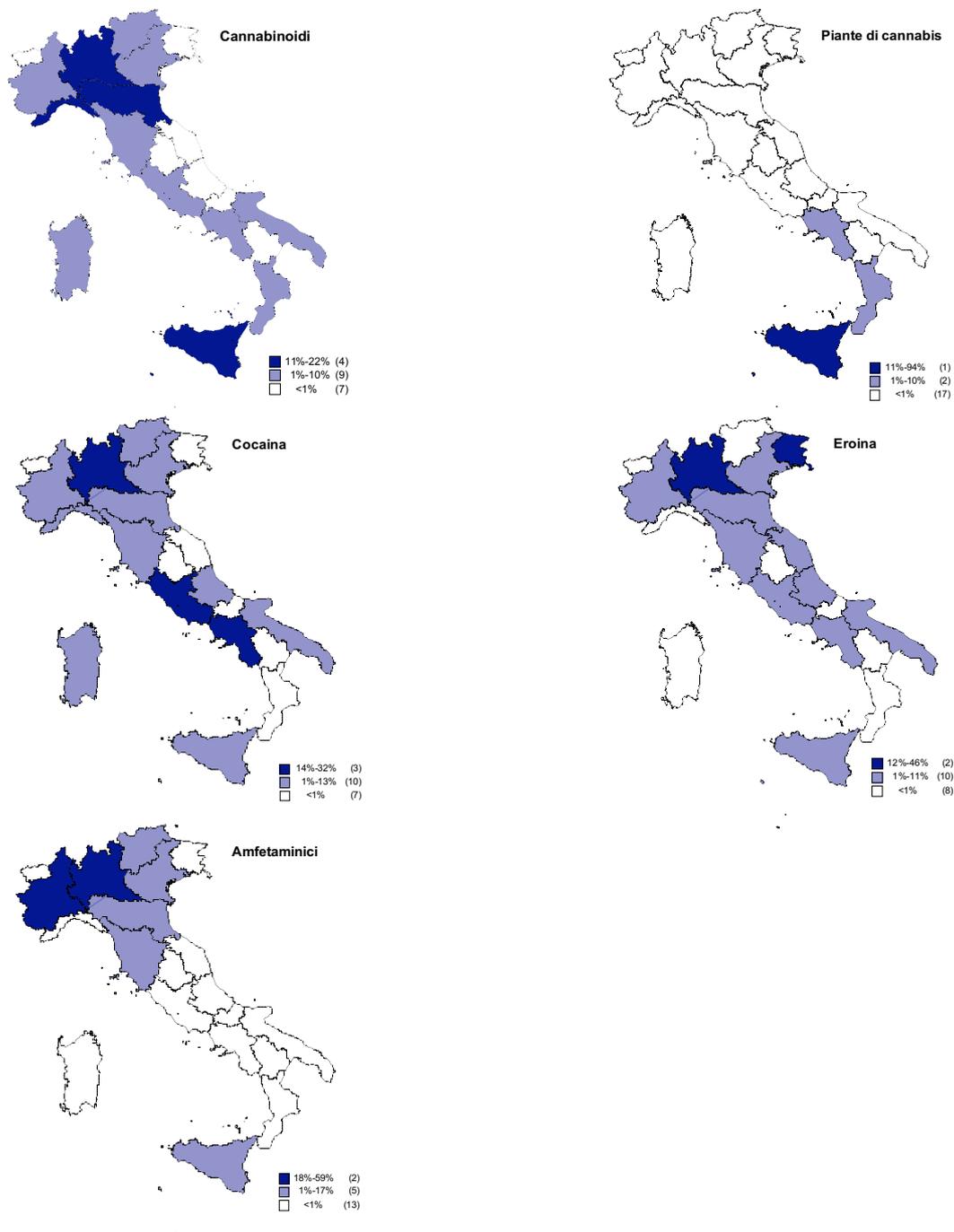
**Grafico 10.11: Distribuzione regionale del numero di operazioni antidroga effettuate dalle FFOO nel 2007.**



Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno - DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2008)

L'analisi della distribuzione territoriale delle quantità di sostanze psicoattive rinvenute e sequestrate (Grafico 10.12) mostra quadri diversificati in base alle sostanze.

**Grafico 10.12: Distribuzione regionale delle percentuali di quantitativi di sostanze intercettate nel 2007.**



Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2008)

Come lo scorso anno, quasi il 69% del totale della cocaina intercettata in Italia si concentra, in Lombardia, Campania e Lazio con rispettivamente circa il 32%, il 23% ed il 14% dei complessivi 3.947 Kg sequestrati e rinvenuti. Con rispettivamente circa 879 e 237 Kg di eroina, pari rispettivamente al 46% ed al 12% dei sequestri complessivi, Lombardia e Friuli-Venezia Giulia si confermano le Regioni in cui sono stati intercettati i maggiori quantitativi di sostanza.

Nell'anno in esame il 94% delle piante di cannabis intercettate in Italia, è stato sequestrato nella sola Sicilia tramite una maxi operazione che ha portato al sequestro di 1.400.000 piante.

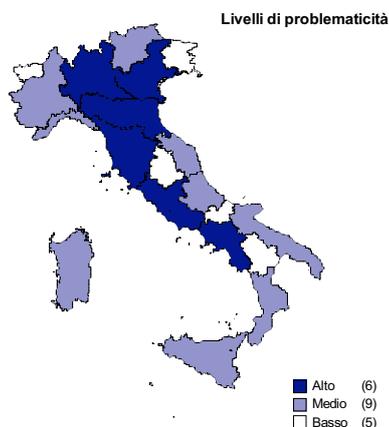
Con l'eccezione del sequestro di oltre 5.300 kg di hashish effettuato in acque internazionali, circa il 60% dei 19.000 Kg di hashish e marijuana intercettati in Italia si concentra in 4 Regioni tra cui si confermano la Lombardia e la Liguria, con rispettivamente il 22% ed il 14% dei sequestri, e si evidenziano l'Emilia-Romagna e la Sicilia con il 12%.

Il 59% delle compresse di amfetamino-derivati sequestrate e rinvenute nell'anno, sono state intercettate in Lombardia, segue il Piemonte con il 18%.

Ordinando i dati delle aree territoriali in base alla quantità di droga (suddivisa per tipologia) ed al numero di sequestri in cui questa è stata intercettata (Grafico 10.13), è stata condotta una cluster-analysis (analisi dei gruppi).

Le Regioni sono state così suddivise in tre gruppi ognuno dei quali risulta caratterizzato da un diverso profilo in relazione al numero di sequestri effettuati ed al quantitativo di sostanze che questi hanno portato ad intercettare.

**Grafico 10.13: Distribuzione dei livelli di problematicità regionali nel 2007.**



Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2008)

Un primo gruppo è costituito dalle Regioni della costa tirrenica (Campania, Lazio e Toscana) e da Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto; sono queste le Regioni definite ad 'alto impatto' del fenomeno in cui si registra il più elevato numero di sequestri e, ad eccezione del numero di piante di cannabis, il più alto quantitativo di sostanze intercettate.

Ad eccezione delle piante di cannabis (dato condizionato da un maxi sequestro di piantagioni di cannabis effettuato in Sicilia), in Piemonte, Liguria, Trentino-Alto Adige, Marche, Abruzzo, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna, il numero di sequestri e di quantitativi intercettati risulta inferiore a quello delle Regioni ad 'alto impatto'. Inoltre, nonostante l'elevato numero di sequestri volti al contrasto del traffico di eroina, il quantitativo intercettato risulta mediamente inferiore a quello rilevato negli altri due gruppi.

### 10.3.2 Numero di laboratori illegali smantellati

Dopo il 2005, il 2007 è l'anno in cui si registra il numero più elevato di laboratori smantellati.

Dal 2004 ne sono stati scoperti complessivamente 11, per la maggior parte deputati alla trasformazione della cocaina, in un caso a quella dell'eroina, in uno a quella di eroina e cocaina ed uno alle metamfetamine.

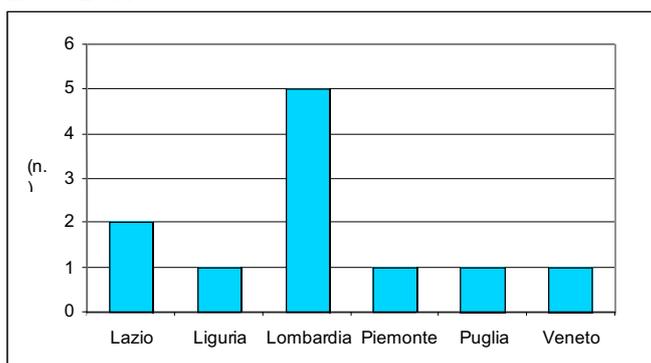
**Tabella 10.1: Distribuzione del numero di laboratori e delle sostanze psicoattive illegali in questi trattati. Anni 2004-2007**

	Laboratori	Cocaina	Eroina	Metamfetamine
2004	2	2	0	0
2005	4	4	0	0
2006	2	1	1	1
2007	3	2	1	0

Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno - DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2008)

Considerando l'intero quadriennio, il 64% dei laboratori è stato smantellato nell'Italia nord-occidentale (il 45% nella sola Lombardia), il 9% in Veneto, il 18% nel Lazio ed il 9% in Puglia.

**Grafico 10.14: Distribuzione regionale del numero di laboratori smantellati nel quadriennio 2004-2007.**



Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno - DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2008)

## 10.4 PREZZO E PUREZZA

### 10.4.1 Prezzo della droga

Anche nel 2007, continua la discesa dei prezzi massimi e minimi sia dell'eroina che della cocaina ed un aumento di quelli dell'acido lisergico (LSD) (Tabella 10.2). Nell'ultimo anno si osserva un innalzamento dei prezzi dei cannabinoidi ed un abbassamento dei prezzi minimi e massimi per singola "pasticca" di ecstasy, passati rispettivamente da circa 21€ a quasi 28€ nel 2006, da 16€ a 21€ nel 2007.

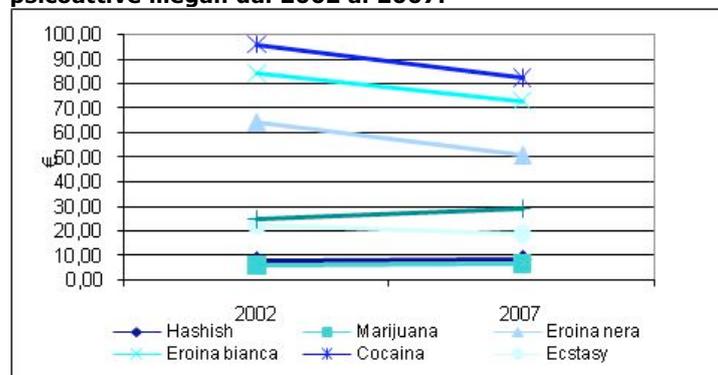
**Tabella 10.2: Quotazione (€) allo spaccio delle sostanze stupefacenti (prezzo minimo e massimo) - Anni 2002-2007.**

		Hashish (gr)	Marijuana (gr)	Eroina nera (gr)	Eroina bianca (gr)	Cocaina (gr)	Ecstasy (cp)	LSD (dose)
2002	prezzo minimo	6,87	5,38	56,55	76,71	86,49	19,61	21,42
	prezzo massimo	8,54	6,44	71,53	91,36	105,12	24,75	28,07
2003	prezzo minimo	6,81	5,35	49,00	76,00	79,50	19,55	25,00
	prezzo massimo	8,60	6,55	68,02	90,00	100,54	24,89	28,03
2004	prezzo minimo	6,74	5,41	47,63	74,10	79,34	18,16	25,00
	prezzo massimo	8,34	6,70	62,07	89,51	101,63	24,18	26,50
2005	prezzo minimo	6,60	5,07	47,63	74,10	76,93	16,91	25,00
	prezzo massimo	11,01	6,63	61,07	89,22	101,63	22,80	30,33
2006	prezzo minimo	6,60	5,07	44,92	69,24	72,44	20,59	28,33
	prezzo massimo	8,60	6,44	61,07	89,22	96,12	27,80	30,33
2007	prezzo minimo	7,16	5,28	42,30	58,83	71,09	16,18	28,00
	prezzo massimo	9,69	7,92	59,58	86,88	93,17	21,40	30,33

Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno - DCSA

Nei periodo considerato, la media dei prezzi massimi e minimi è quindi passata da 96 a poco più di 82 € per grammo per la **cocaina**, da circa 64 a meno di 51 € per l'**eroina** nera e da 84 a meno di 73 € per quella bianca; una forte diminuzione della media dei prezzi si osserva per una singola pasticca di ecstasy acquistabile a circa 24 € nel 2006 ed a meno di 19 nel 2007. Sempre nell'ultimo anno è apprezzabile anche un aumento del prezzo di un grammo di hashish e marijuana passati nel biennio rispettivamente da 8 a 9 € e da 6 a 7 € (Grafico 10.15).

**Grafico 10.15: Andamento della media dei prezzi (massimo e minimo) delle sostanze psicoattive illegali dal 2002 al 2007.**



Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno - DCSA

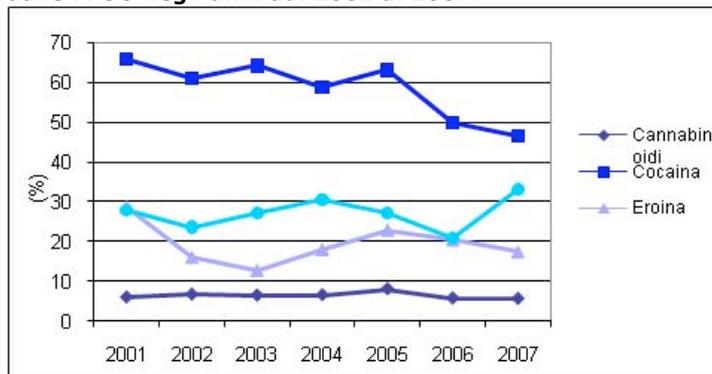
### 10.4.2 Purezza

I dati forniti dalla DCSA sono risultanti dalle analisi effettuate dalla Polizia Scientifica e dall'Arma dei Carabinieri e relativi a grossi sequestri di stupefacenti. Anche se tutte le sostanze intercettate vengono sottoposte ad analisi, i dati forniti dalla DCSA ne rappresentano solo una parte, considerata di particolare interesse ai fini di specifiche indagini. I tempi necessari all'espletamento dell'iter giudiziario, che vanno dall'intercettazione della sostanza al risultato dell'analisi, portano a ritardi nell'aggiornamento dei dati.

Nel 2007, i dati di laboratorio disponibili per i sequestri superiori o uguali ad un kg riguardano il 3% dei cannabinoidi, il 9% della cocaina e l'8% dell'eroina intercettati (tale dato è suscettibile di aggiornamento), valori nettamente inferiori a quelli degli anni precedenti. Bassa anche la quota di compresse di MDMA analizzate che si assesta a circa il 6% di tutte quelle sequestrate nell'anno. La forte disomogeneità del numero e della tipologia dei campioni analizzati porta inoltre a notevoli oscillazioni nei valori della percentuale di purezza presente nelle sostanze. Complessivamente dal 2001 al 2007 (Grafico 10.16), la percentuale media di principio attivo rilevata nei campioni analizzati si è ridotta, passando dal 66% al 47% per la **cocaina** e da circa il 29% al 17% per l'**eroina**. Si conferma sostanzialmente stabile la percentuale di principio attivo (THC) presente nei **cannabinoidi** che, dopo il picco rilevato nel 2005 (circa l'8%), nell'ultimo anno si è attestata al 6% con un valore massimo del 10%.

Oscillante anche la percentuale di MDMA riscontrata nei campioni analizzati, che nell'ultimo anno mostra un forte incremento rispetto al 2006 (circa il 33% contro il 21%).

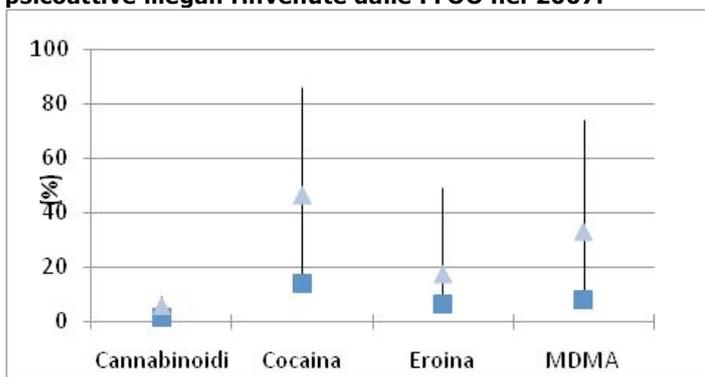
**Grafico 10.16: Percentuale media di sostanza pura riscontrata nelle sostanze rinvenute dalle FFOO negli anni dal 2001 al 2007.**



Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno - DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2008)

Ad influenzare i valori medi, vi sono le forti oscillazioni dei livelli massimi e minimi di principio attivo rilevato (Grafico 10.17): in particolare questo risulta particolarmente variabile nel caso della cocaina e dell'ecstasy i cui range variano rispettivamente dal 14% all'86% e dall'8% al 74%. Più contenute, seppure ancora ampie, le oscillazioni per eroina e cannabinoidi che vanno rispettivamente dal 6,3% al 49% e dall'1,3% al 9%.

**Grafico 10.17: Variabilità nella quantità di principio attivo riscontrato nelle sostanze psicoattive illegali rinvenute dalle FFO nel 2007.**



Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno - DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2008)

# PARTE 11

---

## **APPROFONDIMENTO: gli altri consumi psicoattivi**

### **11.1 Opinione pubblica sull'uso di sostanze psicoattive legali e sul gioco d'azzardo**

- 11.1.1 Disapprovazione dell'uso di altre sostanze psicoattive e del gioco d'azzardo
- 11.1.2 Percezione dei rischi correlati all'uso delle sostanze psicoattive legali ed al gioco d'azzardo

### **11.2 Consumi psicoattivi legali nella popolazione generale**

- 11.2.1 Consumi di alcol
- 11.2.2 Consumi di tabacco
- 11.2.3 Consumi di farmaci psicoattivi
- 11.2.4 Consumi di anabolizzanti per finalità di doping
- 11.2.5 Gioco d'azzardo
- 11.2.6 Fattori associati all'uso di sostanze psicoattive legali ed al gioco d'azzardo

### **11.3 Consumi psicoattivi legali nella popolazione scolarizzata**

- 11.3.1 Consumi di alcol
- 11.3.2 Consumi di tabacco
- 11.3.3 Consumi di farmaci psicoattivi
- 11.3.4 Consumi di anabolizzanti per finalità di doping
- 11.3.5 Gioco d'azzardo
- 11.3.6 Fattori associati all'uso di sostanze psicoattive legali e gioco d'azzardo

### **11.4 Percezione sulla disponibilità delle sostanze psicoattive legali**

- 11.4.1 Percezione della disponibilità di sostanze psicoattive legali da parte della popolazione
- 11.4.2 Percezione della disponibilità di sostanze psicoattive legali da parte degli studenti

### **11.5 Ricoveri ospedalieri alcol e tabacco correlati**



### **APPROFONDIMENTO: gli altri consumi psicoattivi**

Le sostanze legali maggiormente disapprovate dai rispondenti all'indagine sulla popolazione generale (IPSAD®Italia2007-2008) sono gli psicofarmaci e gli anabolizzanti (con valori che si attestano attorno al 95%), seguono il tabacco (circa 80%) e l'alcol (22%); inoltre, circa il 59% degli intervistati disapprova il gioco d'azzardo. Anche tra gli studenti (indagine ESPAD®Italia2007) è abbastanza netta la disapprovazione verso l'uso di psicofarmaci e anabolizzanti mentre è molto più tollerato l'uso di alcol e tabacco.

Il consumo giornaliero di bevande alcoliche riguarda circa il 10% degli intervistati di età compresa tra i 15 ed i 64 anni; circa 70% hanno riferito l'uso negli ultimi 30 giorni, 85% negli ultimi 12 mesi e 90% nella vita. Tali valori calano leggermente nel caso degli studenti di età compresa tra i 15 ed i 19 anni soprattutto per quanto attiene al consumo giornaliero (circa 6%). La distinzione per genere evidenzia, in tutte le classi di età, un consumo maggiore tra i maschi. Tra chi ha abusato di alcolici almeno una volta negli ultimi dodici mesi (circa il 56% degli italiani), la maggioranza, sia dei maschi (circa 78%) che delle femmine (circa 85) si è ubriacata al massimo 5 volte.

Circa un quarto degli intervistati (sia nella popolazione generale che tra i più giovani) fuma sigarette quotidianamente (almeno una al giorno); anche qui generalmente, sono soprattutto i maschi a fumare.

Si rileva inoltre, che lo 0,1% degli intervistati fa uso presumibilmente regolare di anabolizzanti (lo 0,2% li ha usati nell'ultimo anno e l'1% almeno una volta nella vita; tali valori risultano leggermente più elevati tra gli studenti). Anche qui sono i maschi ad essere maggiormente esposti al consumo di tali sostanze.

Il 40% dei soggetti intervistati di età compresa tra i 15 ed i 64 anni riferisce di avere giocato d'azzardo almeno una volta nella vita (tale quota sale a poco più del 44% nel caso degli studenti) si rileva che sono soprattutto i maschi a rispondere di aver giocato (circa 52% dei maschi vs. 31% delle femmine);

Poco più del 3% degli italiani riferisce un uso giornaliero di psicofarmaci (il 21,4% ha fatto uso almeno una volta nella vita, l'11,7% negli ultimi dodici mesi, il 6,5% riferisce di averli utilizzati negli ultimi trenta giorni) tale quota nel caso dei giovani di età compresa tra i 15 ed i 19 anni cala superando di poco l'1% (il 15,3% ha fatto uso almeno una volta nella vita, il 4,1% riferisce di averli utilizzati negli ultimi trenta giorni). Per questi ultimi si evidenzia un'inversione di tendenza relativamente al genere: il consumo di psicofarmaci appare infatti maggiormente diffuso tra le femmine.

Si rileva infine che, a differenza delle altre sostanze indagate, il consumo di psicofarmaci aumenta sensibilmente all'aumentare dell'età degli intervistati.



## 11.1 OPINIONE PUBBLICA SULL'USO DI SOSTANZE PSICOATTIVE LEGALI E SUL GIOCO D'AZZARDO

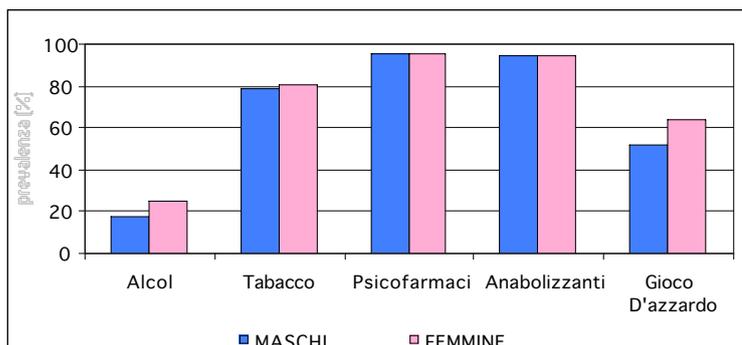
### 11.1.1 Disapprovazione dell'uso di altre sostanze psicoattive e del gioco d'azzardo

Nel Grafico 11.1 si osservano le prevalenze riferite alla disapprovazione rispetto al consumo di alcol (bere uno o due bicchieri di alcolici al giorno), al fumo di sigarette (10 o più al giorno), all'uso di psicofarmaci (senza prescrizione medica), di anabolizzanti (senza prescrizione medica) e al gioco d'azzardo<sup>1</sup>. L'80% dei soggetti intervistati disapprova il fumo di **tabacco** e il 22% critica l'uso quotidiano di **alcol**.

Il 95,5% dei soggetti disapprova l'utilizzo di **psicofarmaci** senza prescrizione medica, il dissenso verso l'uso di **anabolizzanti** per finalità di doping si attesta al 94,7%, mentre, la disapprovazione verso il **gioco d'azzardo** è espressa invece dal 58,6% degli intervistati.

Complessivamente sono le femmine a riportare in misura maggiore giudizi di disapprovazione verso i comportamenti investigati; tuttavia, distinguendo tra l'uso di sostanze psicoattive e il gioco d'azzardo, si rileva per il primo atteggiamento, un'uniformità di giudizio nei due generi (fatta eccezione per l'alcol che risulta maggiormente condannato dalle femmine, 25% contro il 15% dei maschi), mentre il gioco d'azzardo, come l'alcol, risulta più tollerato tra i maschi (lo disapprova il 51% dei maschi e il 64% delle femmine) (Grafico 11.1).

**Grafico 11.1: Disapprovazione del consumo di sostanze psicoattive e gioco d'azzardo nella popolazione generale, articolata per genere.**



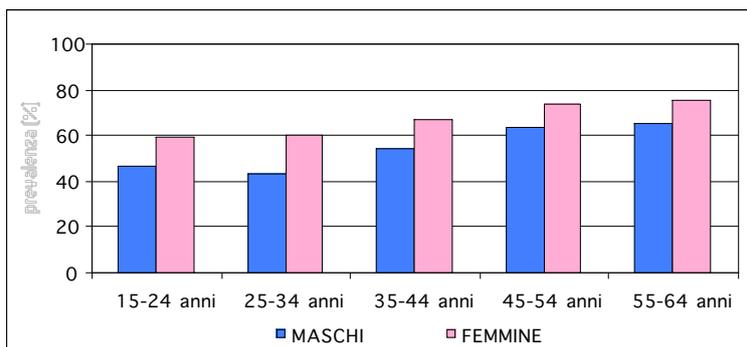
Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2007-2008

Tendenzialmente la disapprovazione verso il gioco d'azzardo aumenta all'aumentare dell'età<sup>2</sup>: tra i giovanissimi il 47% dei maschi ed il 60% delle femmine non approva fare giochi in cui si vincono soldi, tale prevalenza diminuisce al 44% nei maschi con età compresa tra i 25 ed i 34 anni, mentre rimane invariata nelle femmine, per poi aumentare progressivamente con l'età degli intervistati fino al 65% dei maschi e al 76% delle femmine 55-64enni (Grafico 11.2).

<sup>1</sup> Vedi Tavola 11.1 negli allegati:Parte 13.2 "Tavole di lavoro della Relazione".

<sup>2</sup> Vedi Tavola 11.1 negli allegati:Parte 13.2 "Tavole di lavoro della Relazione".

**Grafico 11.2: Disapprovazione del gioco d'azzardo nella popolazione generale, articolata per genere e classi d'età.**



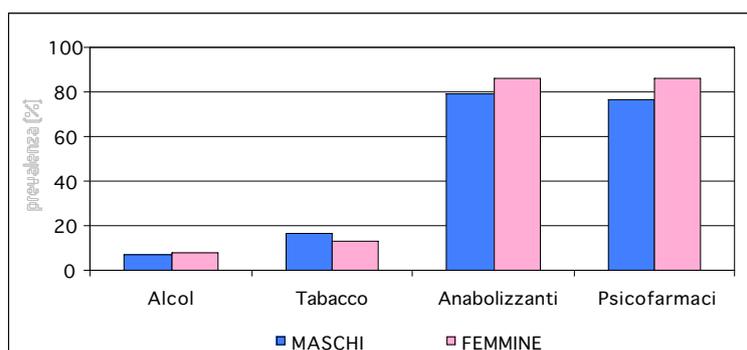
Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2007-2008

Nel Grafico 11.3 sono riportate le prevalenze rispetto alla disapprovazione dell'uso di alcol, tabacco, psicofarmaci e anabolizzanti utilizzati a scopo di doping tra la popolazione scolarizzata<sup>3</sup>. Sono le ragazze a riferire maggiore dissenso verso l'utilizzo di qualunque sostanza psicoattiva, ad eccezione del tabacco.

Relativamente bassa è la prevalenza di studenti che disapprova l'utilizzo di **alcol** (7% dei maschi e 8% delle femmine) e l'uso quotidiano di **tabacco** (16% dei maschi e 13% delle femmine); la minore disapprovazione tra le femmine è congrua con i maggiori tassi di uso tra le giovanissime rispetto ai maschi), decisamente più netta è la critica verso l'uso di **anabolizzanti** (76% tra i maschi e 86% tra le femmine) e di **psicofarmaci** senza prescrizione medica (79% dei maschi e 86% delle femmine).

Rispetto a quanto osservato tra la popolazione generale è evidente che tra gli studenti è molto più tollerato l'uso di alcol e tabacco, mentre la disapprovazione verso l'uso di psicofarmaci e anabolizzanti è abbastanza netta anche tra gli studenti stessi.

**Grafico 11.3: Disapprovazione del consumo di sostanze psicoattive nella popolazione scolarizzata, articolata per genere.**



Elaborazione sui dati ESPAD@Italia2007

Nel Grafico 11.4 vengono illustrate la prevalenze di studenti che disapprovano l'uso di alcol (Grafico 11.4a) e l'uso di tabacco (Grafico 11.4b) per genere e classe d'età<sup>4</sup>. Sia per il consumo di alcolici che per l'uso quotidiano di sigarette la disapprovazione diminuisce all'aumentare dell'età degli studenti intervistati.

Per quanto riguarda l'utilizzo di alcol si passa dal 13% dei 15enni, per entrambi i generi, al 4% dei maschi ed al 6% delle femmine di 19 anni.

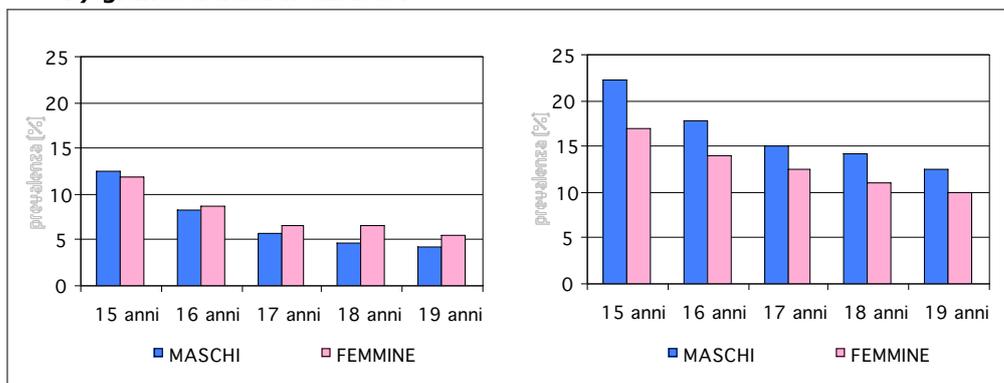
<sup>3</sup> Vedi Tavola 11.2 negli allegati:Parte 13.2 "Tavole di lavoro della Relazione".

<sup>4</sup> Vedi Tavola 11.2 negli allegati:Parte 13.2 "Tavole di lavoro della Relazione".

Rispetto all'uso di sigarette, invece, a 15 anni il 22% dei ragazzi ed il 17% delle ragazze disapprova il fumo di sigarette, prevalenze che diminuiscono gradualmente fino al 12% dei maschi al 10% delle femmine nella classe d'età maggiore.

**Grafico 11.4: Disapprovazione del consumo di sostanze psicoattive legali nella popolazione scolарizzata, articolata per genere e classi d'età.**

- a) grafico a sinistra: alcol;  
b) grafico a destra: tabacco.



Elaborazione sui dati ESPAD@Italia2007

### 11.1.2 Percezione dei rischi correlati all'uso delle sostanze psicoattive legali ed al gioco d'azzardo

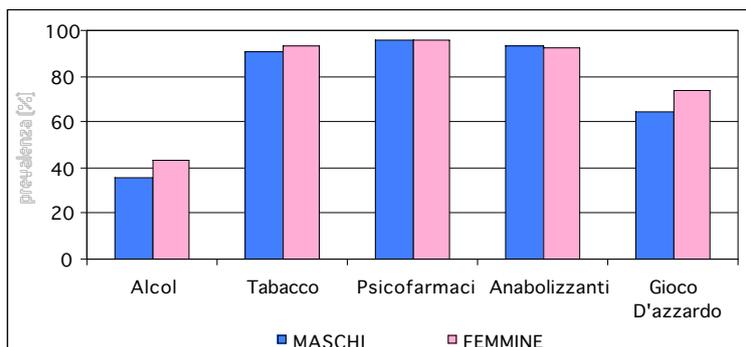
Nel Grafico 11.5 sono riportate, suddivise per genere, le prevalenze d'opinione rispetto al rischio per la salute derivante dall'uso di alcol (bere uno o due bicchieri di alcolici al giorno), tabacco (fumarne 10 o più al giorno), psicofarmaci (senza prescrizione medica), anabolizzanti utilizzati per finalità non di cura e gioco d'azzardo<sup>5</sup>.

Nelle donne si riscontra una maggiore percezione del rischio legato sia all'uso di sostanze psicoattive che al gioco d'azzardo. Il fumo di **tabacco** è considerato rischioso per la propria salute dal 92% dei soggetti intervistati: il 93% circa delle femmine di tutte le classi d'età contro il 91% dei maschi. Minore è la percezione del rischio connesso all'uso quotidiano di **alcol** riscontrato tra il 40% circa degli intervistati: il 43% delle donne ed il 36% degli uomini. L'uso di **psicofarmaci** viene avvertito come dannoso da circa il 95% dei soggetti, con prevalenze che oscillano tra il 94% della classe d'età 15-24 anni e il 97,5% dei 55-64enni, mentre gli **anabolizzanti** sono percepiti come rischiosi per la propria salute dal 93% dei soggetti intervistati (93,5% dei maschi e 92% delle femmine).

Per il **gioco d'azzardo**, invece, si rilevano sostanziali differenze tra i generi: circa il 74% delle donne percepisce come rischioso fare giochi in cui si vincono o perdono soldi, mentre tra i soggetti di sesso maschile tale comportamento è ritenuto rischioso dal 64,5% dei soggetti.

<sup>5</sup> Vedi Tavola 11.3 negli allegati: Parte 13.2 "Tavole di lavoro della Relazione".

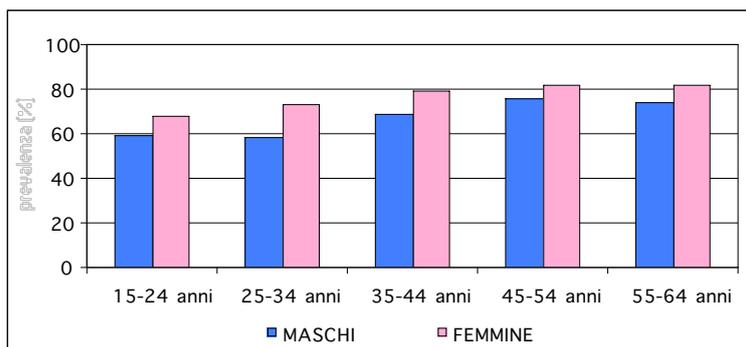
**Grafico 11.5: Percezione del rischio in relazione all'uso di sostanze psicoattive e gioco d'azzardo nella popolazione generale, articolata per genere.**



Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2007-2008

Nel Grafico 11.6 sono riportate le prevalenze relative ai soggetti che percepiscono come rischioso fare giochi in cui si vincono soldi, distintamente per genere e classe d'età<sup>6</sup>. Tra i giovanissimi il 60% dei maschi ed il 68% delle femmine ritengono pericoloso il giocare d'azzardo, dato che sale al 69% e 79% rispettivamente tra i maschi e le femmine 35-44enni per stabilizzarsi al 75% dei maschi e 81,5% delle femmine tra i 45 e i 64 anni.

**Grafico 11.6: Percezione del rischio in relazione al gioco d'azzardo nella popolazione generale, articolata per genere e classi d'età.**



Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2007-2008

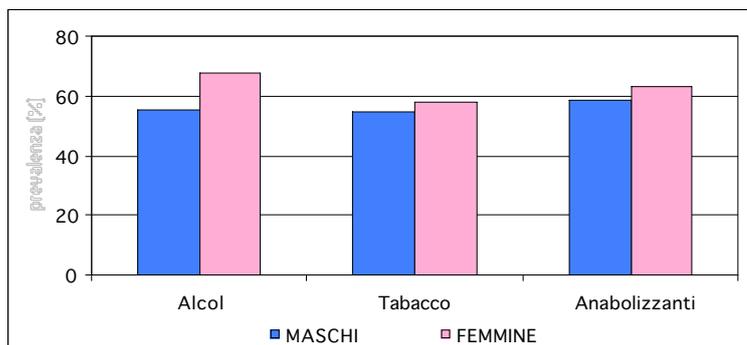
Nel Grafico 11.7 sono riportate le prevalenze d'opinione rispetto al rischio per la salute percepito tra gli studenti partecipanti allo studio ESPAD@Italia rispetto all'uso di alcol e tabacco<sup>7</sup>. A differenza del dato rilevato nella popolazione generale, fare uso di **alcol** è percepito, dalle ragazze, più rischioso per la propria salute (67,5% contro il 55,4% dei maschi) rispetto all'uso quotidiano di **tabacco** (58% delle femmine e 55% dei maschi).

Circa il 61% degli intervistati percepisce come rischioso anche l'uso di **anabolizzanti** (63% delle femmine e 59% dei maschi).

<sup>6</sup> Vedi Tavola 11.3 negli allegati: Parte 13.2 "Tavole di lavoro della Relazione".

<sup>7</sup> Vedi Tavola 11.4 negli allegati: Parte 13.2 "Tavole di lavoro della Relazione".

**Grafico 11.7: Percezione del rischio in relazione all'uso di sostanze psicoattive nella popolazione scolарizzata, articolata per genere.**

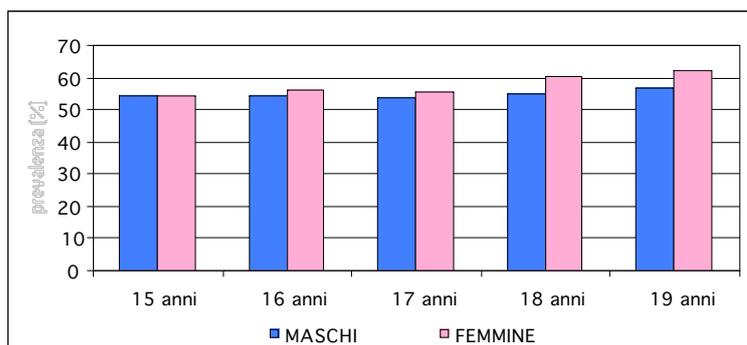


Elaborazione sui dati ESPAD@Italia2007

Per ciò che riguarda l'uso di tabacco (Grafico 11.8), la percezione del rischio aumenta leggermente all'aumentare dell'età degli intervistati, passando, per la precisione, dal 54% dei maschi e delle femmine di 15 anni al 57% e 62% rispettivamente dei 19enni<sup>8</sup>.

Analizzando le differenze di genere si può affermare che le ragazze disapprovano il fumo di tabacco meno dei propri coetanei maschi pur percependone in misura maggiore i pericoli.

**Grafico 11.8: Percezione del rischio in relazione all'uso di tabacco nella popolazione scolарizzata, articolata per genere e classi d'età.**



Elaborazione sui dati ESPAD@Italia2007

## 11.2 CONSUMI PSICOATTIVI LEGALI NELLA POPOLAZIONE GENERALE

Le analisi di seguito riportate riguardano il rapporto che il soggetto ha con il fumo di tabacco, le bevande alcoliche, gli psicofarmaci (sedativi, tranquillanti, antidepressivi ecc.) assunti con e senza prescrizione medica e gli anabolizzanti (anche ormoni).

Per uso frequente si intende il consumo/accadimento avvenuto 10 o più volte negli ultimi trenta giorni nel caso di tranquillanti, anabolizzanti, per quanto riguarda l'uso di alcol, si intende invece, per uso frequente, quello riferito dal soggetto più di 20 volte nell'ultimo mese.

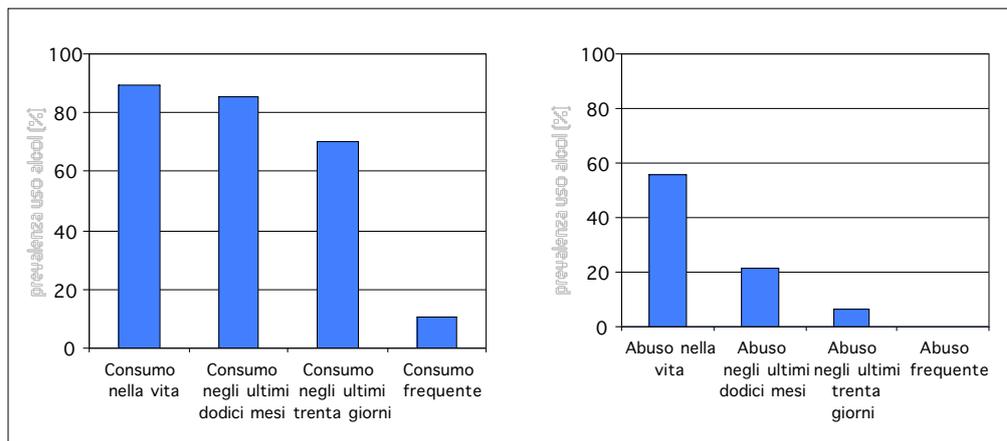
<sup>8</sup> Vedi Tavola 11.4 negli allegati: Parte 13.2 "Tavole di lavoro della Relazione".

### 11.2.1 Consumi di alcol

L'89,3% degli italiani ha consumato bevande alcoliche almeno una volta nella vita e l'85,6% ne ha fatto uso negli ultimi dodici mesi, mentre il 70% dei soggetti ne riferisce l'uso negli ultimi trenta giorni; il consumo quotidiano riguarda il 10,4% della popolazione. Il 55,7% degli intervistati si è ubriacato almeno una volta nella vita, il 21,2% nell'ultimo anno ed il 6,3% negli ultimi 30 giorni (Grafico 11.9).

**Grafico 11.9: Uso di alcol nella popolazione generale (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni, consumo frequente).**

- a) grafico a sinistra: uso di alcol;
- b) grafico a destra: frequenza delle ubriacature.



Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2007-2008

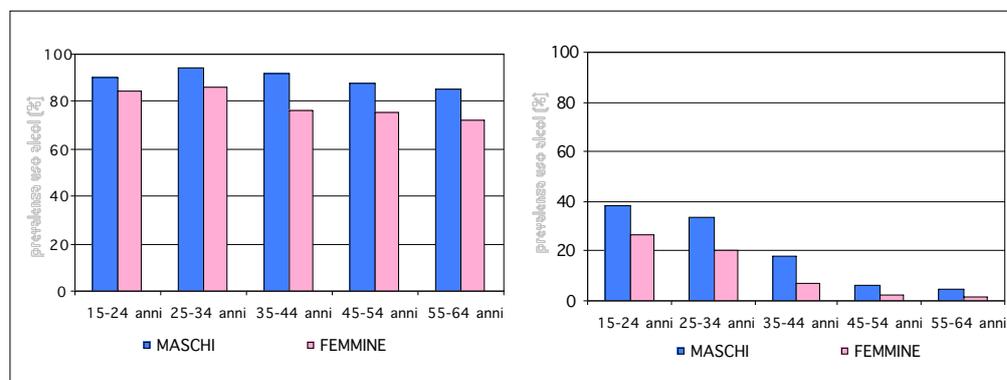
La fascia di età che riferisce un uso maggiore di bevande alcoliche (una o più volte negli ultimi dodici mesi) è, per entrambi i generi, quella tra i 25-34 anni (il 94% dei maschi e l'86,4% delle femmine), valori che diminuiscono poi progressivamente nelle classi di età successive. Nella distinzione per genere, si osserva, in tutte le classi di età, un consumo maggiore per i maschi.

Per quanto riguarda invece gli episodi di intossicazione da alcol (una o più ubriacature negli ultimi dodici mesi) sono i soggetti giovanissimi (15-24 anni) che vi incorrono in misura maggiore: il 38,3% dei maschi ed il 26,4% delle coetanee.

Coerentemente con quanto rilevato per l'uso di alcolici anche le prevalenze di ubriacature diminuiscono all'aumentare dell'età (Grafico 11.10).

**Grafico 11.10: Uso di alcol nella popolazione generale (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.**

- a) grafico a sinistra: uso di alcol;



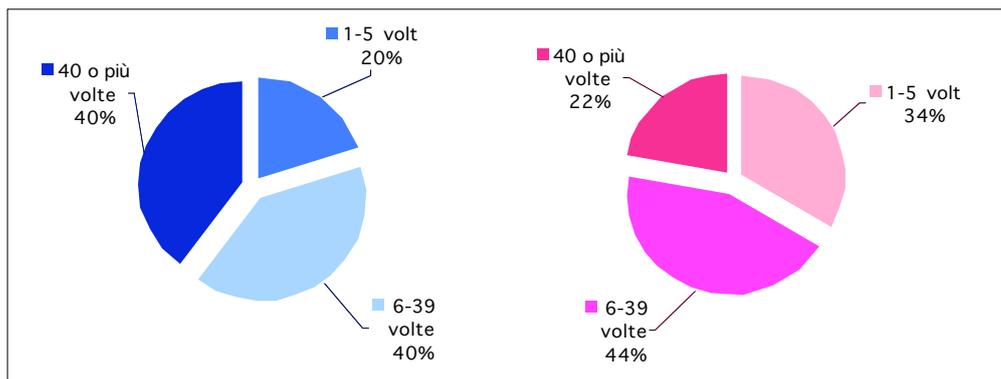
- b) grafico a destra: episodi di ubriacatura.

Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2007-2008

Come si è già precedentemente evidenziato, l'85,6% della popolazione ha consumato almeno una volta bevande alcoliche negli ultimi dodici mesi (grafico 11.9a). Di questi il 40% dei maschi consumatori ne ha fatto uso, nell'arco dell'anno, 40 o più volte, contro il 22,3% delle femmine, mentre, il 20% dei maschi ed il 33,7% delle femmine riferisce di averne fatto uso da una e 5 volte (grafico 11.11).

**Grafico 11.11: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di alcol nella popolazione generale (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).**

a) grafico a sinistra: maschi;



b) grafico a destra: femmine.

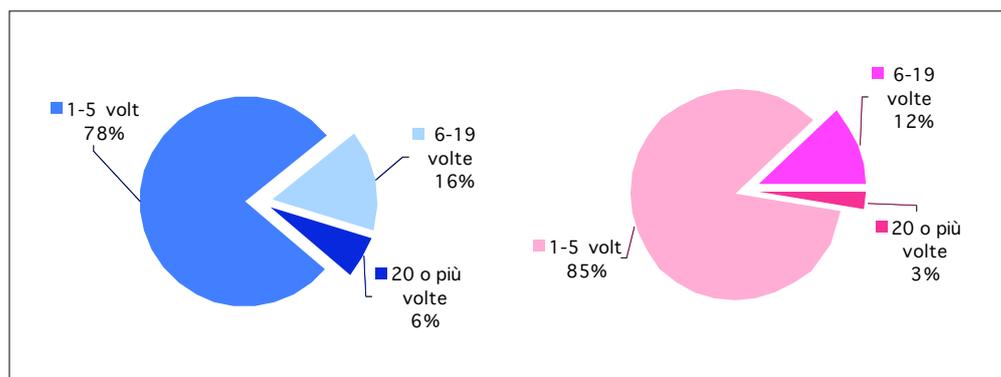
Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2007-2008

Tra i soggetti che hanno abusato di alcol almeno una volta negli ultimi dodici mesi, che sono il 21,2% degli italiani (grafico 11.9b), la maggioranza sia dei maschi (78%) che delle femmine (85,2%) si è ubriacata al massimo 5 volte. Una quota di soggetti si è ubriacata tra le 6 e le 19 volte (15,7% dei maschi e 12% delle femmine) e 20 o più volte (6,3% dei maschi e 2,8% delle femmine) (Grafico 11.12).

**Grafico 11.12: Distribuzione della frequenza di ubriacature fra coloro che hanno avuto episodi di intossicazioni da alcol (ubriacature) nella popolazione generale (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).**

a) grafico a sinistra: maschi;

b) grafico a destra: femmine.



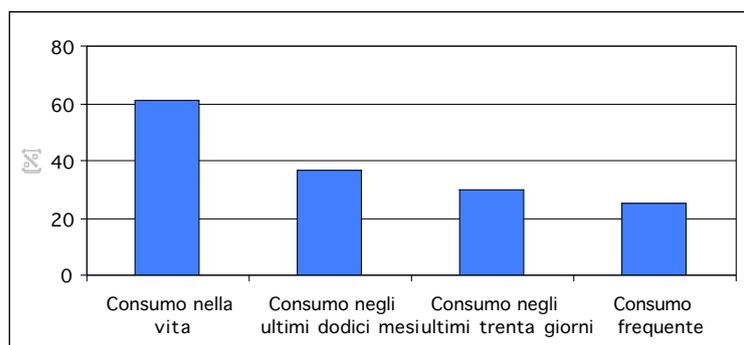
Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2007-2008

### 11.2.2 Consumi di tabacco

Il 61,1% della popolazione italiana ha fumato sigarette una o più volte nella vita ed il 24,7% è un fumatore quotidiano (almeno una sigaretta al giorno). Quasi un terzo di coloro che hanno sperimentato l'uso di tabacco fumano sigarette ogni giorno. Si rileva poi una quota di soggetti che, pur non essendo fumatori

quotidiani hanno usato sigarette negli ultimi trenta giorni (30% in totale) e negli ultimi dodici mesi (36,3% in totale) (Grafico 11.13).

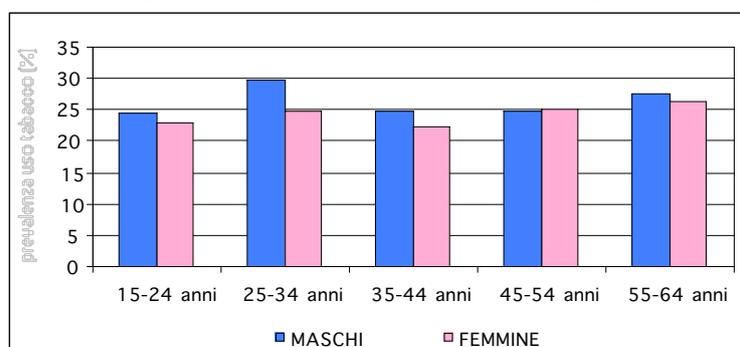
**Grafico 11.13: Uso di tabacco nella popolazione generale (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni, consumo giornaliero).**



Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2007-2008

Dal grafico 11.14 si può osservare che, nella popolazione generale, sono soprattutto i soggetti di genere maschile a fumare (26% contro il 23,7% femmine), solo tra i soggetti di età compresa tra i 45 e i 54 anni le prevalenze sono sostanzialmente simili (circa 25%). Fumano quotidianamente sigarette in percentuale più elevata i maschi di età compresa tra i 25 ed i 34 anni (29,7%) mentre tra le femmine sono le 55-64enni (26,3%) a riferire una maggiore abitudine al fumo. In generale, per le altre classi d'età, i soggetti di sesso maschile fanno attestare consumi intorno al 24,5%, più elevati solo tra i 55-64enni (27%), mentre, per le femmine le prevalenze oscillano tra il 22,2% delle 35-44enni ed il 25% delle 45-54enni (Grafico 11.13).

**Grafico 11.14: Uso giornaliero di tabacco nella popolazione generale (almeno una sigaretta al giorno negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.**

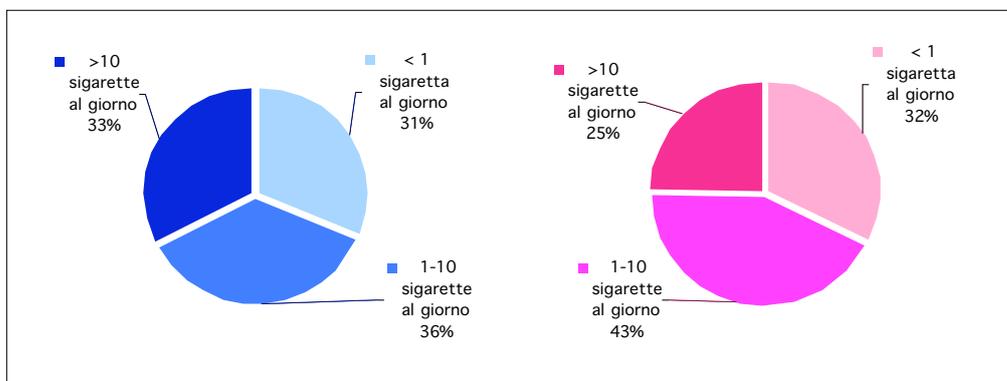


Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2007-2008

Come si osserva dal grafico 11.12, il 36,6% della popolazione riferisce di aver fumato sigarette negli ultimi dodici mesi, tra questi soggetti il 32,9% dei maschi ed il 24,7% delle femmine fumano più di dieci sigarette al dì, il 35,7% dei maschi ed il 42,9% delle femmine fumano da una a dieci sigarette il giorno; i rimanenti sono soggetti che non fumano quotidianamente (Grafico 11.15).

**Grafico 11.15: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di tabacco nella popolazione generale (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).**

- a) grafico a sinistra: maschi;  
 b) grafico a destra: femmine.



Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2007-2008

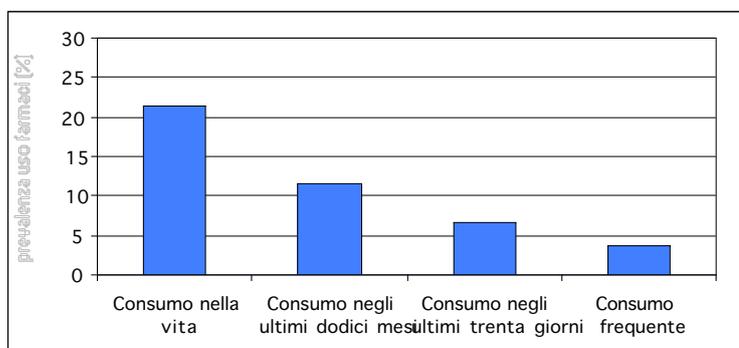
### 11.2.3 Consumi di farmaci psicoattivi

#### Psicofarmaci

Tranquillanti, sedativi e antidepressivi sono usati sia come farmaci prescritti dal medico sia come droghe illecite, cioè senza prescrizione.

Il 21,4% degli italiani ne ha fatto uso almeno una volta nella vita, l'11,7% negli ultimi dodici mesi, il 6,5% riferisce di averli utilizzati negli ultimi trenta giorni ed il 3,6% ne fa un uso giornaliero (quasi un sesto di coloro che hanno provato almeno una volta) (Grafico 11.16).

**Grafico 11.16: Uso di psicofarmaci nella popolazione generale (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni, consumo frequente).**

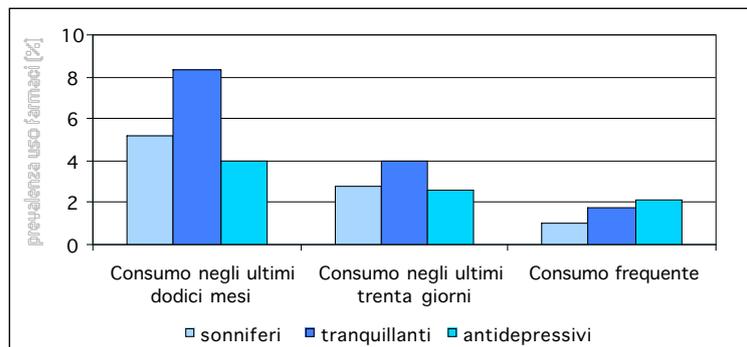


Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2007-2008

Nell'arco temporale degli ultimi dodici mesi e degli ultimi trenta giorni sono i tranquillanti la tipologia di psicofarmaco maggiormente utilizzata (8,4% e 4,0% rispettivamente contro il 5,1% ed il 4% di sonniferi ed il 2,8% ed il 2,6% degli antidepressivi).

Per quanto riguarda l'uso quotidiano invece sono gli antidepressivi ad esser maggiormente utilizzati (2,2% contro l'1% dei sonniferi e l'1,7% dei tranquillanti) (Grafico 11.17).

**Grafico 11.17: Uso di sonniferi, tranquillanti ed antidepressivi nella popolazione generale (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni, consumo frequente).**



frequente).

Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2007-2008

Il consumo di psicofarmaci appare maggiormente diffuso tra le femmine: come si osserva nel grafico 11.18, per tutte le fasce d'età e per ogni tipologia di farmaco le prevalenze femminili sono superiori a quelle dei maschi.

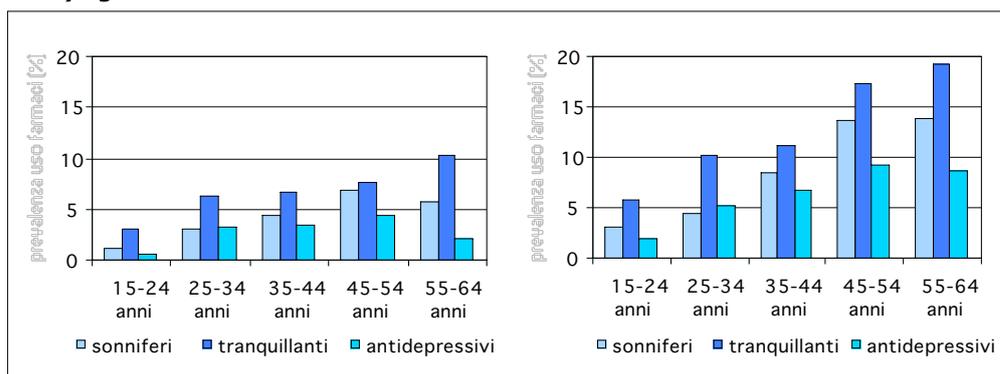
Considerando la popolazione non disaggregata per età, il rapporto maschi/femmine è di 0,5 per sonniferi ed antidepressivi e 0,6 per i tranquillanti; le femmine consumano cioè in percentuale mediamente doppio rispetto ai maschi.

Questa differenza nelle prevalenze d'uso è particolarmente accentuata nel caso degli antidepressivi e dei sonniferi nella fascia d'età 55-64 anni, per questi soggetti il rapporto maschi/femmine è rispettivamente di 0,2 e 0,4; per i tranquillanti, differenze maggiori si osservano invece tra i 45 ed i 54 anni (ne dichiarano l'uso il 17,3% delle femmine contro il 7,6% dei maschi).

A differenza delle altre sostanze indagate, il consumo di psicofarmaci aumenta sensibilmente all'aumentare dell'età degli intervistati.

**Grafico 11.18: Uso di psicofarmaci nella popolazione generale (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Confronto per tipologia di farmaco.**

- a) grafico a sinistra: maschi;
- b) grafico a destra: femmine.

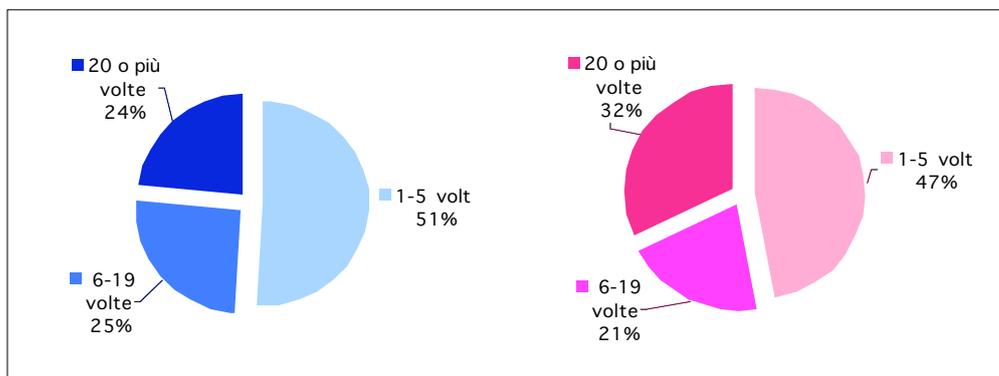


Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2007-2008

Tra coloro che hanno assunto farmaci per dormire negli ultimi dodici mesi (5,1% della popolazione), la quota di femmine che ne ha fatto uso più di 20 volte è del 32,3%, valore che scende al 23,6% tra i maschi. Circa la metà della popolazione di entrambi i generi ha usato i sonniferi meno di 5 volte mentre il 25,5% dei maschi ed il 20,8% delle femmine li ha usati da 6 a 19 volte (Grafico 11.19).

**Grafico 11.19: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di farmaci per dormire nella popolazione generale (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).**

- a) grafico a sinistra: maschi;  
b) grafico a destra: femmine.

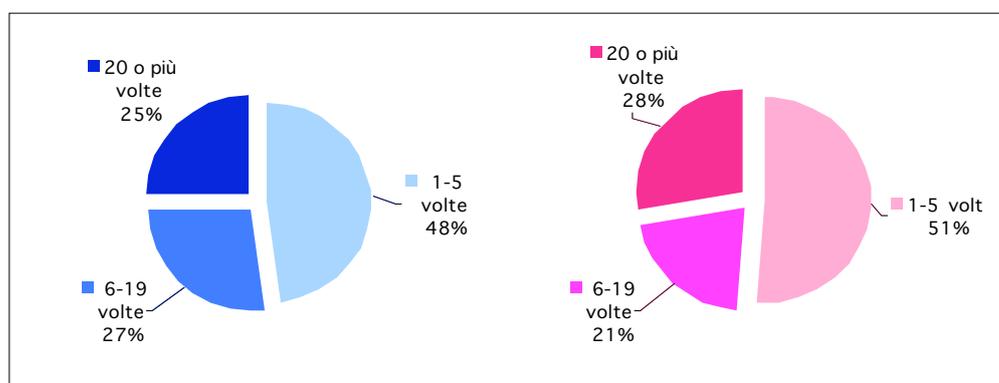


Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2007-2008

La distribuzione della frequenza di utilizzo dei tranquillanti non è particolarmente dissimile dalla distribuzione descritta per i sonniferi: il 27,7% delle femmine contro il 25% dei maschi ne ha fatto uso più di 20 volte, il 27,2% dei maschi ed il 21,2% delle femmine tra le 6 e le 19 volte nell'anno e la metà circa della popolazione di entrambi i generi li ha utilizzati meno di 5 volte (Grafico 11.20).

**Grafico 11.20: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di tranquillanti nella popolazione generale (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).**

- a) grafico a sinistra: maschi;  
b) grafico a destra: femmine.

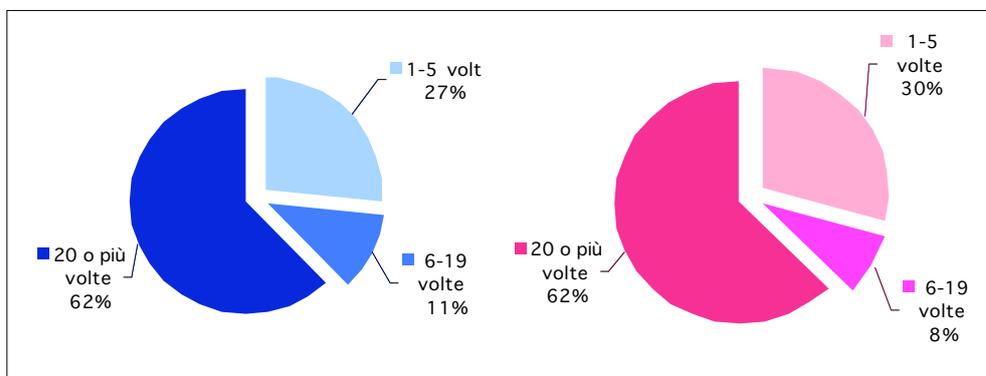


Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2007-2008

I soggetti che assumono antidepressivi, pur essendo in proporzione minore rispetto ai consumatori di altri farmaci, sembrano farne un uso tendenzialmente più intenso: la quota di coloro che ne assumono, con una frequenza maggiore di 20 volte in un anno, è pari al 62% tra maschi e al 62,6% tra le femmine. (Grafico 11.21).

**Grafico 11.21: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di antidepressivi nella popolazione generale (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).**

- a) grafico a sinistra: maschi;  
b) grafico a destra: femmine.

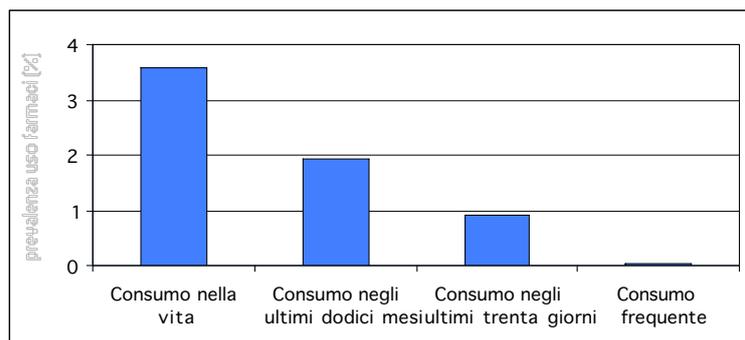


Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2007-2008

### Farmaci per l'impotenza

Il 3,6% del campione intervistato (soggetti di genere maschile) dichiara di aver fatto uso di farmaci per l'impotenza almeno una volta nella vita, l'1,9% negli ultimi dodici mesi e lo 0,9% negli ultimi trenta giorni (grafico 11.22).

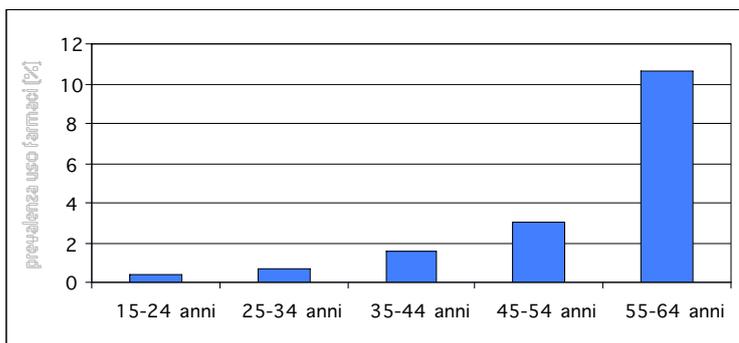
**Grafico 11.22: Uso di farmaci per l'impotenza nella popolazione maschile generale (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni, consumo frequente).**



Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2007-2008

L'uso di farmaci per l'impotenza si rileva in tutte le fasce d'età ma, in particolar modo, nella fascia d'età più alta: ne riferiscono l'uso il 10,7% delle persone di età compresa tra i 55 ed i 64 anni, il 3,1% dei 45-54enni e l'1,6% dei soggetti tra i 35 ed i 44 anni (Grafico 11.23).

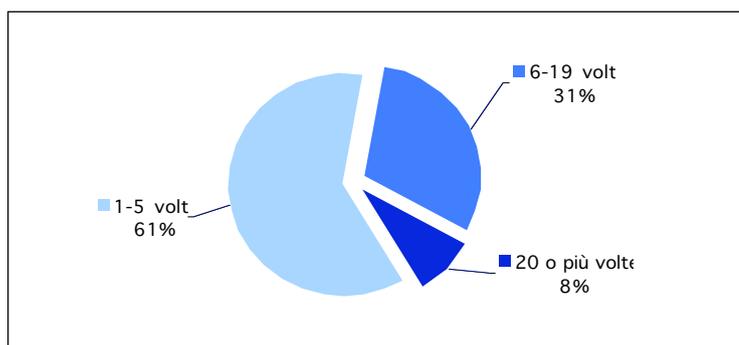
**Grafico 11.23: Uso di farmaci per l'impotenza nella popolazione generale maschile (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per classi d'età.**



Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2007-2008

Questo comportamento appare più un atteggiamento occasionale che non abitudinario, infatti, rispetto alla frequenza d'uso, tra i consumatori di farmaci per l'impotenza il 61% ne ha fatto uso meno di 5 volte in un anno, il 30,5% li ha utilizzati da 6 a 19 volte e l'8,5% più di 20 volte (Grafico 11.24).

**Grafico 11.24: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di farmaci per l'impotenza nella popolazione generale maschile (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).**



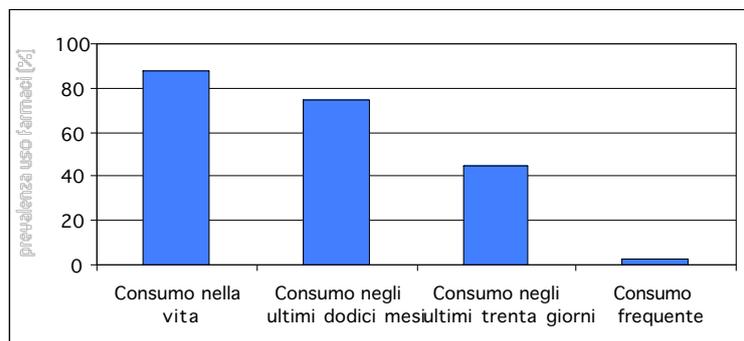
Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2007-2008

### Farmaci per il dolore

L'87,8% degli italiani ha assunto nella vita di farmaci antidolorifici, il 74,8% ne ha fatto uso negli ultimi dodici mesi; l'utilizzo regolare (ultimi trenta giorni) di questi farmaci coinvolge invece il 44,5% della popolazione e quello quotidiano il 2,3% (Grafico 11.25).

I farmaci per il dolore possono essere assunti senza prescrizione medica ad eccezione degli oppioidi che sono generalmente utilizzati, per finalità analgesica, sotto controllo medico.

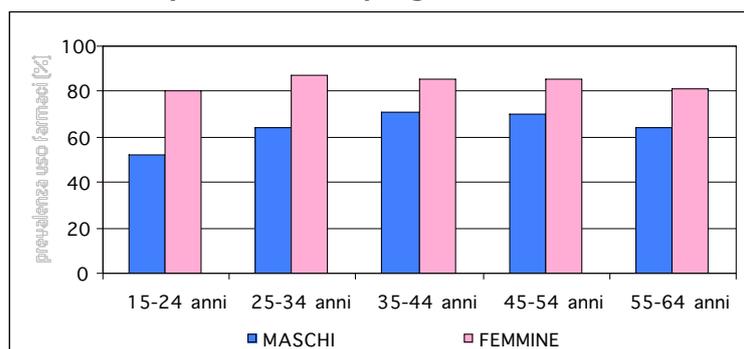
**Grafico 11.25: Uso di farmaci analgesici nella popolazione generale (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni, consumo frequente).**



Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2007-2008

Le prevalenze d'uso per i soggetti di genere femminile, nelle varie fasce d'età vanno da un minimo dell'80,7% tra i 15 e i 24 anni ad un massimo dell'87,1% delle 25-34enni. Tra i maschi il consumo è riferito da un minor numero di intervistati oscillando tra il 52,4% dei giovanissimi al 70,6% dei 35-44enni. Il rapporto maschi/femmine è pari complessivamente allo 0,7 (osserviamo sette maschi ogni dieci femmine che usano antidolorifici) (Grafico 11.26).

**Grafico 11.26: Uso di farmaci per il dolore nella popolazione generale (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.**

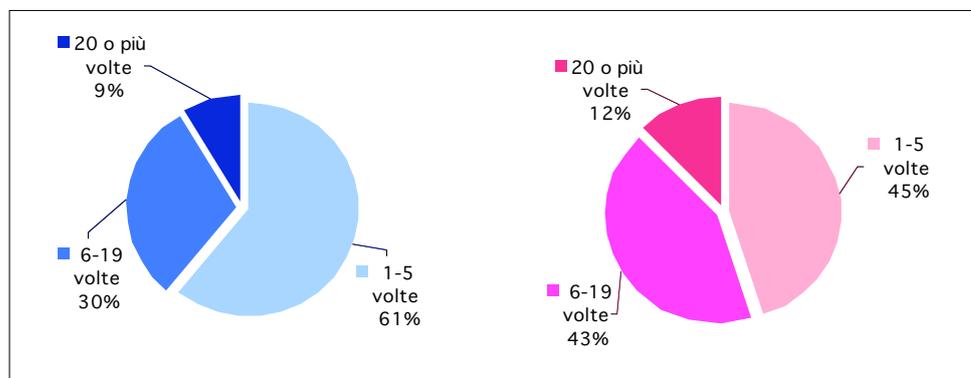


Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2007-2008

Tra gli utilizzatori di antidolorifici il 12% delle femmine ne ha fatto uso 20 o più volte l'anno, contro l'8,7% dei maschi; il 43% delle femmine ed il 30,4% dei maschi hanno usato tali farmaci dalle 6 e alle 19 volte (Grafico 11.27).

**Grafico 11.27: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di farmaci per il dolore nella popolazione generale (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).**

- a) grafico a sinistra: maschi;  
b) grafico a destra: femmine.

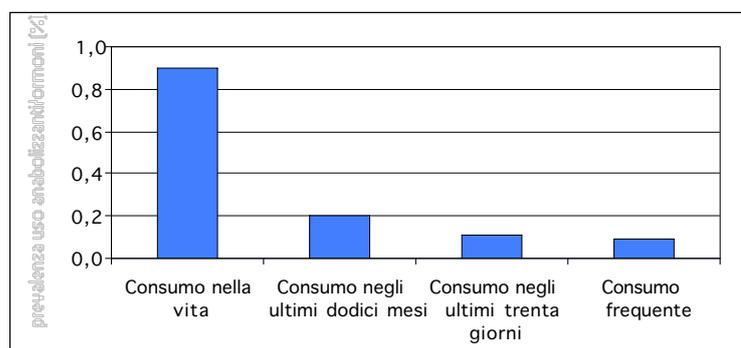


Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2007-2008

#### 11.2.4 Consumo di anabolizzanti per finalità di doping

Almeno una volta nella vita quasi l'1% dei soggetti ha fatto uso di anabolizzanti. Lo 0,2% li ha usati nell'ultimo anno e lo 0,1% ne fa un uso presumibilmente regolare; la medesima percentuale ne fa uso anche frequente (Grafico 11.28).

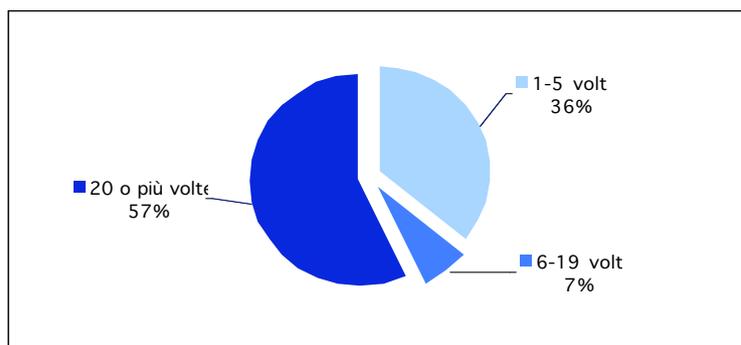
**Grafico 11.28: Uso di anabolizzanti e/o ormoni della crescita per finalità di doping nella popolazione generale (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni, consumo frequente).**



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2007-2008

Gli utilizzatori di anabolizzanti, ossia quelli che ne riferiscono l'uso negli ultimi dodici mesi, sono lo 0,3% dei soggetti di genere maschile e lo 0,1% delle femmine. Tra gli utilizzatori ben il 57% ne ha assunto 20 o più volte in un anno, il 7% tra le 6 e le 19 volte ed il 36% ne riporta l'assunzione al massimo 5 volte (Grafico 11.29).

**Grafico 11.29: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di anabolizzanti nella popolazione generale (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).**



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2007-2008

**Confronto tra pattern di utilizzo**

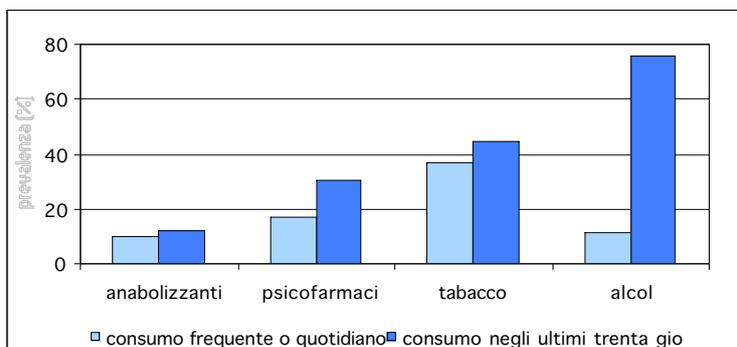
Nel grafico 11.30 sono esposte, per ogni sostanza considerata, le prevalenze d’uso frequente e relativo agli ultimi trenta giorni di coloro che hanno riferito l’uso delle varie sostanze una o più volte nella vita.

Tra i soggetti che hanno fatto uso di alcolici almeno una volta nella vita, l’11,3% ne fa un uso quotidiano ed il 75,8% ne ha fatto uso nell’ultimo mese. Tra coloro che hanno fumato sigarette il 36,8% ne fa un uso giornaliero ed il 44,8% ne ha fatto uso negli ultimi trenta giorni. Per quanto riguarda gli psicofarmaci, il 30,5% ne ha fatto uso negli ultimi trenta giorni, mentre il 17% ne fa un uso frequente. Coloro che hanno provato anabolizzanti almeno una volta nella vita, in una quota pari al 10% ne fanno un uso frequente ed il 12% ne ha fatto uso negli ultimi trenta giorni.

Come già rilevato in precedenza, nel grafico si evidenzia che il tabacco e gli anabolizzanti hanno il rapporto più elevato tra consumo regolare e frequente (0,82) e l’alcol il più basso (0,15).

Tale rapporto fornisce in qualche modo la misura della “addittività” del comportamento o, reciprocamente, la facilità con cui può essere tenuto sotto controllo il consumo; la maggiore addittività della nicotina (la sostanza che determina più rapidamente dipendenza sia tra quelle legali che tra quelle illegali) ha spiegazioni di carattere prettamente neurobiologico; quella degli anabolizzanti a fine di doping è più spiegabile con il fatto che l’effetto del farmaco (miglioramento delle performance sportive/percezione della propria immagine corporea ) si ottiene solo con l’uso regolare ed il farmaco ha uno scarso e discusso effetto di attivazione dei circuiti del piacere.

**Grafico 11.30: Distribuzione percentuale di consumo di sostanze psicoattive negli ultimi trenta giorni e consumo frequente o quotidiano tra i soggetti che hanno usato la sostanza una o più volte nella vita nella popolazione generale.**

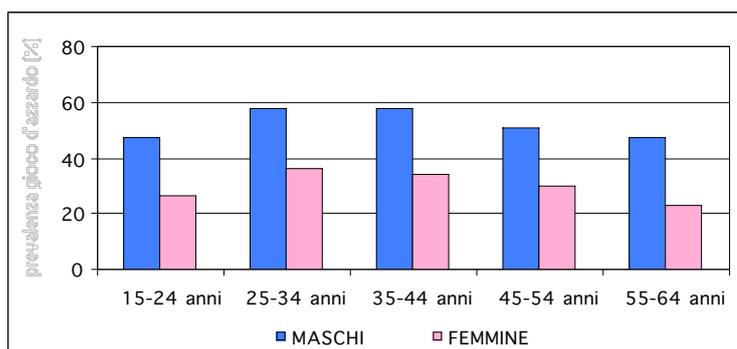


Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2007-2008

### 11.2.5 Gioco d'azzardo

Il 40% dei soggetti intervistati riferisce di avere giocato d'azzardo almeno una volta nella vita; coerentemente con quanto rilevato rispetto alla disapprovazione di questo tipo di comportamento, si rileva che sono soprattutto i maschi a rispondere di aver giocato (52,5% contro il 31% delle femmine); nelle classi di età estreme la percentuale di soggetti maschi che riferisce di avere giocato d'azzardo è praticamente doppia rispetto a quella delle femmine (47% contro 26% rispettivamente tra i 15 e i 24 anni e 47% contro 23% tra i 55 e i 64 anni) (Grafico 11.31).

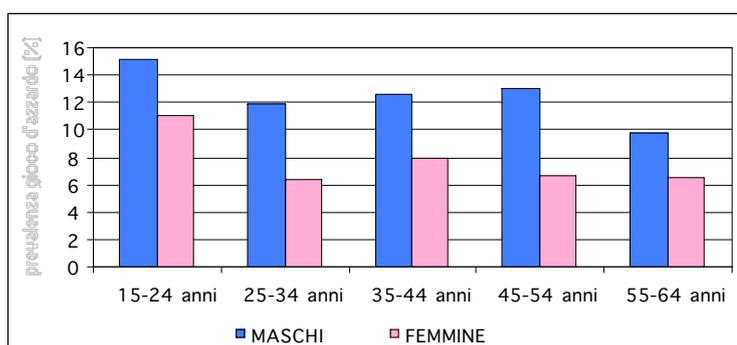
**Grafico 11.31: Prevalenza gioco d'azzardo nella popolazione generale (almeno una volta nella vita), articolata per genere e classe d'età.**



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2007-2008

Anche **l'impulso a giocare somme di denaro sempre maggiori** si osserva soprattutto tra i maschi (13% contro l'8% tra le femmine), ma vale la pena notare che in entrambi i sessi la prevalenza di soggetti che incorrono in questo tipo di comportamento è maggiore tra i giovanissimi (15% tra i maschi e 11% tra le femmine) e diminuisce sensibilmente nelle fasce di età più anziane (Grafico 11.32).

**Grafico 11.32: Prevalenza soggetti che riferiscono impulso a giocare somme maggiori nella popolazione generale tra coloro che hanno giocato d'azzardo, articolata per genere e classe d'età.**



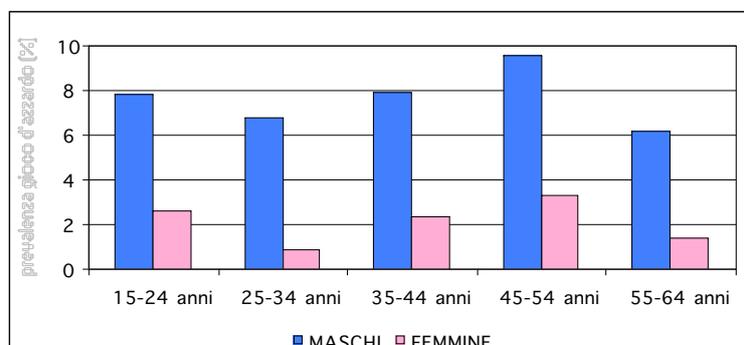
Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2007-2008

La prevalenza di **soggetti che hanno tenuto nascosta l'entità della somma di denaro giocata** è pari al 5,1% nella popolazione intervistata e risulta quasi 4 volte maggiore tra i maschi (7,7% contro il 2% delle femmine).

La distinzione per sesso e classe di età evidenzia, per entrambi i generi, che sono i soggetti tra i 45 e i 54 anni a tenere maggiormente nascosta la quantità di denaro giocata, rilevante è anche il dato relativo ai giovanissimi (7,9% dei

maschi e 2,6% delle femmine) e ai soggetti tra i 35 e i 44 anni (7,9% e 2,4% rispettivamente) (Grafico 11.33).

**Grafico 11.33: Prevalenza soggetti che riferiscono di tener nascosta l'entità del loro gioco ai familiari nella popolazione generale tra coloro che hanno giocato d'azzardo, articolata per genere e classe d'età.**

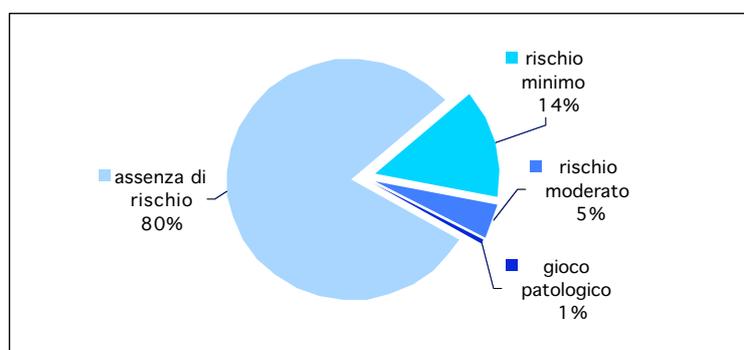


Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2007-2008

In base alle risposte al questionario CPGI (Canadian Problem Gambling Index) dei soggetti che riferiscono di avere giocato somme di denaro, si sono classificati gli intervistati in base al livello di problematicità connessa a questo tipo di comportamento.

Si osserva che per l'80% dei soggetti si può dire che ci sia assenza di rischio, al 14,5% risulta associato un rischio minimo, mentre per una piccola quota si rileva la presenza di un rischio moderato-gioco problematico (4,7%) o di gioco patologico (0,6%) (Grafico 11.34).

**Grafico 11.34: Distribuzione dei soggetti nella popolazione generale che riferiscono gioco di azzardo in base alla problematicità connessa a tale comportamento.**



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia@2007-2008

### 11.2.6 Fattori associati all'uso di sostanze psicoattive legali ed al gioco d'azzardo

Come per le sostanze illegali, anche per l'uso di sostanze psicoattive e per il gioco d'azzardo, è stata analizzata l'associazione con alcune caratteristiche dei soggetti rilevate nel questionario IPSAD@Italia.

Si sottolinea nuovamente che l'associazione non è indice di causa effetto ma semplicemente della presenza di fattori concomitanti.

Relativamente alle caratteristiche dei soggetti, l'analisi condotta evidenzia innanzitutto che l'abuso di alcol e l'uso di tabacco (almeno una sigaretta al giorno) e psicofarmaci negli ultimi 12 mesi risultano tutti comportamenti "positivamente" (relazione direttamente proporzionale) associati con l'essere

*separato/vedovo o divorziato* (OR 2,04;  $p < 0,05$  per l'alcol; OR 1,79;  $p < 0,05$  per il tabacco; OR 1,34;  $p < 0,05$  per gli psicofarmaci).

Il *non essersi "ubriacato" negli ultimi trenta giorni* risulta associato in maniera "negativa" (relazione inversamente proporzionale) sia con il consumo di tabacco negli ultimi 12 mesi (almeno una sigaretta al giorno) che con l'utilizzo di psicofarmaci, sempre nel medesimo arco temporale (OR 0,19;  $p < 0,05$  e OR 0,58;  $p < 0,05$  rispettivamente).

Un'associazione significativa e "negativa" emerge anche tra il *non essere fumatore* e l'aver fatto abuso di alcol negli ultimi 30 giorni (OR 0,19;  $p < 0,05$ ), con l'utilizzo negli ultimi 12 mesi di psicofarmaci e con il gioco patologico (OR 0,58;  $p < 0,05$  e OR 0,68;  $p < 0,05$  rispettivamente).

L'associazione è "negativa" anche *tral'aver alta percezione del rischio di far uso di droghe illegali e disapprovare l'uso di droghe illegali* ed episodi di ubriacatura negli ultimi 30 giorni (OR 0,23;  $p < 0,05$  e OR 0,32;  $p < 0,05$  rispettivamente), consumo di tabacco (OR 0,31;  $p < 0,05$  e OR 0,47;  $p < 0,05$  rispettivamente) e di psicofarmaci (OR 0,78;  $p < 0,05$  e OR 0,80;  $p < 0,05$ ) negli ultimi 12 mesi.

Tutti i comportamenti investigati risultano associati in maniera "positiva" con *avere avuto litigi/discussioni* (OR 1,72;  $p < 0,05$  per l'alcol; OR 1,35;  $p < 0,05$  per il tabacco; OR 1,68;  $p < 0,05$  per gli psicofarmaci; OR 2,30;  $p < 0,05$  per il gioco patologico) e con *l'essere stato coinvolto in risse* (OR 2,47;  $p < 0,05$  per l'alcol; OR 1,92;  $p < 0,05$  per il tabacco; OR 1,69;  $p < 0,05$  per gli psicofarmaci e OR 4,39;  $p < 0,05$  per il gioco patologico), associazione che risulta particolarmente forte con il gioco patologico. Sempre rispetto a problemi di tipo relazionale, si osserva anche un'associazione "positiva" con *l'aver avuto seri problemi con parenti/amici/colleghi* e i comportamenti analizzati (OR 1,47;  $p < 0,05$  per l'alcol; OR 1,40;  $p < 0,05$  per il tabacco; OR 2,00;  $p < 0,05$  per gli psicofarmaci; OR 2,13;  $p < 0,05$  per il gioco patologico).

*Avere avuto guai con la Polizia o segnalazione al Prefetto* risulta un fattore che ha una forte associazione positiva con l'abuso di alcol negli ultimi 30 giorni (OR 3,50;  $p < 0,05$ ), con il consumo quotidiano di tabacco (OR 2,48;  $p < 0,05$ ) e con il gioco patologico (e OR 3,49;  $p < 0,05$ ).

Rispetto *all'aver avuto una diminuzione nel rendimento scuola/lavoro* si osserva un'associazione "positiva" con l'uso di alcol negli ultimi 12 mesi (OR 1,76;  $p < 0,05$ ) e con il gioco patologico (OR 1,58;  $p < 0,05$ ); si rileva invece, singolarmente, un'associazione "positiva" tra *l'aver un livello di scolarità alto* e l'abuso di alcol negli ultimi 30 giorni (OR 2,30;  $p < 0,05$ ).

*Essere stato vittima di rapine o furti ed essere stato ricoverato al pronto soccorso* sono eventi che si sono manifestati soprattutto tra coloro che hanno fatto uso di psicofarmaci negli ultimi 12 mesi (OR 1,37;  $p < 0,05$  e OR 1,41;  $p < 0,05$  rispettivamente).

I comportamenti di consumo di sostanze psicoattive risultano associati in maniera positiva con *l'aver fatto incidenti alla guida di un veicolo* (OR 1,38;  $p < 0,05$  e OR 1,36;  $p < 0,05$  per l'alcol; OR 1,31 per il tabacco;  $p < 0,05$  per gli psicofarmaci).

### **11.3 CONSUMI PSICOATTIVI LEGALI NELLA POPOLAZIONE SCOLARIZZATA**

Lo studio ESPAD®Italia ha anche l'obiettivo di monitorare i consumi di sostanze illegali e psicoattive legali nella popolazione che frequenta le scuole superiori del nostro paese.

I dati sulla prevalenza dei consumi di alcol, tabacco, psicofarmaci, sostanze dopanti e gioco d'azzardo vengono raccolti attraverso il questionario ESPAD in trentacinque paesi dell'Unione Europea.

Il questionario contiene, a proposito dei vari consumi, domande sull'uso lifetime, sull'uso negli ultimi dodici mesi e sull'uso negli ultimi trenta giorni. La prevalenza

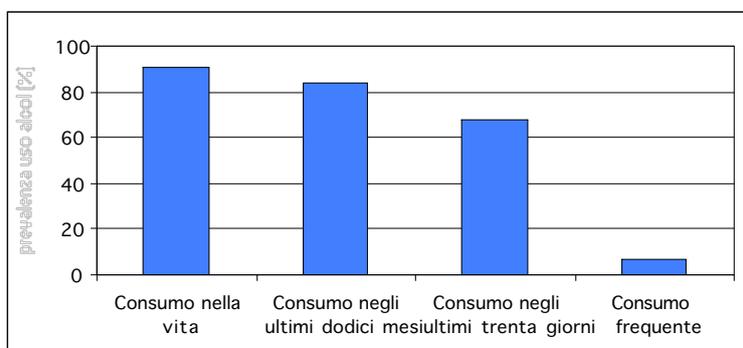
d'uso lifetime corrisponde alla quota dei soggetti che hanno utilizzato la sostanza almeno una volta nella vita. Un sottoinsieme di questi soggetti ha fatto uso anche negli ultimi dodici mesi ed una quota ancor minore anche negli ultimi trenta giorni.

Per uso frequente si intende il consumo avvenuto dieci o più volte negli ultimi trenta giorni nel caso di tranquillanti e anabolizzanti. Per quanto riguarda l'uso di alcol si intende invece per uso frequente quello, riferito dal soggetto, maggiore delle venti volte nell'ultimo mese.

### 11.3.1 Consumi di alcol

Circa il 91% degli studenti italiani ha bevuto alcolici una o più volte nella vita. Non tutti gli studenti sono però consumatori regolari, infatti coloro che consumano alcol quotidianamente sono il 6,5%. L'83,8% ha assunto alcol nell'ultimo anno e il 68,1% nell'ultimo mese (Grafico 11.35).

**Grafico 11.35: Uso di alcol nella popolazione scolarizzata (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni, consumo giornaliero).**



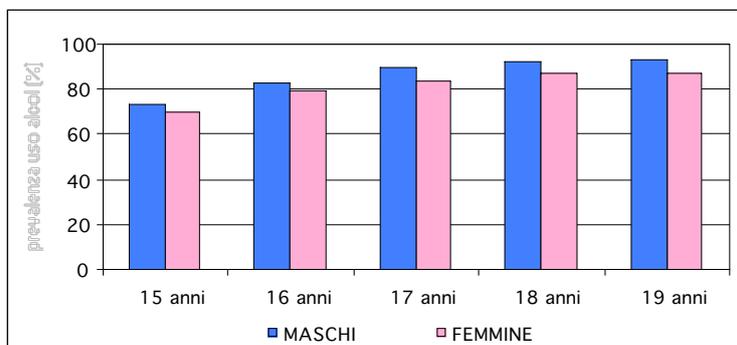
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2007

Il grafico 11.36 rappresenta la distribuzione per fasce di età e genere della prevalenza d'uso di alcolici negli ultimi dodici mesi.

I maschi che consumano sono tendenzialmente più numerosi delle femmine, in particolare i diciassettenni (l'89,7% contro l'83,3% delle ragazze) ed i diciannovenni (93,2% contro 86,7% delle femmine). Considerando tutte le fasce di età il rapporto tra la prevalenza d'uso dei maschi e quella delle femmine è di 1,05 per l'alcol, con una differenza inferiore a quella della cocaina (rispettivamente 1,65 e 2,08 per i diciottenni), e dell'eroina (1,33).

Per l'alcol l'incremento maggiore della prevalenza d'uso nel passaggio da una fascia di età ad un'altra si ha tra i quindici ed i sedici anni.

**Grafico 11.36: Uso di alcol nella popolazione scolarizzata (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.**

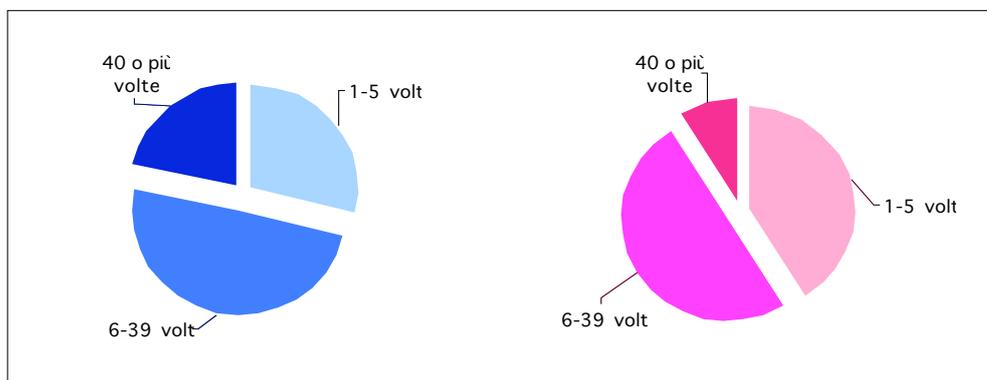


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2007

Tra i consumatori di alcol (una o più volte negli ultimi dodici mesi) che rappresentano l'83,8% del campione, la metà sia della popolazione maschile che della popolazione femminile ha bevuto alcolici tra le sei e le trentanove volte in un mese. È nei pattern di uso più "pesante" e più "leggero" che si accentua la differenza di genere: i maschi hanno consumato alcolici quaranta o più volte nel 21,7% dei casi mentre le femmine nell'8,8%. La frequenza più bassa di utilizzo negli ultimi dodici mesi (tra una e cinque volte) si ha nel 41% delle bevitrici e nel 28,8% dei bevitori (Grafico 11.37).

**Grafico 11.37: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di alcol nella popolazione scolarizzata (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).**

- a) grafico a sinistra: maschi;  
b) grafico a destra: femmine.



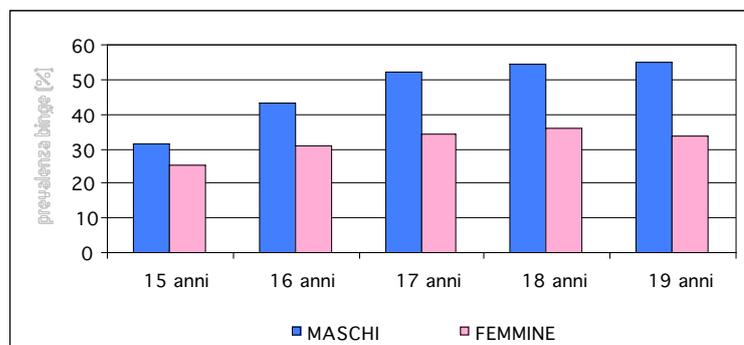
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2007

Il grafico 11.38 rappresenta la distribuzione per fascia di età e genere della prevalenza di soggetti che hanno riferito di aver fatto cinque o più bevute di fila (binge drinking) negli ultimi trenta giorni.

Il fenomeno sembra interessare maggiormente i soggetti di sesso maschile (47% contro il 32% delle coetanee), tuttavia, tra i 15enni le differenze tra i generi sono minori (maschi 31% e femmine 25%) e sembra esserci un progressivo decrescere delle differenze di genere col diminuire dell'età.

Dal grafico si può notare che la prevalenza di coloro che praticano il binge drinking aumenta con l'età ma tende a stabilizzarsi intorno ai 18-19 anni nei maschi (55%), e nelle ragazze tra i 17-19 anni (34%), con un leggero incremento nelle 18enni (36%).

**Grafico 11.38: Binge drinking nella popolazione scolarizzata (una o più volte negli ultimi 30 giorni). Distribuzione per genere e classi d'età.**

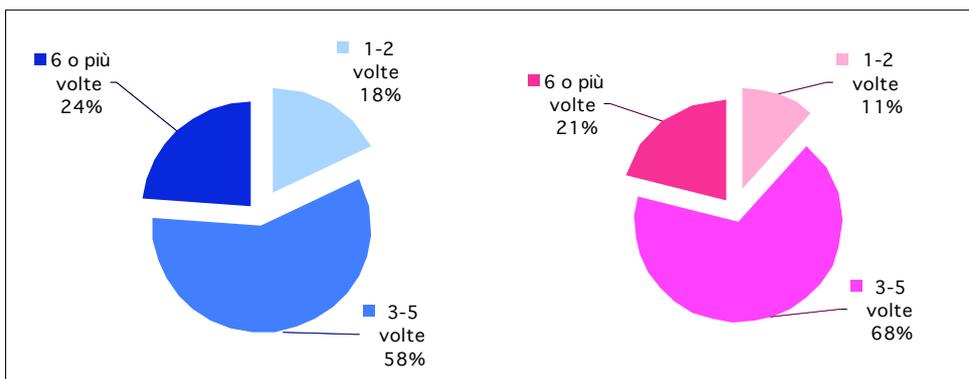


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2007

Tra coloro che hanno consumato 5 o più “bevute” di fila (una o più volte negli ultimi trenta giorni), che rappresentano il 39,5% del campione, il 58,5% dei maschi ed il 68% delle femmine riferisce di averlo fatto da 3 a 5 volte. La frequenza più bassa (al massimo due volte) si ha nell’11% delle ragazze e nel 17,5% dei ragazzi, mentre la frequenza più alta (6 o più volte) nel 24% dei maschi e nel 21% delle femmine (Grafico 11.39).

**Grafico 11.39: Distribuzione della frequenza di episodi di binge drinking nella popolazione scolарizzata fra coloro che l’hanno praticato (almeno una volta negli ultimi 30 giorni).**

- a) grafico a sinistra: maschi;
- b) grafico a destra: femmine.



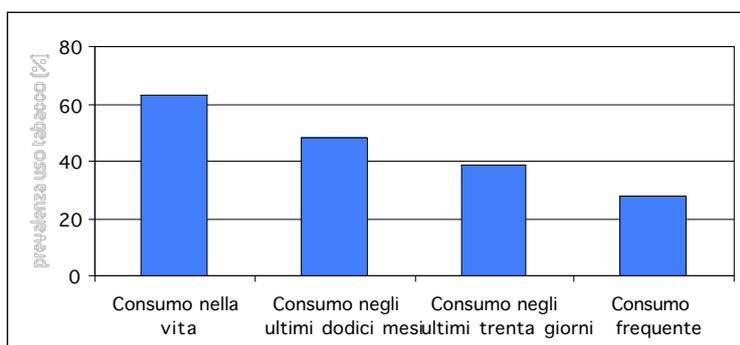
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2007

### 11.3.2 Consumi di tabacco

Il consumo quotidiano di sigarette riguarda il 28,1% degli studenti ed il 63,3% di questi ha fumato sigarette una o più volte nella vita. Il 48,4% ne riferisce l’uso negli ultimi dodici mesi ed il 38,8% negli ultimi trenta giorni. Tra coloro che hanno sperimentato l’uso di tabacco almeno una volta nella vita poco meno della metà (44,4%) risulta essere un fumatore (Grafico 11.40).

Si tratta della sostanza psicoattiva con la maggior frazione di consumo problematico; ciò in virtù da un lato della additività della nicotina, una delle sostanze psicoattive più potenti in tal senso, e dall’altro dallo stato di legalità, pur in un quadro di crescente riprovazione sociale dell’uso e di restrizione dei luoghi destinati al consumo.

**Grafico 11.40: Uso di tabacco nella popolazione scolарizzata (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni, consumo giornaliero).**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2007

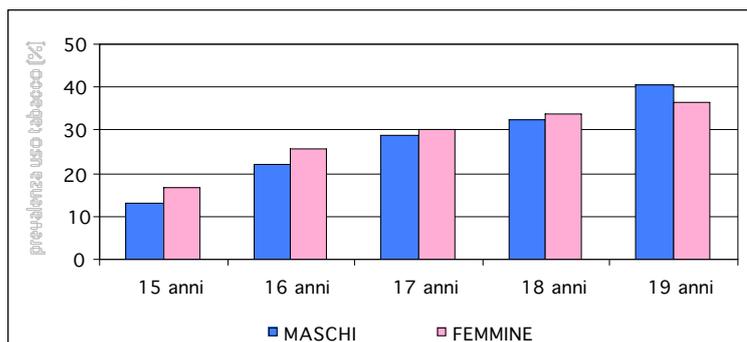
La nicotina è l’unica sostanza psicoattiva, ad eccezione degli stimolanti per la fascia d’età dei quindicenni, in cui la proporzione di genere è invertita tra i 15 ed i 18 anni.

La percentuale di studentesse che ha fumato sigarette quotidianamente nel corso del 2007 è maggiore della percentuale relativa ai coetanei maschi per ogni

fascia di età, fatta eccezione per i diciannovenni (40,6% dei maschi contro il 36,5% delle coetanee).

Da sottolineare che circa il 13% dei maschi ed il 16,5% delle femmine di quindici anni di età fuma quotidianamente almeno una sigaretta. Come per l'alcol, si può notare che il momento di maggior incremento nella prevalenza d'uso si ha tra i quindici ed i sedici anni, sia per i maschi (8,9% di incremento) che per le femmine (9,3% in più delle sedicenni rispetto alle quindicenni): si nota inoltre un aumento dell'uso giornaliero di sigarette per i maschi nel passaggio tra i diciotto ed i diciannove anni (8,1%) (Grafico 11.41).

**Grafico 11.41: Uso di tabacco nella popolazione scolariizzata (almeno una sigaretta al giorno negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2007

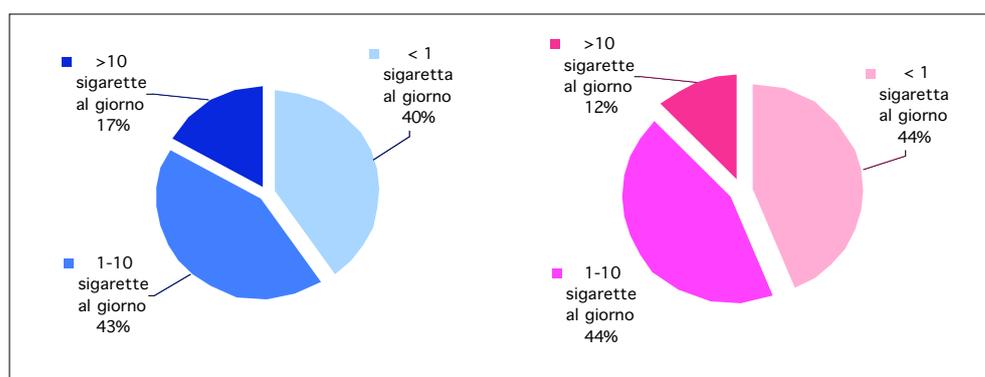
Tra i soggetti che riportano l'uso di sigarette negli ultimi dodici mesi più del 50% sia dei maschi che delle femmine ne riferisce l'uso quotidiano.

Per quanto riguarda l'entità del consumo si ripristina il tradizionale rapporto di genere: il 17% dei maschi ed il 12,3% delle femmine fuma più di dieci sigarette al giorno, il 42,9% dei maschi ed il 44,2% delle coetanee fuma quotidianamente dieci sigarette o meno.

Tra i giovani c'è comunque anche una larga parte di fumatori (il 40,2% dei maschi ed il 43,5% delle femmine) che fa un uso del tutto sporadico del tabacco (Grafico 11.42).

**Grafico 11.42: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di tabacco nella popolazione scolariizzata (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).**

a) grafico a sinistra: maschi;



b) grafico a destra: femmine.

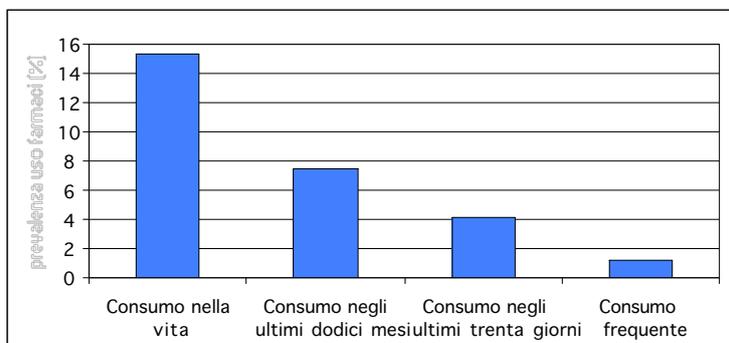
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2007

### 11.3.3 Consumi di farmaci psicoattivi

Tranquillanti, sedativi, farmaci per l'iperattività e/o l'attenzione, per fare diete, per dormire e/o rilassarsi e per l'umore possono essere utilizzati sia come

farmaci prescritti legalmente sia come sostanze psicoattive illecite, cioè senza prescrizione medica. Il 15,3% degli studenti riferisce di avere usato, almeno una volta, farmaci attivi sulla psiche senza prescrizione medica, il 4,1% ne ha fatto uso nell'ultimo mese e l'1,2% ne riferisce un consumo frequente (Grafico 11.43).

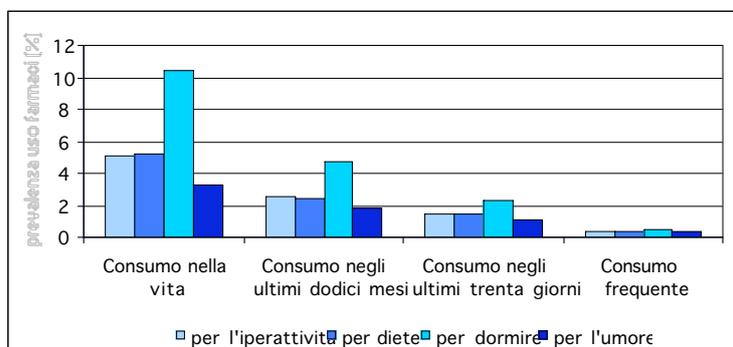
**Grafico 11.43: Uso di farmaci psicoattivi nella popolazione scolarizzata (per l'iperattività e/o l'attenzione, per fare diete, per dormire e/o rilassarsi e per l'umore) (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni, consumo frequente).**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2007

Distinguendo per tipologia di farmaco si osserva che la quota maggiore di consumi riferiti sono quelli relativi ai farmaci per dormire e/o rilassarsi (10,4% come consumo nella vita, 4,8% nell'ultimo anno, 2,3% negli ultimi trenta giorni e 0,5% come uso frequente) (Grafico 11.44).

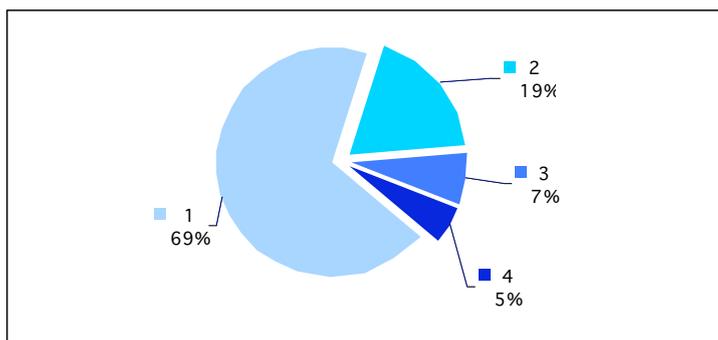
**Grafico 11.44: Uso di farmaci psicoattivi nella popolazione scolarizzata (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni, consumo frequente). Confronto per tipologia di farmaco.**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2007

Il 69% del collettivo considerato ha assunto nel corso del 2007 un solo tipo di farmaco il 19% due, il 5% degli intervistati ne ha assunte quattro tipologie diverse e il 7% tre (Grafico 11.45).

**Grafico 11.45: Distribuzione del numero di farmaci psicoattivi assunti fra i consumatori di tali farmaci nella popolazione scolarizzata (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).**



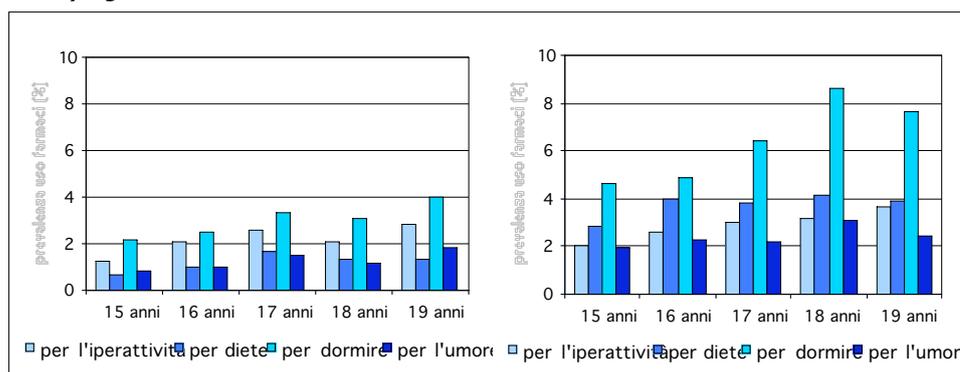
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2007

Le caratteristiche dei pattern di uso per genere sono, nel caso degli psicofarmaci, molto diversi rispetto alle altre sostanze psicoattive.

Nel grafico 11.46 possiamo osservare la distribuzione dell'uso di farmaci per età e genere. I maggiori consumatori di farmaci sono le ragazze che tendono a consumare queste sostanze in percentuale doppia rispetto ai coetanei: complessivamente il rapporto tra le prevalenze d'uso maschili e femminili è di 0,76 per i farmaci per l'iperattività, 0,54 tra i farmaci per l'umore, 0,46 per dormire e 0,32 per le diete. A diciotto anni l'8,6% delle studentesse riporta di aver fatto uso di farmaci per dormire, una o più volte negli ultimi dodici mesi, ed il 4,1% di farmaci per le diete. Le prevalenze d'uso di farmaci per dormire aumentano molto tra i quindici ed i diciotto anni (da 4,6% ad 8,6%) per poi diminuire a diciannove anni (7,7%); l'uso dei farmaci per le diete ha invece un andamento più stabile, fatta eccezione per il particolare incremento che si osserva tra i quindici ed i sedici anni (da 2,8% a 4% rispettivamente). Per quanto riguarda la popolazione maschile, sono i diciannovenni che consumano le varie tipologie di farmaci in misura maggiore: il 2,8% del campione usa farmaci per l'iperattività, il 4,0% usa farmaci per dormire e l'1,9% per l'umore. Sono invece i diciassetenni i maggiori utilizzatori di farmaci per le diete (1,6%).

**Grafico 11.46: Uso di farmaci psicoattivi nella popolazione scolarrizzata (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Confronto per tipologia di farmaco.**

- a) grafico a sinistra: maschi;
- b) grafico a destra: femmine.

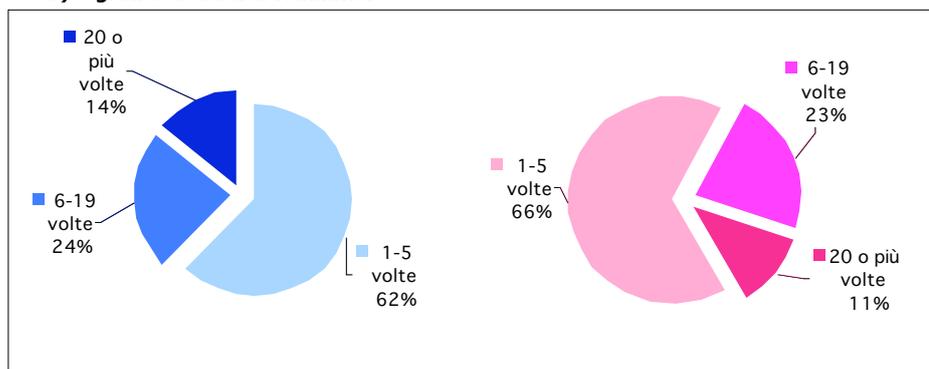


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2007

Per quanto riguarda i farmaci per l'iperattività, i maschi che ne riferiscono l'uso li hanno utilizzati venti o più volte nel 14,2% dei casi, contro l'11,3% delle femmine. Il 66% delle femmine e il 62,2% dei maschi li ha usati al massimo 5 volte nell'anno (Grafico 11.47).

**Grafico 11.47: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di farmaci per l'iperattività nella popolazione scolarrizzata (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).**

- a) grafico a sinistra: maschi;
- b) grafico a destra: femmine.

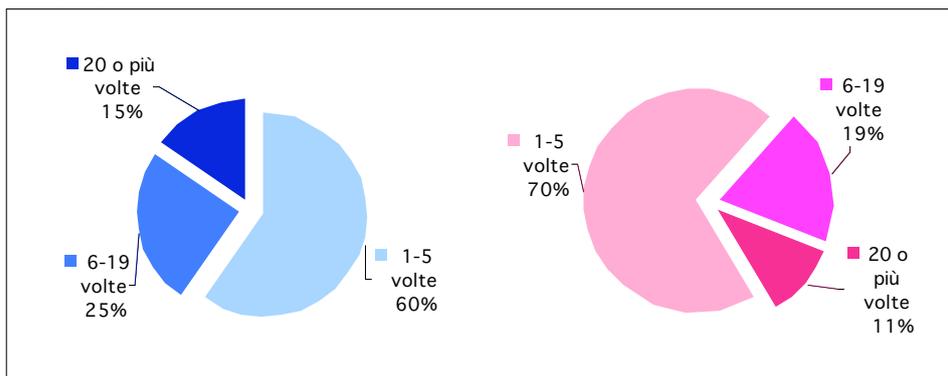


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2007

I farmaci per le diete vengono utilizzati in maniera diversa in base al genere. Il 69,7% delle femmine ed il 59,5% dei maschi ne ha fatto uso meno di cinque volte, il 19,4% delle femmine ed il 25,1% dei maschi tra le sei e le diciannove volte, il 10,9% delle femmine ed il 15,3% dei maschi venti o più volte nell'anno (Grafico 11.48).

**Grafico 11.48: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di farmaci per le diete nella popolazione scolarizzata (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).**

- a) grafico a sinistra: maschi;
- b) grafico a destra: femmine.

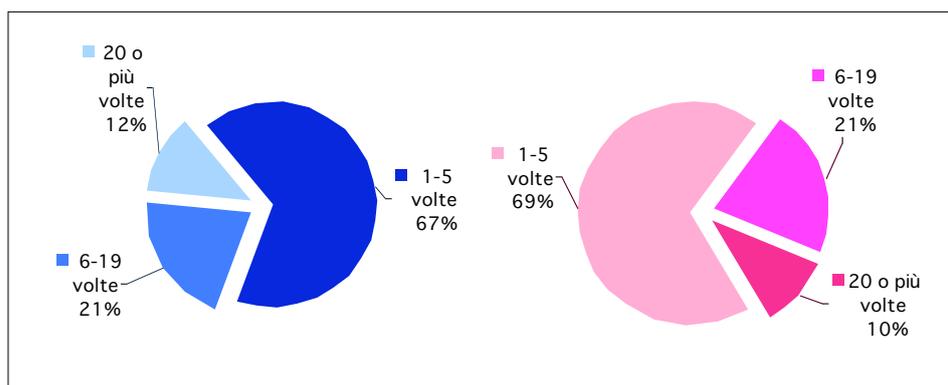


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2007

Le distribuzioni di frequenza di uso in un anno dei farmaci per dormire, tra i consumatori, si rivelano invece molto simili tra maschi e femmine. Il 21% circa dei soggetti di entrambi i generi ne ha fatto uso tra le sei e le diciannove volte, il 12% dei maschi ed il 10% delle femmine venti o più volte e la restante parte ha consumato meno di cinque volte (Grafico 11.49).

**Grafico 11.49: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di farmaci per dormire nella popolazione scolarizzata (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).**

- a) grafico a sinistra: maschi;
- b) grafico a destra: femmine.

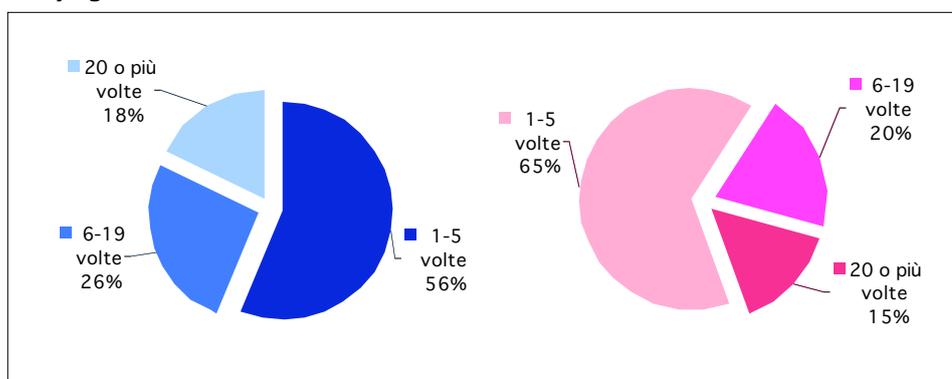


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2007

Tra i soggetti che riferiscono l'uso di farmaci per l'umore, il 17,9% dei maschi ed il 15% delle femmine ne ha fatto uso venti o più volte nel corso dell'anno. Tali farmaci sono stati usati da una a cinque volte dal 56,3% dei maschi e dal 64,7% delle femmine (Grafico 11.50).

**Grafico 11.50: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di farmaci per l'umore nella popolazione scolarizzata (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).**

a) grafico a sinistra: maschi;  
b) grafico a destra: femmine.

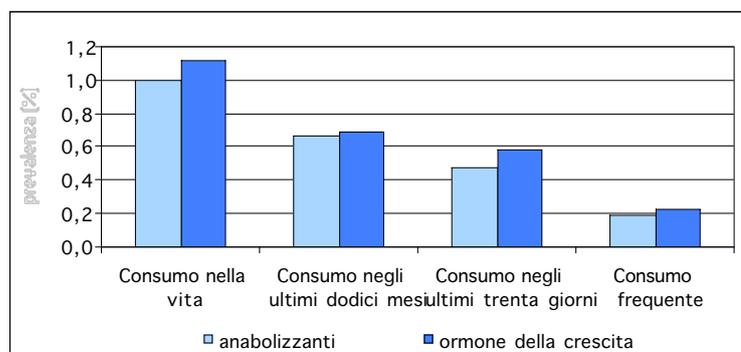


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2007

### 11.3.4 Consumi di anabolizzanti per finalità di doping

L'uso di anabolizzanti per finalità non di cura nella vita è riferito da circa l'1% degli studenti rispondenti, negli ultimi dodici mesi dallo 0,67% e negli ultimi trenta giorni dallo 0,47%. Il consumo di ormone della crescita come sostanza dopante (almeno una volta nella vita) è riferito sempre dall'1,1% degli studenti, negli ultimi dodici mesi dal 0,69% e lo 0,58% degli intervistati l'ha usato negli ultimi trenta giorni. Il consumo frequente di anabolizzanti e di ormone della crescita si attesta intorno allo 0,2% (Grafico 11.51).

**Grafico 11.51: Uso di anabolizzanti e ormone della crescita nella popolazione scolarizzata (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni, consumo frequente).**



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2007

Sono gli studenti di sesso maschile ad essere maggiormente esposti al consumo di tali sostanze negli ultimi dodici mesi (Grafico 11.52).

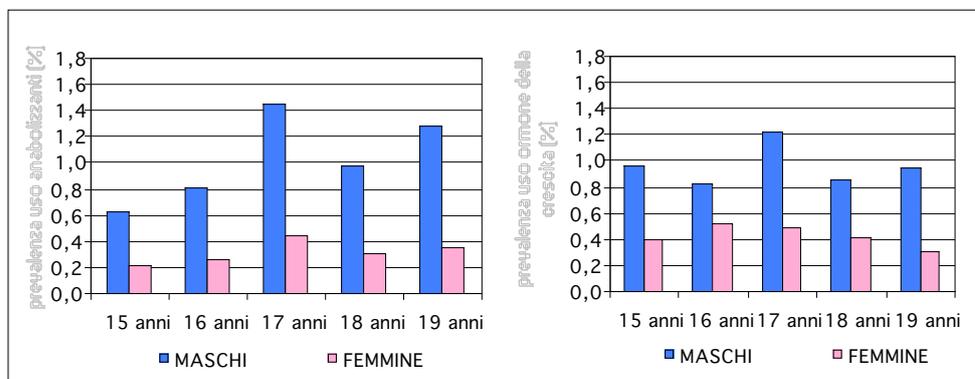
L'uso di anabolizzanti riguarda l'1% dei maschi e lo 0,32% delle femmine. Sono gli studenti 17enni di ambo i generi a riferire una maggiore affinità alla sostanza (maschi:1,5%; femmine:0,4%), tuttavia, le prevalenze d'uso vanno dallo 0,2% delle ragazze e 0,6% dei ragazzi della classe d'età inferiore allo 0,35% e 1,3% dei 19enni rispettivamente femmine e maschi.

Per quanto riguarda il consumo di ormone della crescita si riscontrano distribuzioni diverse tra i generi. Tra le ragazze sembra interessare maggiormente le classi minori (16-17enni: 0,5%), mentre tra gli studenti di sesso maschile sono i 17enni a riferire consumi maggiori (1,2%), seguono i 15enni ed i 19enni per i quali si rileva una prevalenza d'uso dell'1% circa. Il trend di consumo di ormone della crescita sembra avere un profilo simile a

quello dell'eroina; raggiunto un picco intorno ai 16-17 anni la frequenza di consumo decresce compiuta la maggiore età.

**Grafico 11.52: Uso di anabolizzanti e ormone della crescita nella popolazione scolarizzata (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.**

- a) grafico a sinistra: uso di anabolizzanti;
- b) grafico a destra: uso di ormone della crescita.

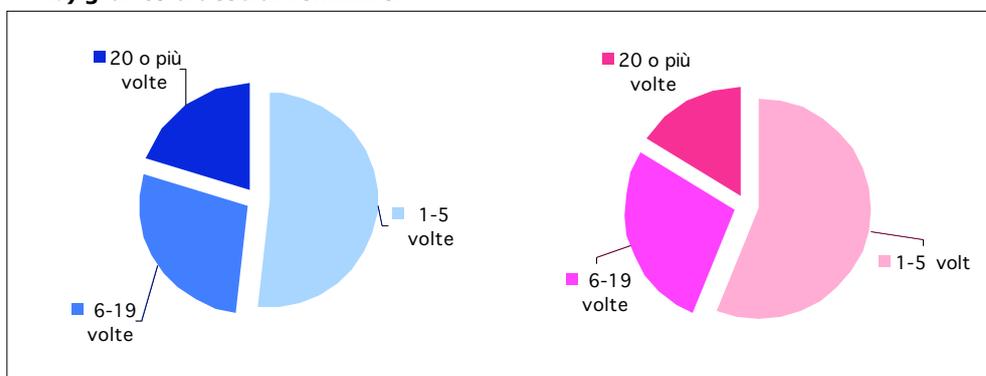


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2007

Nel grafico 11.53 è rappresentata la distribuzione della frequenza di utilizzo negli ultimi dodici mesi tra i consumatori di anabolizzanti articolata per genere. I maschi nel 20% dei casi hanno consumato la sostanza 20 o più volte, contro il 16% delle femmine. Tra le 6 e le 19 volte hanno usato la sostanza circa il 27% di ambo i generi.

**Grafico 11.53: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di anabolizzanti nella popolazione scolarizzata (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).**

- a) grafico a sinistra: maschi;
- b) grafico a destra: femmine.

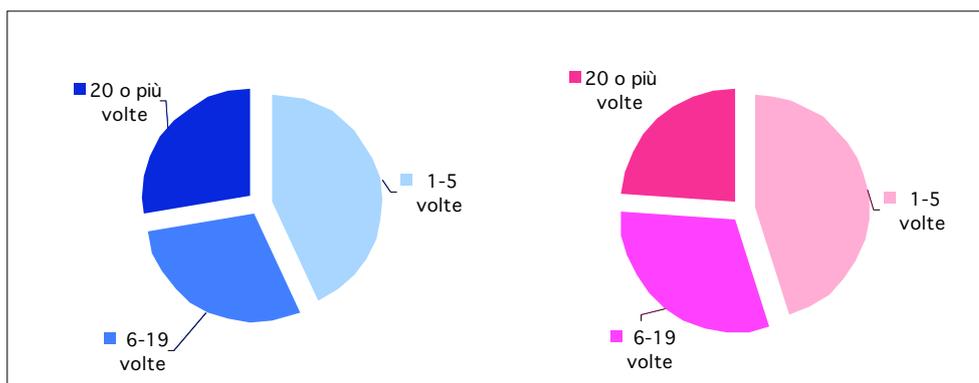


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2007

Nel grafico 11.54 è rappresentata invece la distribuzione della frequenza di utilizzo di ormoni per la crescita nell'ultimo un anno, per genere. I maschi nel 28% dei casi hanno consumato la sostanza 20 o più volte, contro il 24% delle femmine. Tra le 6 e le 19 volte hanno usato la sostanza circa il 30% di ambo i generi.

**Grafico 11.54: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di ormone per la crescita nella popolazione scolariizzata (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).**

a) grafico a sinistra: maschi;



b) grafico a destra: femmine.

Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2007

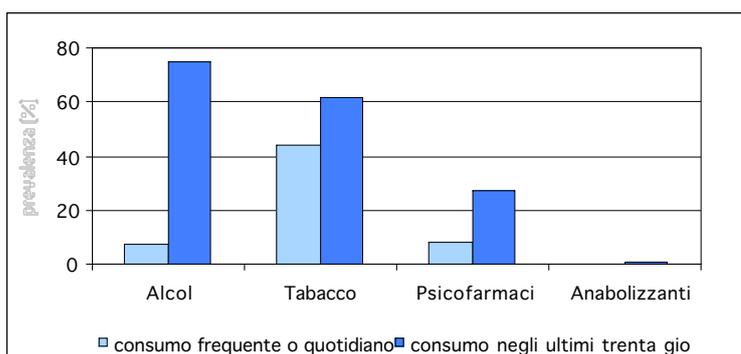
### Confronto tra pattern di utilizzo

Nel grafico 11.55 sono esposte, per ogni sostanza considerata le prevalenze d'uso frequente e relativo agli ultimi trenta giorni di coloro che, delle varie sostanze hanno riferito l'uso una o più volte nella vita.

Tra gli studenti che hanno fumato sigarette almeno una volta nella vita, il 44,4% ne fa un uso quotidiano ed il 61,3% ne ha fatto uso nell'ultimo mese, mentre, tra coloro che hanno bevuto alcolici il 7,2% ne fa un uso quotidiano ed il 75% ne ha consumato negli ultimi trenta giorni. Per quanto riguarda i farmaci, tra chi ha riferito di aver fatto uso di anabolizzanti nella vita, il 19% ne fa uso frequente mentre il 47% li ha consumati negli ultimi trenta giorni; per gli psicofarmaci, invece, il 7,8% ne utilizza frequentemente ed il 26,8% li ha utilizzati nell'ultimo mese.

Nel grafico si evidenzia che, come già descritto nel testo, il tabacco ha il rapporto più elevato tra consumo regolare e frequente (0,72) e l'alcol il più basso (0,09).

**Grafico 11.55: Distribuzione percentuale di consumo di sostanze psicoattive negli ultimi trenta giorni e consumo frequente o quotidiano tra i soggetti che hanno usato la sostanza una o più volte nella vita nella popolazione scolariizzata.**



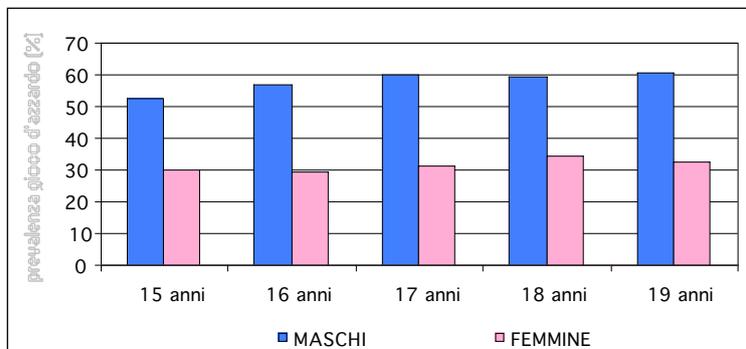
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2007

### 11.3.5 Gioco d'azzardo

Il 44,6% degli studenti riferisce di partecipare a giochi in cui si vincono o perdono somme di denaro. Dal grafico 11.56 è evidente che il fenomeno interessa maggiormente i soggetti di sesso maschile (57,9%) rispetto alle coetanee (31,5%): il rapporto maschi/femmine è doppio in quasi tutte le classi d'età. Analizzando le distribuzioni per genere, non sembrano evidenziarsi sostanziali differenze per età: per le ragazze si osservano prevalenze pressoché

simili (si oscilla dal 30% delle 15-16enni al 34,5% delle 18enni), mentre, per i ragazzi si passa dal 52,3% dei 15enni a circa il 60% dei soggetti con età compresa tra i 17 ed i 19 anni.

**Grafico 11.56: Prevalenza nella popolazione scolarizzata di studenti che riferiscono di aver fatto giochi in cui si vincono soldi.**

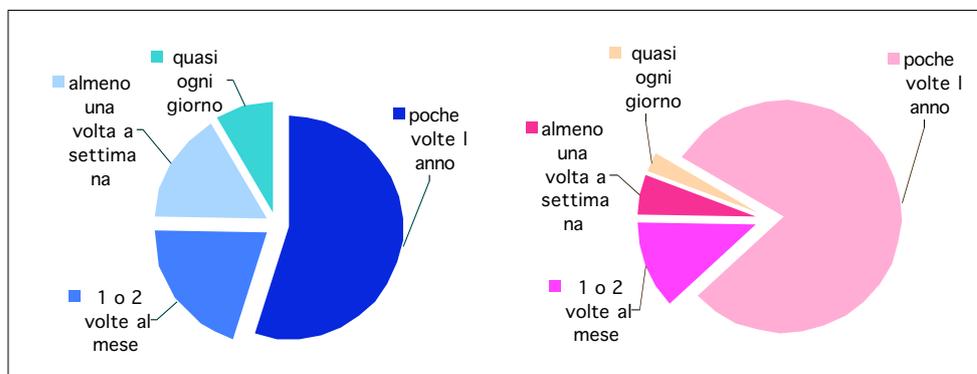


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2007

Nel grafico 11.57 è rappresentata, per coloro che riferiscono esperienza con gioco d’azzardo, la distribuzione della frequenza di gioco, articolata per genere. Il 55% dei maschi e l’80% delle femmine riferisce di aver giocato poche volte l’anno, rispettivamente il 21% e il 12% invece 1 o 2 volte al mese. Per quanto riguarda il gioco più frequente circa il 16% dei ragazzi ed il 5% delle ragazze riferisce di giocare almeno una volta la settimana, mentre l’8% dei maschi ed il 3% delle femmine fanno giochi in cui si vincono soldi quasi ogni giorno.

**Grafico 11.57: Distribuzione della frequenza di gioco d’azzardo nella popolazione scolarizzata (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).**

- a) grafico a sinistra: maschi;
- b) grafico a destra: femmine.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2007

### 11.3.6 Fattori associati all’uso di sostanze psicoattive legali e gioco d’azzardo

Per il consumo di **tabacco** (almeno una sigaretta al giorno negli ultimi dodici mesi), il **binge drinking** (5 o più bevute di fila) e il **gioco d’azzardo** (fare quasi ogni giorno giochi in cui si vincono soldi) i fattori più frequentemente associati “positivamente” risultano *uscire quasi ogni sera (andare in discoteca, al bar, alle feste,...)* (OR 9,1;  $p < 0,05$  per il binge drinking; OR 8,9;  $p < 0,05$  per il tabacco; OR 7,0;  $p < 0,05$  per il gioco d’azzardo), *l’andare spesso in giro con gli amici* (OR 3,3;  $p < 0,05$  per il binge d.; OR 3,1;  $p < 0,05$  per il tabacco; OR 2,3;  $p < 0,05$  per il gioco d’azzardo) e l’aver *perso 3 o più giorni di scuola negli ultimi trenta giorni senza motivo* (OR 2,6;  $p < 0,05$  per il binge d.; OR 3,0;  $p < 0,05$  per il tabacco; OR 3,5;  $p < 0,05$  per il gioco d’azzardo).

Per quanto riguarda, invece, il consumo di **psicofarmaci** (negli ultimi dodici mesi) e **anabolizzanti** (negli ultimi dodici mesi) risultano associati "positivamente" l'aver avuto *gravi problemi nel rapporto con i genitori* (OR 2,4;  $p < 0,05$  per gli psicofarmaci; OR 4,8;  $p < 0,05$  per gli anabolizzanti), nel *rapporto con gli insegnanti* (OR 1,9;  $p < 0,05$  per gli psicofarmaci; OR 4,9;  $p < 0,05$  per gli anabolizzanti) e una *diminuzione nel rendimento scolastico* (OR 2,0;  $p < 0,05$  per gli psicofarmaci; OR 3,0;  $p < 0,05$  per gli anabolizzanti). In particolare, i fattori "positivamente" associati a tutte le sostanze e all'attitudine al gioco risultano l'aver avuto *"guai" con la polizia e/o segnalazioni al Prefetto* (OR 2,8;  $p < 0,05$  per il binge d.; OR 3,1;  $p < 0,05$  per il tabacco; OR 2,4;  $p < 0,05$  per il gioco d'azzardo; OR 2,9;  $p < 0,05$  per gli psicofarmaci; OR 10,3;  $p < 0,05$  per gli anabolizzanti), l'aver avuto *rapporti sessuali non protetti e/o l'aver avuto rapporti sessuali di cui si è pentiti il giorno dopo* (OR 2,9;  $p < 0,05$  per il binge d.; OR 3,0;  $p < 0,05$  per il tabacco; OR 2,5;  $p < 0,05$  per il gioco d'azzardo; OR 2,8;  $p < 0,05$  per gli psicofarmaci; OR 9,0;  $p < 0,05$  per gli anabolizzanti) e l'aver *aver speso più di 50 euro alla settimana senza il controllo dei genitori* (OR 2,6;  $p < 0,05$  per il binge d.; OR 2,7;  $p < 0,05$  per il tabacco; OR 3,4;  $p < 0,05$  per il gioco d'azzardo; OR 2,0;  $p < 0,05$  per gli psicofarmaci; OR 6,4;  $p < 0,05$  per gli anabolizzanti).

Il *partecipare spesso ad attività sportive* risulta "negativamente" associato all'uso di tabacco (OR 0,7;  $p < 0,05$ ) e allo stesso tempo "positivamente" associato all'uso di anabolizzanti (OR 1,6;  $p < 0,05$ ). L'aver *fatto uso di psicofarmaci negli ultimi dodici mesi* è il fattore maggiormente associato (come già rilevato per le altre sostanze psicoattive illegali) all'uso di anabolizzanti (OR 22,5;  $p < 0,05$ ) così come l'aver *partecipato spesso a giochi in cui si spendono soldi* è positivamente associato all'uso di tutte le sostanze psicoattive legali (OR 3,4;  $p < 0,05$  per il binge d.; OR 3,2;  $p < 0,05$  per il tabacco; OR 2,8;  $p < 0,05$  per gli psicofarmaci; OR 6,7;  $p < 0,05$  per gli anabolizzanti).

Come per le sostanze psicoattive illegali, il non "uso e/o abuso" delle sostanze legali (alcol e tabacco) è la "caratteristica" che si associa "negativamente" all'uso delle altre sostanze indagate e all'attitudine al gioco. Il *non essere fumatore*, infatti, risulta uno dei fattori "negativamente" associato in misura maggiore (OR 0,02;  $p < 0,05$  per il binge d.; OR 0,41;  $p < 0,05$  per il gioco d'azzardo; OR 0,5;  $p < 0,05$  per gli psicofarmaci; OR 0,3;  $p < 0,05$  per gli anabolizzanti) così come il *non essersi ubriacato negli ultimi trenta giorni* (OR 0,19;  $p < 0,05$  per il tabacco; OR 0,39;  $p < 0,05$  per il gioco d'azzardo; OR 0,34;  $p < 0,05$  per gli psicofarmaci; OR 0,14;  $p < 0,05$  per gli anabolizzanti).

I fattori maggiormente correlati "positivamente" al non uso delle sostanze sembrano essere quelli legati alla vita familiare e sociale degli studenti, in particolare, il *percepire attenzione da parte dei genitori* sembrerebbe uno dei più alti fattori "negativamente" associati (OR 0,35;  $p < 0,05$  per il binge d.; OR 0,39;  $p < 0,05$  per il tabacco; OR 0,43;  $p < 0,05$  per gli psicofarmaci; OR 0,18;  $p < 0,05$  per gli anabolizzanti), così come l'aver *un rendimento scolastico medio-alto* (OR 0,48;  $p < 0,05$  per il binge d.; OR 0,37;  $p < 0,05$  per il tabacco; OR 0,45;  $p < 0,05$  per gli psicofarmaci; OR 0,41;  $p < 0,05$  per gli anabolizzanti). Un'altra caratteristica "negativamente" associata all'uso di anabolizzanti risulta essere l'aver *un'alta percezione dei rischi di far uso di droghe* (OR 0,23;  $p < 0,05$ ). Mentre l'esser *soddisfatto del rapporto con gli amici* è un fattore "negativamente" associato all'uso di sostanze psicoattive legali (OR 0,55;  $p < 0,05$  per gli psicofarmaci; OR 0,44;  $p < 0,05$  per gli anabolizzanti), esso risulta essere un fattore "positivamente" associato sia al binge drinking (OR 1,4;  $p < 0,05$ ) che al consumo giornaliero di sigarette (OR 1,3;  $p < 0,05$ ). Altri fattori "negativamente" associati con l'uso di sostanze legali sono l'interessamento dei genitori nel conoscere *dove e con chi esce la sera o il sentirsi accolto dagli stessi*.

## 11.4 PERCEZIONE SULLA DISPONIBILITÀ DELLE SOSTANZE PSICOATTIVE LEGALI

### 11.4.1 Percezione della disponibilità di sostanze psicoattive legali da parte della popolazione

Si descrive di seguito la stima dell'offerta delle sostanze legali sul mercato per la popolazione italiana di età compresa tra i quindici ed i sessantaquattro anni (IPSAD@Italia2007). Le sostanze prese in considerazione sono le varie tipologie di farmaci, sono stati analizzati i consumi nei paragrafi precedenti.

Gli psicofarmaci, i farmaci dopanti e quelli per l'impotenza possono essere più o meno reperibili da parte della popolazione<sup>9</sup>.

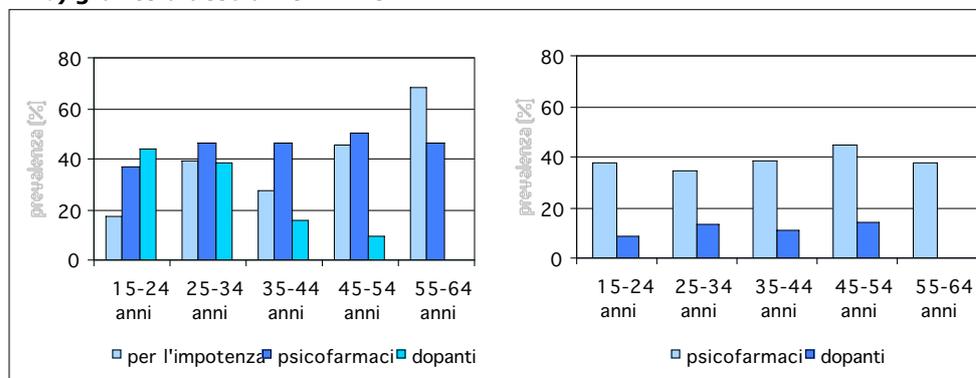
Per quanto riguarda gli psicofarmaci la facilità di accesso riferita è massima per i soggetti di età compresa tra i 45 ed i 54 anni, per entrambi i sessi (50,5% per i maschi e 44,7% per le femmine). Mediamente, tale reperibilità è riportata dal 46,1% dei maschi e dal 38,4 delle femmine. Le sostanze dopanti risultano accessibili per il 25,4% dei maschi e per il 10% delle femmine, con andamenti per fascia d'età diversi tra i due generi: i maschi hanno un'alta prevalenza nelle fasce d'età più giovani (43,8% e 38,5%) che va a diminuire mentre le femmine riportano prevalenze più stabili, con una crescita all'aumentare dell'età (da 8,3% delle giovani a 14% 45-54enni). I 55-64enni non riferiscono facilità di accesso a queste sostanze.

La prevalenza della facilità di accesso ai farmaci per l'impotenza è invece elevata nella classe d'età dei soggetti maschi più anziani (55-64enni: 41,7%) (Grafico 11.58).

**Grafico 11.58: Distribuzione della prevalenza della facilità di accesso ai farmaci nella popolazione generale, articolata per sesso e classi d'età.**

a) grafico a sinistra: maschi;

b) grafico a destra: femmine.



Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2007-2008

I farmaci per il dolore, per l'impotenza, gli psicofarmaci e le sostanze dopanti si possono utilizzare dietro prescrizione medica, offerti da un conoscente, in farmacia senza prescrizione e tramite la farmacia on line<sup>10</sup>.

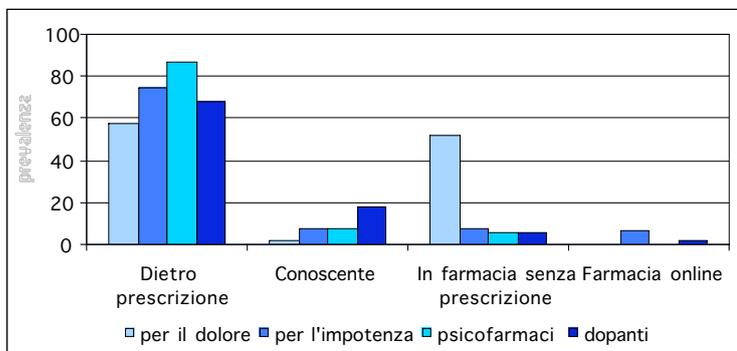
Gli psicofarmaci nell'86,6% dei casi vengono reperiti in farmacia con prescrizione medica, nel 5,4% senza prescrizione medica, nel 7,5% dei casi forniti da un conoscente. I farmaci per l'impotenza vengono acquistati in farmacia dietro prescrizione medica nel 74,4% dei casi e senza prescrizione nel 7,9%. Questi farmaci vengono ottenuti anche attraverso conoscenti (7,5%) e tramite le farmacie on line (6,4%). Le sostanze dopanti nel 68% dei casi vengono comprate in farmacia con prescrizione medica, nel 6% senza prescrizione medica

<sup>9</sup> Vedi Tavola 11.7 e Tavola 11.8 negli allegati: Parte 13.2 "Tavole di lavoro della Relazione".

<sup>10</sup> Vedi Tavola 11.9 negli allegati: Parte 13.2 "Tavole di lavoro della Relazione".

sempre in farmacia, nel 18% ottenute tramite conoscenti e nel 2% dei casi acquistati dalle farmacie on line (Grafico 11.59).

**Grafico 11.59: Prevalenza di soggetti che riferiscono come si procurano farmaci, tra coloro che hanno fatto uso almeno una volta nella vita nella popolazione generale.**

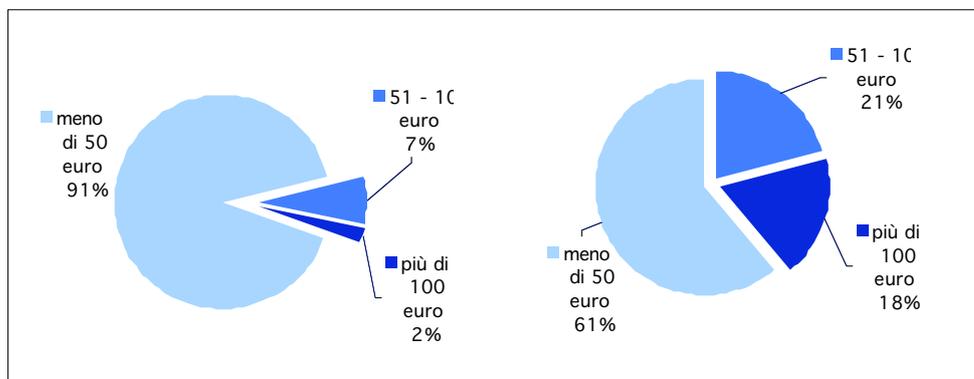


Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2007-2008

Tra coloro che bevono alcolici, il 91% ha speso, nell'ultimo mese meno di 50 euro per l'acquisto delle bevande stesse, il 7% ha speso tra i 50 ed i 100 euro ed il 2% più di 100 euro. I fumatori di sigarette spendono meno di 50 euro nel 61% dei casi, tra i 50 ed i 100 euro nel 21% dei casi e più di 100 euro nel 18% dei casi (Grafico 11.60).

**Grafico 11.60: Distribuzione della frequenza di spesa negli ultimi trenta giorni fra i consumatori di sostanze psicotrope legali nella popolazione generale.**

- a) grafico a sinistra: alcol;
- b) grafico a destra: sigarette

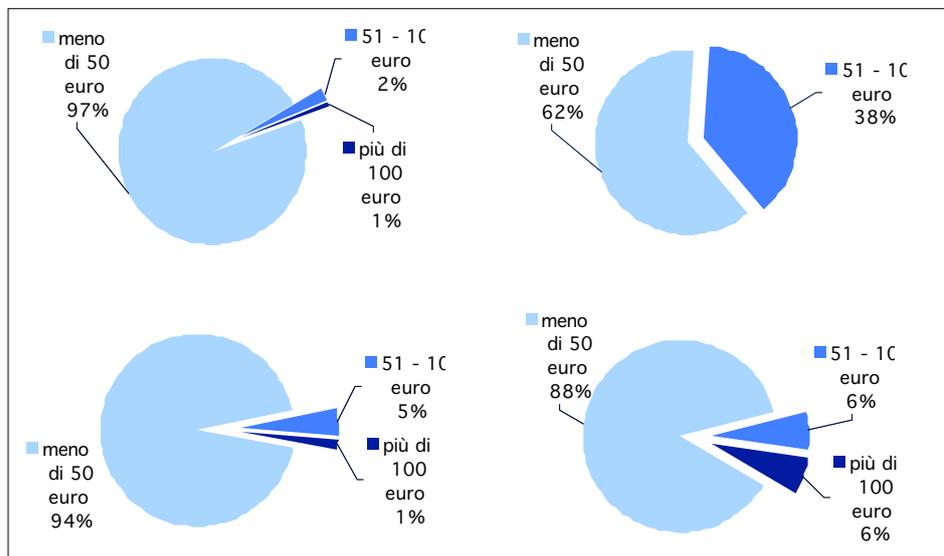


Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2007-2008

Per quanto riguarda le spese relative ai farmaci si nota che il 97% di coloro che utilizzano gli antidolorifici ed il 94% di coloro che utilizzano gli psicofarmaci spendono meno di 50 euro al mese. Gli utilizzatori di farmaci per l'impotenza spendono meno di 50 euro nel 62% dei casi e tra i 50 ed i 100 euro nel 38%. L'uso di sostanze dopanti porta ad una spesa minore ai 50 euro nell'88% dei casi, tra i 50 ed i 100 nel 6% e maggiore ai 100 euro nel 6% dei casi (Grafico 11.61).

**Grafico 11.61: Distribuzione della frequenza di spesa negli ultimi trenta giorni fra i consumatori di farmaci nella popolazione generale.**

- a) grafico a sinistra in alto: farmaci per il dolore;
- b) grafico a sinistra in basso: psicofarmaci;
- c) grafico a destra in alto: farmaci per l'impotenza;
- d) grafico a destra in basso: farmaci dopanti.



Elaborazione sui dati IPSAD@Italia2007-2008

#### 11.4.2 Percezione della disponibilità di sostanze psicoattive legali da parte degli studenti

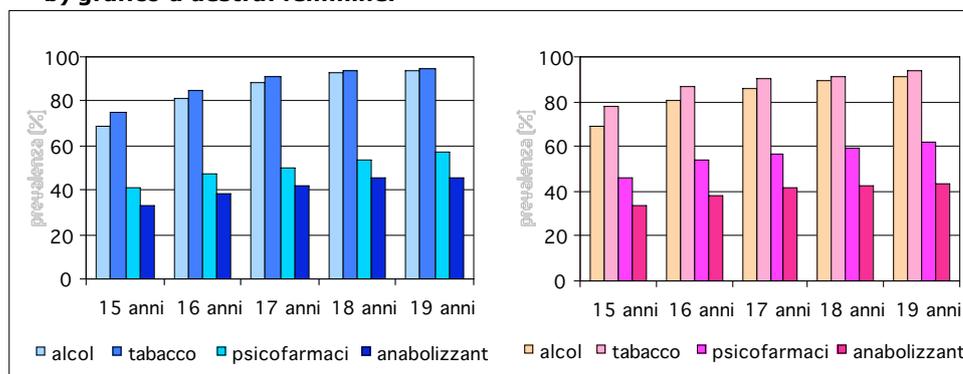
Di seguito si riporta la stima dell'offerta delle sostanze psicoattive legali e farmaci sul mercato per la popolazione scolarizzata di età compresa tra i 15 ed i 19 anni (ESPAD@Italia2007). Le sostanze prese in considerazione sono l'alcol, il tabacco, psicofarmaci e anabolizzanti<sup>11</sup>. Relativamente alla legalità dell'approvvigionamento occorre tenere conto dei limiti di Legge che regolamentano la vendita di alcolici e tabacco ai minori.

Il tabacco è la sostanza psicoattiva più facilmente reperibile dagli studenti (88%), seguono l'alcol (84,3%), gli psicofarmaci (52,7%) e infine gli anabolizzanti (40,5%). La facilità di accesso alle sostanze cresce all'aumentare dell'età. Mentre i ragazzi riferiscono di accedere più facilmente ad alcolici e anabolizzanti, le ragazze hanno maggiore possibilità di accesso rispetto ai coetanei al tabacco e agli psicofarmaci, in particolare, sembrerebbe che le ragazze 15enni abbiano maggior accesso a tutte le sostanze rispetto ai coetanei. Difatti, per quanto riguarda l'accesso all'**alcol**, fra le giovanissime la sostanza è più facilmente reperibile rispetto ai coetanei (15 anni: femmine 69,3% e maschi 68,5%), mentre tendenza opposta si osserva per le classi d'età superiore. L'87,8% degli studenti di sesso maschile afferma di poter trovare facilmente **tabacco** contro l'88,2% delle ragazze: maggiori differenze di accesso alla sostanza per le femmine rispetto ai coetanei si rileva nelle classi d'età inferiori (15 anni: femmine 78% e maschi 75,2%; 16 anni: femmine 86,3% e maschi 84,8%). La facilità di accesso agli **psicofarmaci** è nettamente superiore per le ragazze (55,6% contro il 49,7%) si passa dal 46,5% delle 15enni al 61,5% delle 19enni (per i ragazzi: dal 41% per i 15enni al 56,8% dei 19enni). Circa il 40% degli studenti afferma di non avere alcuna difficoltà a reperire **anabolizzanti** e si osservano prevalenze sostanzialmente simili per ambo i generi: si passa da circa il 33% dei 15enni al 44% dei 19enni (Grafico 11.62).

<sup>11</sup> Vedi Tavola 11.10 e Tavola 11.11 negli allegati:Parte 13.2 "Tavole di lavoro della Relazione".

**Grafico 11.62: Distribuzione della prevalenza della facilità di accesso alle sostanze psicoattive legali nella popolazione scolарizzata, articolata per sesso e classi d'età.**

a) grafico a sinistra: maschi;  
b) grafico a destra: femmine.

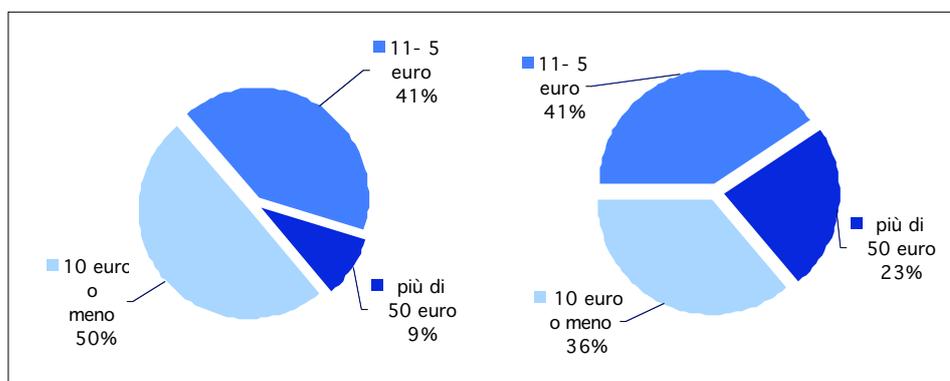


Elaborazione sui dati ESPAD@Italia2007

Nel Grafico 11.63 sono riportate le distribuzioni, suddivise in classi, della spesa complessiva in relazione alle varie sostanze psicoattive legali (alcol e sigarette) tra i soggetti che riferiscono di averle acquistate nell'ultimo mese. Tra i soggetti intervistati il 52,2% ed il 69,2% non ha speso soldi per l'acquisto rispettivamente di alcol e sigarette. Tra coloro che hanno comprato alcolici la metà ha speso 10 euro o meno, il 41% da 11 a 50 euro, ed il restante 9% più di 50 euro. Tra coloro che hanno acquistato sigarette negli ultimi 30 giorni, il 36% ha speso al massimo 10 euro, il 41% ha speso dagli 11 ai 50 euro, mentre il 23% ha speso più di 50 euro.

**Grafico 11.63: Distribuzione della frequenza di spesa negli ultimi trenta giorni di sostanze psicoattive legali nella popolazione scolарizzata.**

a) grafico a sinistra: alcol;  
b) grafico a destra: sigarette.



Elaborazione sui dati ESPAD@Italia2007

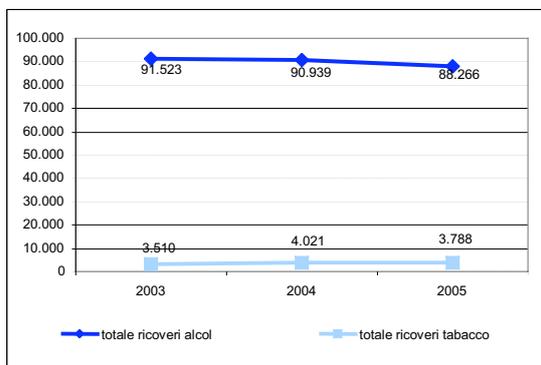
### 11.5 RICOVERI OSPEDALIERI ALCOL E TABACCO CORRELATI

Nell'anno 2005 i ricoveri ospedalieri con diagnosi (principale o concomitante) relativa all'utilizzo di alcol e tabacco<sup>12</sup> sono stati complessivamente 88.266 e 3.788; questi costituiscono rispettivamente circa il 7 e 0.3 per mille del collettivo

<sup>12</sup> Si sono analizzate le categorie diagnostiche classificate in base al repertorio internazionale di codifica delle cause di malattia ICD-9 CM. I codici ICD-9 CM analizzati sono stati: Psicosi da alcol (291, 291.0-9), Sindrome di dipendenza da alcol (303, 303.0-9), Abuso di alcol senza dipendenza (305.0), Polineuropatia alcolica (357.5), Cardiomiopatia alcolica (425.5), Gastrite alcolica (535.3), Steatosi, epatite e cirrosi alcolica (571.0-3), Alcolemia elevata (790.3).

nazionale (tale dato rimane sostanzialmente stabile nel corso dell'intero periodo di riferimento) (Grafico 11.64).

**Grafico 11.64 – Ricoveri alcol e tabacco correlati.**

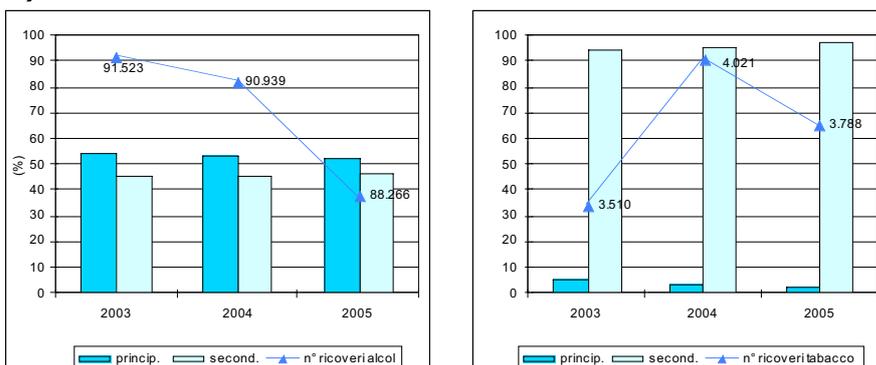


Elaborazione sui dati della Dir.Gen.Programm.Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute<sup>13</sup>

I ricoveri alcol e tabacco correlati, rilevati nel corso dell'anno 2005, presentano un codice ICD9-CM relativo all'uso di alcolici e tabacco, rispettivamente nel 53% e 3% dei casi in diagnosi primaria; tali valori subiscono lievi variazioni nel corso del triennio considerato (Grafico 11.65).

**Grafico 11.65 – Distribuzione dei ricoveri per diagnosi primaria e secondaria.**

**a) sinistra: alcol;**  
**b) destra: tabacco.**

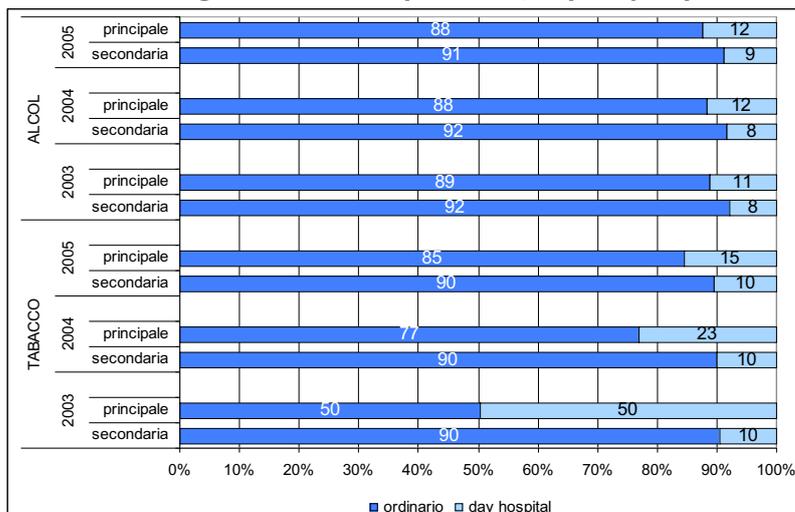


Elaborazione sui dati della Dir.Gen.Programm.Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

Circa il 69% dei ricoveri tenuti in Italia nell'anno 2005 (circa 70% nel 2004 e 72% nel 2003) sono avvenuti in regime ordinario. Tale quota, per l'alcol ed il tabacco, sale a circa l'89% (senza variazioni di rilievo nel corso dell'intero triennio); nel grafico 11.66 si riporta la distribuzione dei ricoveri alcol e tabacco correlati, effettuata in base alla condizione di rilevazione (diagnosi primaria e secondaria) ed al regime di ricovero (ordinario/day hospital).

<sup>13</sup> Si fa presente che i dati relativi agli anni 2006-2007 non sono stati trasmessi perché in fase di verifica e consolidamento.

**Grafico 11.66 – Distribuzione dei ricoveri alcol e tabacco correlati, per diagnosi primaria e secondaria e regime di ricovero (ordinario/day hospital)**



Elaborazione sui dati della Dir.Gen.Programm.Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

In tabella 1 si riporta la distribuzione di frequenza delle diagnosi rilevate nei ricoveri alcol e tabacco correlati.

**Tabella 1 – Distribuzione di frequenza delle diagnosi rilevate nei ricoveri alcol e tabacco correlati.**

Diagnosi di ricovero totalmente attribuibili all'uso di alcol	anno 2003 (%)	anno 2004 (%)	anno 2005 (%)
Psicosi da alcol	4.6	4.4	4.5
Sindrome di dipendenza da alcol	31.7	31.0	30.0
Abuso di alcol senza dipendenza	10.7	11.3	11.6
Polineuropatia alcolica	1.5	1.2	1.2
Cardiomiopatia alcolica	0.5	0.5	0.5
Gastrite alcolica	0.5	0.5	0.5
Alcolemia elevata	0.1	0.1	0.1
Effetti tossici da alcol etilico	0.3	0.3	0.3
Steatosi, epatite e cirrosi alcolica	50.1	50.7	51.4
Danni da alcol al feto o neonato attravers. la plac.	0.07	0.03	0.04
<b>totale n°</b>	<b>91.523</b>	<b>90.939</b>	<b>88.266</b>
<b>%</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Diagnosi di ricovero correlate all'uso di tabacco</b>	<b>n°</b>	<b>n°</b>	<b>n°</b>
<b>Disturbi da uso di tabacco</b>	<b>3.510</b>	<b>4.021</b>	<b>3.788</b>

Elaborazione su dati della Dir. Gen. Programm. Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della salute

La maggior parte di tali degenze sono avvenute all'interno dei reparti di medicina generale (47,1% per le diagnosi correlate all'uso di alcol e 37,5% per quelle correlate all'uso di tabacco) seguono la psichiatria (17,1%) per i ricoveri con diagnosi correlata all'uso di alcol e la cardiologia (25,8%) per i ricoveri con diagnosi correlata all'uso di tabacco. In tabella 2 si riportano le frequenze percentuali degli episodi di ricovero in base al reparto ed al tipo di diagnosi.

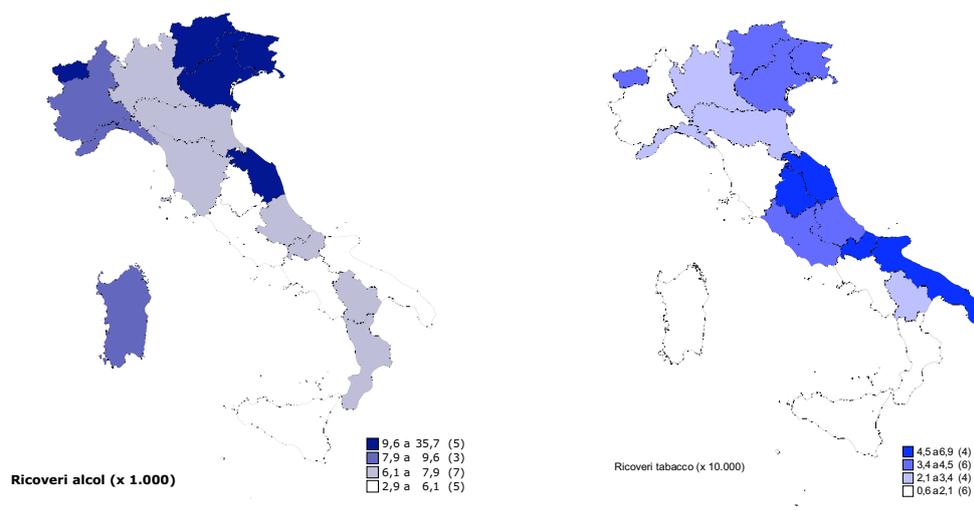
**Tabella 2 – Frequenza percentuale degli episodi di ricovero in base al reparto ed al tipo di diagnosi. Anno 2005**

REPARTO	Diagnosi correlate all'uso di alcol	Diagnosi correlate all'uso di tabacco
Chirurgia vascolare	0.1	1.7
Cardiologia	0.4	25.8
Pneumologia	0.4	6.3
Pediatria	0.5	1.2
Terapia intensiva	0.6	1.1
Ortopedia e traumatologia	0.9	0.6
Tossicologia	1.0	0.0
Geriatria	2.1	1.1
Astanteria	2.2	2.7
Lungodegenti	2.2	1.4
Recupero e riabilitazione funzionale	3.1	3.8
Malattie infettive e tropicali	3.2	0.5
Chirurgia generale	4.0	3.7
Neurologia	4.1	3.2
Gastroenterologia	7.9	0.4
Psichiatria	17.1	0.6
Medicina generale	47.1	37.5
Altri reparti	3.0	8.4
<b>totale n°</b>	<b>88.266</b>	<b>3.788</b>
<b>%</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Elaborazione su dati della Dir. Gen. Programm. Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della salute

I tassi più elevati di ricoveri con diagnosi principale o concomitante si rilevano in alcune Regioni del nord-est (Veneto, Friuli e Trentino), Valle d'Aosta e Marche (Grafico 11.67) per quanto attiene all'uso di alcolici ed in Puglia, Umbria, Molise e Marche per il tabacco.

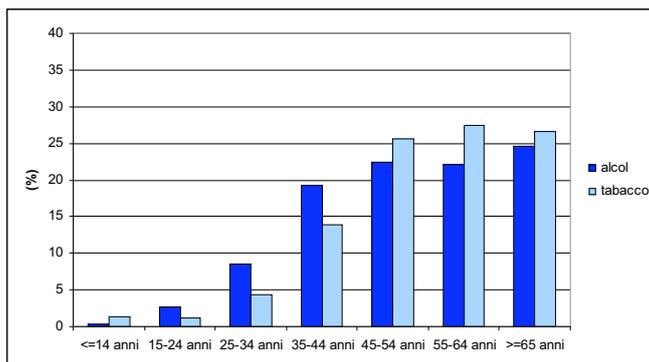
**Grafico 11.67: Distribuzione in classi dei tassi di ricoveri alcol e tabacco correlati. Anno 2005.**



Elaborazione sui dati della Dir.Gen.Programm.Sanitaria, Ufficio VI-Ministero della Salute

I maschi rappresentano circa il 77% dell'intero collettivo in entrambi i gruppi considerati. L'analisi dell'età (Grafico 11.68) evidenzia che circa il 31% dei ricoveri con diagnosi attribuibili all'uso di alcolici, a fronte di un 21% rilevato per il tabacco, hanno riguardato situazioni di età inferiore ai 44 anni.

**Grafico 11.68 – Distribuzione percentuale per classi d’età e sostanza d’abuso, correlata al ricovero.**



Elaborazione sui dati ESPAD@Italia2007

Si rileva inoltre che circa il 63% e 65% dei ricoveri con diagnosi attribuibili al consumo di alcol e tabacco è stato a carattere urgente ed il 34% di tipo ordinario per entrambe le sostanze (la restante quota del 2% di ricoveri con diagnosi relativa al consumo di alcol riguardano trattamenti sanitari obbligatori e ricovero programmato con preospedalizzazione).



# PARTE 12

---

## **APPROFONDIMENTI METODOLOGICI**

**12.1 Studio IPSAD-Italia®**

**12.2 Studio ESPAD-Italia®**

**12.3 Indagine regionale su prevenzione e contrasto delle dipendenze**

**12.4 Progetto SIMI®Italia**

**12.5 Progetto Strengthening Families Program (SFP)**

**12.6 Consulte provinciali per la prevenzione delle tossicodipendenze**

**12.7 Stime di incidenza di utilizzatori con bisogno di cura**

**12.8 Stime di prevalenza dei soggetti eleggibili al trattamento**

**12.9 Progetto START**

**12.10 Studio PADDI**

**12.11 Survey ISS-Studio Istituto Superiore di Sanità–Ministero della Salute**

**12.12 Progetto “Geo Drugs Alert”**

**12.13 Analisi dei costi sociali**



## 12.1 STUDIO IPSAD-ITALIA®

Lo studio IPSAD-Italia®, Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs è uno studio di prevalenza sull'uso di alcol ed altre sostanze psicoattive sia lecite che illecite.

Il disegno dello studio è stato strutturato in stretto accordo con le linee guida fornite dall'EMCDDA (European Monitoring Centre for Drug and Drug abuse <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm>) di Lisbona e permette di soddisfare il debito informativo del Paese relativamente al primo dei cinque indicatori epidemiologici proposti dal Consiglio d'Europa.

Il campione è di tipo stratificato randomizzato a quota proporzionale e viene individuato sulla popolazione nazionale fra i e i 15-64 anni di età.

Il primo studio è stato condotto dal CNR- IFC Sezione di Epidemiologia e Ricerche sui Servizi Sanitari nel 2001-2002, poi ripetuto nel 2003-2004, nel 2005-2006 e nel 2007-2008.

L'indagine consiste nella somministrazione ad un campione (rappresentativo della popolazione generale 15-64 anni), estratto casualmente dalle liste anagrafiche dei comuni (selezionati nell'ambito del disegno campionario), di un questionario postale anonimo.

Il questionario utilizzato nel 2007 rileva alcune informazioni socioculturali dei soggetti (sesso, età, stato civile, livello d'istruzione, condizione abitativa e lavorativa), i consumi di sostanze legali (tabacco, alcol, farmaci), illegali (cannabis, eroina, cocaina, ecstasy e amfetamine, sostanze, dopanti), e le abitudini al gioco.

Dell'utilizzo di sostanze (lecite e illecite) viene richiesta la frequenza d'uso nella vita, nei 12 mesi e nei 30 giorni precedenti alla compilazione del questionario, la facilità di reperimento, l'età di primo uso e l'ammontare della spesa negli ultimi 30 giorni; sull'abitudine al gioco è stata rilevata la propensione al gioco, compreso il gioco d'azzardo patologico (attraverso la scala Canadian Problem Gambling Index Short form).

L'ultima parte del questionario è dedicata agli atteggiamenti e le opinioni che le persone hanno rispetto al consumo di sostanze psicoattive, e alla percezione dei rischi correlati ai consumi. I dati degli studi, gli strumenti, le metodologie utilizzate ed ogni altra informazione di pertinenza sono consultabili sul sito dell'IFC-CNR all'indirizzo <http://www.epid.ifc.cnr.it/>

Uno degli aspetti più delicati di un'indagine campionaria di popolazione è quello della diffusione dell'informazione statistica che ne scaturisce. Particolare attenzione deve essere posta nel far capire al lettore i limiti che l'indagine incontra nel rappresentare la realtà e come è possibile utilizzare l'informazione elaborata. Seguendo le indicazioni della Commissione di Garanzia per l'informazione statistica<sup>1</sup> e dell'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (OEDT)<sup>2</sup>, si evidenzia che gli studi campionari di popolazione nel caso di comportamenti d'uso di sostanze illegali possono essere particolarmente vulnerabili, nella loro efficacia, in funzione del numero delle persone che non forniscono risposte o che si rifiutano di rispondere. Tuttavia, il basso tasso di risposte non necessariamente indica un errore di selezione, in quanto l'effetto delle mancate risposte o dei rifiuti sulla stima della frequenza della condizione in studio può essere tenuto sotto controllo attraverso un adeguato disegno di campionamento e un'attenta conduzione dello studio<sup>3</sup>.

Non potendo costruire la lista nazionale di tutti i residenti in Italia, attingendo dalle anagrafi degli oltre 8.000 comuni italiani, lo studio prevede la costituzione

<sup>1</sup> E. Del Colle, S. Bagnara, F. Antolini, R. Castrucci e E. Barrile. Comunicazione e diffusione dei dati statistici ed aspetti distorsivi. Rapporto di Indagine 06.04, Settembre 2006, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Commissione per la garanzia dell'informazione statistica.

<sup>2</sup> Drug use in the general population - <http://stats06.emcdda.europa.eu/en/page008-en.html>

<sup>3</sup> D.L. Sackett., Bias in analytic research. J. Chronic Dis. 32:51-63, 1979.

di una lista parziale, costituita dalle liste anagrafiche dei comuni selezionati nell'ambito del campione. In una prima fase, le 103 province italiane sono state ripartite in differenti strati, ognuno dei quali caratterizzato dal valore di 3 fattori: il primo corrisponde alla collocazione geografica della provincia sul territorio italiano, il secondo alla densità abitativa ed il terzo alla gravità della diffusione del fenomeno tossicodipendenza sul territorio, misurata mediante l'indice SMAD<sup>4</sup> (un indicatore disponibile dal 1984 ad oggi), che valuta la situazione nell'area territoriale provinciale.

In questo modo il territorio italiano risulta suddiviso in 27 strati, generati dalla combinazione dei valori dei fattori di stratificazione, ognuno dei quali è composto da una o più province. Successivamente vengono selezionate in modo casuale una o più province per ogni strato (fino ad assicurarne l'estrazione di almeno una per regione) e il relativo comune capoluogo ed uno non capoluogo (distante dai grandi centri urbani), ai quali è stata richiesta la lista anagrafica.

Vengono poi estratti in modo casuale, dai raggruppamenti per classi di età quinquennali e per genere, i nominativi delle persone a cui inviare i questionari. La distribuzione della frazione di campionamento (su base nazionale), per classi di età (per genere ha il medesimo valore), mette in evidenza il sovracampionamento voluto delle classi più giovani 15-19 anni (5 x 1000), 20-24 (4,5 x 1000), 25-29 (3 x 1000), 30-34 (2,5 x 1000), 35-39 (2 x 1000), 40-44 (2 x 1000), 45-49 (1,5 x 1000), 50-54 (1,5 x 1000), 55-59 (1 x 1000) e 60-64 (1 x 1000). Tutte le Regioni italiane sono state coinvolte nella rilevazione. Questo procedimento permette un notevole abbattimento dei costi e dei tempi di realizzazione dell'indagine anche se ha reso necessaria una ponderazione delle stime ottenute in ogni strato, con pesi proporzionali alla popolazione residente.

Una volta estratti casualmente i nominativi dei soggetti appartenenti al campione, viene inviata per posta una busta contenente la presentazione dell'indagine (nel caso di soggetti di età compresa tra i 15 e i 17 anni viene presentata sia al minore che ai genitori), il questionario, una busta preaffrancata per la restituzione del questionario ed una cartolina da restituire in ogni caso. Tale cartolina, che presenta il nominativo di colui che riceve il materiale inviato, serve per comunicare l'adesione o meno all'indagine, ed ha una doppia funzione: di garantire la privacy e l'anonimato delle risposte fornite al questionario e di evitare il secondo invio del questionario dopo circa 6 mesi (rispedito solo a coloro che non mandano alcuna comunicazione di adesione o meno all'indagine). Il questionario non deve essere contrassegnato con alcun segno di riconoscimento e deve essere spedito separatamente dalla cartolina (il questionario dentro la busta preaffrancata e la cartolina spedita a parte).

Le indagini mediante questionario postale auto-somministrato sono spesso considerate come non utilizzabili per la stima di prevalenza in quanto affette da un alto tasso di non risposte. Tuttavia si può argomentare che nonostante le limitazioni, si può cercare di interpretare le mancate risposte e dare significato ai dati raccolti. Inoltre le indagini con questionario auto-somministrato sono usualmente affette in misura minore da altri tipi di errori di misura, potendo indagare argomenti riferibili ai comportamenti più sensibili e appartenenti alla sfera strettamente riservata. Alcuni anni fa, attraverso una meta-analisi di un'ampia varietà di studi, De Leeuw<sup>5</sup> concludeva che le indagini postali hanno la migliore performance rispetto ai possibili errori di misura e le stesse indicazioni emergono anche dall'ultimo studio effettuato dall'EMCDDA<sup>6</sup>.

---

<sup>4</sup> Di Fiandra T. e Mariani F., 1984. Sistema di Monitoraggio dell'Abuso di Droghe. Progetto Finalizzato Tossicodipendenze. Consiglio Nazionale delle Ricerche.

<sup>5</sup> De Leeuw, E.D., Data Quality in Mail, Telephone, and Face to Face Surveys: A quantitative Review, Technical Report No 1°, Response Effects in Surveys, Vrije Universiteit, Amsterdam, 1990.

<sup>6</sup> M.De Winter, P. Cohen e M.Langemijer, Methodological study to compare the effect of different methods of data collection on the prevalence of self-reported drug use in General Population Surveys. EMCDDA Scientific Report, Project CT.97.EP.02

## 12.2 STUDIO ESPAD-ITALIA®

Il progetto ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) è promosso e coordinato dal Consiglio Svedese per l'informazione sull'alcool e le altre droghe (<http://www.can.se/sa/node.asp?node=1765>), in collaborazione con il "Gruppo Pompidou" del Consiglio d'Europa ([http://www.coe.int/T/dg3/Pompidou/default\\_en.asp](http://www.coe.int/T/dg3/Pompidou/default_en.asp)) e con l'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (OEDT) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1391>). ESPAD oltre che strumento di registrazione delle tendenze nel tempo è anche un'importante fonte di informazione e confronto del consumo di sostanze stupefacenti e alcol tra gli studenti europei. Gli studi ESPAD, realizzati a livello europeo, nel 1995, 1999, 2003 e 2007 al fine di permettere il confronto dei risultati, hanno utilizzato metodi e strumenti standardizzati per la definizione di campioni rappresentativi a livello nazionale di studenti di età compresa tra i 15 e i 16 anni. La partecipazione al progetto ESPAD è cresciuta nel tempo includendo stati europei esterni all'Unione: all'ultima rilevazione sono stati 39 i paesi partecipanti. Maggiori informazioni su ESPAD e sulla reperibilità delle relazioni, pubblicate ogni 4 anni, periodo di ripetizione dello studio (report 95; report 99; report 03), sono disponibili sul sito web del progetto (<http://www.espad.org>).

Lo studio ESPAD-Italia® realizzato, ogni anno dal 1999 ad oggi, dall'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche (IFC-CNR), si inserisce nell'omonimo progetto del Consiglio d'Europa e permette all'Osservatorio nazionale italiano di rispondere alle richieste informative dell'OEDT. ESPAD-Italia® è stato realizzato, sin dall'inizio, non solo sui giovani di 15-16 anni ma, similmente a quanto viene fatto da altri paesi europei (<http://stats06.emcdda.europa.eu/en/page009-en.html>), su un campione rappresentativo di tutti gli studenti dai 15 ai 19 anni di età della scuola media superiore dalla prima alla quinta classe. Da evidenziare, come indispensabili allo svolgimento dello studio, l'interessamento ed il supporto del Ministero dell'Istruzione, del Ministero della Solidarietà Sociale, dell'ex Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio, di molte Regioni, dei servizi territoriali per le tossicodipendenze e dei Presidi, Professori ed alunni delle scuole campionate.

Il campione nazionale di circa 600 scuole viene definito, ogni anno, stratificando prima le province italiane secondo la densità di popolazione, la collocazione geografica e la gravità della diffusione del fenomeno dell'uso di sostanze illegali. Successivamente alla scelta casuale di alcune province appartenenti ad uno strato, le scuole ivi presenti vengono ulteriormente stratificate secondo la loro tipologia e all'interno di questi strati vengono scelte casualmente le scuole e le sezioni dove effettuare l'indagine.

Le scuole vengono contattate telefonicamente da uno staff di operatori del CNR e per ciascuna viene individuato un referente dello studio ESPAD, generalmente l'insegnante che si occupa dell'educazione alla salute. Se la scuola non ha una figura dedicata alla prevenzione, il primo contatto avviene con il Dirigente scolastico. Durante questo contatto viene descritto lo studio ESPAD, vengono illustrati il questionario, le metodologie standard di somministrazione, le scadenze da rispettare e infine viene chiesta un'adesione formale alla ricerca a mezzo fax.

Successivamente viene inviato al referente ESPAD un pacco che contiene del materiale illustrativo dello studio e 5 buste per le classi che, a loro volta, contengono i questionari per gli studenti, le buste entro cui inserire i questionari compilati, le istruzioni per l'insegnante e per gli studenti, un questionario per l'insegnante (scheda della classe), oltre che le istruzioni per raccogliere e restituire al mittente i questionari compilati.

La somministrazione dei questionari avviene, se possibile, nel medesimo giorno in tutte le 5 classi individuate. Agli insegnanti che se ne occupano, viene chiesto di leggere alla classe le istruzioni (riportate anche sul frontespizio di ciascun questionario), di distribuire un questionario ed una busta a ciascun studente e nel caso di domande individuali, di rispondere solo alla fine della consegna di tutti i questionari a tutti gli studenti contemporaneamente. Agli insegnanti viene inoltre raccomandato di stare seduti alla cattedra fino a quando l'ultimo questionario verrà riconsegnato, viene richiesto di scoraggiare il fatto che gli studenti parlino fra loro, di compilare la scheda classe e di raccogliere le buste contenenti i questionari all'interno della busta più grande per tutta la classe. A conclusione, gli insegnanti invitano i ragazzi a leggere attentamente ogni domanda del questionario prima di rispondere, a non parlare con i compagni e, in caso di dubbi, a leggere attentamente le istruzioni riportate sul frontespizio. Gli insegnanti spiegano inoltre che il questionario, una volta compilato, va messo nella busta e che questa va sigillata, raccomandando di non fare alcun segno di riconoscimento né sul questionario né sulla busta.

Le informazioni richieste nella scheda classe, risultano molto importanti per una corretta valutazione dello studio, in quanto raccolgono i dati sugli studenti assenti o su eventuali astensioni dalla compilazione, oltre che l'osservazione dei comportamenti messi in atto dagli studenti durante la scrittura dei questionari,.

Per meglio tutelare l'anonimato degli studenti, agli insegnanti viene più volte sottolineata l'importanza di aspettare seduti che tutti abbiano riconsegnato i questionari. Altro passaggio delicato su cui vengono sensibilizzati gli insegnanti è quello di inserire tutti i questionari e la scheda classe nella busta, chiuderla quindi davanti agli studenti e consegnarla al coordinatore dell'indagine che provvederà alla spedizione. Le buste delle singole classi con i questionari compilati e la scheda, dovranno essere riunite e spedite al CNR in un unico pacco seguendo le istruzioni allegate.

Nella prima parte del questionario, vengono raccolte, oltre ad alcune informazioni anagrafiche, abitudini e comportamenti nel tempo libero, atteggiamenti e percezione verso la scuola. Successivamente inizia una parte che esamina il consumo di sigarette ed il consumo di alcolici a cui sono dedicate alcune pagine del questionario. Si indaga infatti non soltanto il consumo di alcolici tout court, ma anche il consumo sostanza-specifico (birra, vino alcol-pop, superalcolici), i quantitativi di alcol assunti, e l'autopercezione di quanto alcol si debba ingerire per essere "ubriaco", si esamina poi la frequenza delle ubriacature e del "binge drinking" oltre che la percezione dei rischi correlati a questi consumi.

La sezione successiva è dedicata all'uso di farmaci e psicofarmaci e alle sostanze illegali (cannabis, cocaina, amfetamine, eroina, ecstasy, allucinogeni, sostanze dopanti, smart drugs). Di queste sostanze viene richiesta la frequenza d'uso nella vita, nei 12 mesi e nei 30 giorni precedenti alla compilazione del questionario, l'età di primo utilizzo, la fruibilità percepita e la diffusione dell'abitudine d'uso nel gruppo dei pari di riferimento e l'eventuale somma spesa per l'acquisto negli ultimi 30 giorni.

C'è poi una parte interamente dedicata alle abitudini di gioco, dove oltre ad alcune domande relative ad esse, viene utilizzato un questionario standardizzato sul gioco d'azzardo (South Oaks Gambling Screen: Revised For Adolescents, SOGS-RA).

Infine l'ultima parte del questionario è dedicata agli atteggiamenti e alle opinioni che gli studenti hanno rispetto al consumo di sostanze psicoattive; le domande spaziano dalla prima sostanza provata alla motivazione per cui si è provata, al dove e come è stato possibile procurarla, alla contiguità con l'uso di queste sostanze, alla percezione dei rischi correlati ai consumi. I dati degli studi, gli strumenti e le metodologie utilizzate, le scuole partecipanti ed ogni altra

informazione di pertinenza sono consultabili sul sito dell'IFC-CNR (<http://www.epid.ifc.cnr.it>).

Da evidenziare come, in futuro, lo studio ESPAD-Italia® possa assumere un importante ruolo per l'individuazione della ripartizione territoriale delle risorse da impegnare per il contrasto della diffusione dell'uso di sostanze psicoattive. I dati sulle opinioni e gli atteggiamenti in rapporto alle varie sostanze e sull'esperienza del consumo rivestono, inoltre, particolare importanza se utilizzati per la valutazione e la programmazione degli interventi di prevenzione, realizzati e da realizzare, sulla popolazione generale. In particolare sia i dati sulla percezione del rischio, sia i dati relativi ai consumi riferiti nella vita, negli ultimi 12 mesi e negli ultimi 30 giorni, possono essere utilizzati per stimare gli effetti a breve termine delle campagne di prevenzione universale, che vanno ad incidere per esempio proprio sulla percezione stessa del rischio individuale, legato ai comportamenti di assunzione di alcol, tabacco e altre droghe.

### **12.3 INDAGINE REGIONALE SU PREVENZIONE E CONTRASTO DELLE DIPENDENZE**

L'indagine regionale sulla rete dei servizi per le tossicodipendenze, le politiche di prevenzione, trattamento e riabilitazione rivolta ai tossicodipendenti ha coinvolto tutte le Regioni e Province Autonome italiane, ed è stata effettuata nel mese di aprile-maggio 2008. Lo strumento di raccolta dei dati è stato un questionario, compilato dai referenti regionali per le tossicodipendenze, composto dalle seguenti sezioni:

- *"Prevenzione universale dell'uso di sostanze psicoattive a livello di comunità locale"* (Questionario Strutturato 25<sup>7</sup> dell'EMCDDA). La prevenzione universale dell'uso di sostanze psicoattive si rivolge a gruppi generali di popolazione. Le informazioni richieste riguardano gli interventi di prevenzione del consumo di sostanze psicoattive attivati, rivolti alla comunità locale, conclusi e/o in corso nell'anno, a livello regionale.
- *"Prevenzione selettiva e mirata"* (Questionario Strutturato 26<sup>8</sup> dell'EMCDDA). La prevenzione selettiva e mirata, rivolgendosi a specifici gruppi o individui a rischio/vulnerabili, raccoglie informazioni sugli interventi di prevenzione attivati, conclusi e/o in corso destinati a gruppi specifici ritenuti a rischio di disturbi da uso di sostanze psicoattive, sia in quanto appartenenti a particolari segmenti della popolazione generale (minorenni pregiudicati, giovani con problemi di emarginazione scolastica) che in base all'esposizione a fattori di rischio/vulnerabilità ambientali, biologiche, psicologiche e sociali, associati all'uso di sostanze. Raccoglie informazioni anche sugli interventi di prevenzione rivolti a famiglie problematiche (con uso problematico di sostanze, alcol incluso, con problemi di salute mentale, appartenenti a gruppi etnici emarginati, a genitori socialmente svantaggiati, in quanto disoccupati, senza fissa dimora ecc...)
- *"Programmi di trattamento"* (Questionario Strutturato 27<sup>9</sup> dell'EMCDDA). Lo strumento consente di raccogliere informazioni sulle strategie e le politiche regionali in termini di trattamenti erogati, suddividendo (in base alle indicazioni dell'Osservatorio Europeo sulle droghe) i programmi di trattamento in: antiastinenziali non sostitutivi aspecifici, "farmacologicamente assistiti" con terapia specifica (sostitutivi con metadone e/o buprenorfina e con antagonisti), "drug free" (abstinence oriented).

<sup>7</sup> <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1578EN.html>

<sup>8</sup> <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1569EN.html>

<sup>9</sup> <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1572EN.html>

- *"Reinserimento sociale"* (Questionario Strutturato 28<sup>10</sup> dell'EMCDDA). Raccoglie informazioni sulle strategie, le politiche ed i programmi di reinserimento sociale (inteso come intervento di natura sociale che mira a reinserire nella comunità soggetti consumatori problematici di droga in fase di riabilitazione) rivolti ai consumatori e/o ex consumatori problematici di droga, attivati, conclusi e/o in corso nel 2007. Gli interventi riguardano gli ambiti dell'alloggio (interventi che mirano ad assicurare un posto in cui poter vivere mediante l'assegnazione di un sussidio finalizzato all'integrazione dell'affitto o altri servizi di sostegno all'alloggio), dell'istruzione e la formazione professionale, dell'inserimento lavorativo (interventi che mirano all'inserimento nel mondo del lavoro sia aiutando il soggetto a trovare un'occupazione che offrendogli una formazione specifica in vista di un futuro lavoro). Indaga inoltre sugli interventi riguardo l'assistenza di base, come quella psicologica, economica, legale.
- *"Riduzione della mortalità per intossicazione acuta da uso di sostanze"* (Questionario Strutturato 29<sup>11</sup> dell'EMCDDA). Raccoglie informazioni sulle politiche, le attività e i progetti volti a ridurre la mortalità per intossicazione acuta da uso di sostanze (overdose) attivati, conclusi e/o in corso nel corso del 2007.
- *"Rete dei servizi"*. Raccoglie informazioni su strutture semiresidenziali e residenziali, diagnostico-terapeutico-riabilitative private e pubbliche (tipologia di struttura, utenti in carico nell'anno e nuovi percorsi attivati), servizi di riduzione del danno/limitazione dei rischi privati e pubblici (sulle unità di strada per tossicodipendenti, alcolicodipendenti, prostitute) e sugli utenti contattati nell'anno, il personale impiegato e la durata dell'attività svolta nel corso dell'anno.

## 12.4 PROGETTO SIMI@ITALIA

Il Progetto SIMI@Italia, Sistema Integrato Multicentrico di Indicatori, condotto dal Consiglio Nazionale delle Ricerche nell'ambito dell'accordo di programma stipulato con il Ministero della Solidarietà Sociale ed in collaborazione con la Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute e la Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica del Ministero dell'Interno, è finalizzato allo sviluppo di un modello di gestione integrato e sinergico dei flussi informativi afferenti alle diverse Amministrazioni dello Stato che riguardano i soggetti consumatori problematici di sostanze stupefacenti.

Per quanto riguarda la collaborazione con la Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica del Ministero dell'Interno, l'obiettivo è quello di conoscere e analizzare meglio i fenomeni di disagio giovanile, seguendo l'iter delle segnalazioni e contribuendo alla prevenzione selettiva in "soggetti a rischio". La Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute, è stata invece coinvolta con l'obiettivo di integrarsi con quanto già avviato mediante altri progetti (primo fra tutti il nuovo Sistema Informativo per le dipendenze SIND). Per tutte le Amministrazioni regionali e le Aziende sanitarie, infine, l'obiettivo è quello di porsi come utile strumento operativo/informativo per rispondere alle richieste europee relative alla descrizione della domanda di trattamento, offrendo allo stesso tempo un supporto alle esigenze di programmazione delle politiche sanitarie e sociali.

I risultati raggiunti tramite il coinvolgimento trasversale delle diverse Amministrazioni hanno riguardato, per il momento, l'implementazione del flusso di raccolta dei dati, il miglioramento della leggibilità e fruibilità dell'informazione, la divulgazione e la diffusione dell'informazione, la maggiore confrontabilità fra le

---

<sup>10</sup> <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1573EN.html>

<sup>11</sup> <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1333>

diverse aree territoriali e lo sviluppo delle competenze, nel settore dell'epidemiologia, delle figure professionali coinvolte. I prodotti principali realizzati sono stati la descrizione ed analisi della domanda di trattamento, dei profili dei soggetti in trattamento, dei soggetti segnalati per articoli 75/121 del DPR 309/90 e la stima della prevalenza e dell'incidenza dei disturbi da uso di sostanze.

Elemento cardine di attuazione e verifica degli obiettivi posti col Progetto SIMI è lo studio multicentrico attivato con le seguenti finalità:

- individuazione e costruzione di indicatori necessari a descrivere:
  - il fenomeno del disagio sociale, soprattutto tra la popolazione giovanile
  - l'iter amministrativo delle segnalazioni, singole e multiple
  - le caratteristiche socio-sanitarie dei soggetti segnalati
  - le caratteristiche della domanda di trattamento
- raccolta di informazioni e dati sulle risposte messe in atto in tema di prevenzione e contrasto al consumo e all'abuso di sostanze psicoattive, attraverso tre "Questionari Strutturati" predisposti dall'Osservatorio Europeo sulle droghe (EMCDDA - European Monitoring Centre for Drug and Drug Abuse):
  - *Questionario Strutturato 25 "Prevenzione universale dell'uso di sostanze psicoattive a livello di comunità locale"*<sup>12</sup>. La prevenzione universale dell'uso di sostanze psicoattive si rivolge a gruppi generali di popolazione (come ad esempio giovani che frequentano le scuole) senza prendere in considerazione specifici gruppi a rischio; è quindi quel tipo di prevenzione che si rivolge indistintamente a tutti i membri di una comunità. Le informazioni richieste dal Questionario Strutturato 25 riguardano gli interventi di prevenzione del consumo di sostanze psicoattive attivati, conclusi e/o in corso nel corso del 2007 a livello territoriale (circoscrizione, quartiere, ecc...); esclude gli interventi relativi al trattamento, alla riduzione del danno o al reinserimento sociale/lavorativo, mentre include i programmi per un impiego alternativo del tempo libero, come i programmi di prevenzione universale rivolti ai giovani al di fuori del contesto scolastico (ambito sportivo etc.).
  - *Questionario Strutturato 26 "Prevenzione selettiva e mirata"*<sup>13</sup>. La prevenzione selettiva e mirata si rivolge a specifici gruppi o individui a rischio (gruppi o individui vulnerabili). Le informazioni richieste dal Questionario Strutturato 26 riguardano gli interventi di prevenzione attivati, conclusi e/o in corso nel del 2007 verso gruppi specifici ritenuti a rischio di disturbi da uso di sostanze psicoattive per la loro appartenenza a particolari segmenti della popolazione generale (minorenni pregiudicati, giovani con problemi di emarginazione scolastica). I gruppi a rischio possono essere identificati in base a fattori di rischio/vulnerabilità ambientali, biologici, psicologici, sociali, che sono associati all'uso di sostanze e i sottogruppi possono essere definiti per fascia d'età, sesso, storia familiare, zona di residenza, ecc.
  - *Questionario Strutturato 29 "Riduzione della mortalità per intossicazione acuta da uso di sostanze"*<sup>14</sup>. La mortalità per intossicazione acuta da uso di sostanze a cui ci si riferisce riguarda i decessi causati direttamente dal consumo di una o più droghe e che avvengono generalmente poco dopo l'assunzione della sostanza ("overdose", avvelenamenti, o morti indotte dall'assunzione di sostanze); non vengono quindi considerate le morti causate indirettamente dal consumo di droghe (es. incidenti stradali

<sup>12</sup> <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1578EN.html>

<sup>13</sup> <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1569EN.html>

<sup>14</sup> <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1333>

causati dall'abuso di sostanze). Le informazioni richieste dal Questionario Strutturato 29 consentono di ottenere una panoramica del grado di copertura degli interventi volti alla riduzione delle mortalità per intossicazione acuta da uso di sostanze attivate, conclusi e/o in corso nel 2007.

- Sono state inoltre rilevati i dati relativi alla doppia diagnosi (eventuali tipi di collaborazione con i Dipartimenti di Salute Mentale, frequenza con cui un paziente con disturbi psichiatrici, in carico al servizio, incontra uno psichiatra, per una visita, colloquio, seduta di psicoterapia e prescrizione di farmaci o altri esami clinico-diagnostici) ed alla prevenzione delle malattie infettive droga correlate (distribuzione materiale informativo, siringhe, materiale sterile e profilattici, per la prevenzione del rischio di infezione di malattie droga correlate).

L'indagine multicentrica interessa l'intero territorio nazionale ed è condotta su 27 aree territoriali. Nelle diverse sedi viene sperimentato il sistema di raccolta dei dati individuali, comune ai diversi flussi. I sistemi informativi gestionali delle strutture interessate sono organizzati per record individuali dei soggetti in trattamento presso il SerT, le strutture del privato sociale e di quelli segnalati dalle Prefetture. Ogni tracciato record contiene le variabili definite nel protocollo dello studio e nel caso delle segnalazioni, ogni record individuale riporta le informazioni relative ai provvedimenti adottati dalle Prefetture e/o dalle strutture deputate al trattamento delle dipendenze. Il sistema informativo sviluppato prevede l'elaborazione standardizzata dei dati al fine della produzione automatica delle tabelle sulla domanda di trattamento per quanto riguarda gli utenti dei SerT e del privato sociale, e di tabelle appositamente costituite relativamente ai soggetti segnalati dalle Prefetture. Nel 2007 sono stati pubblicati i "report standard" annuali, realizzati su base territoriale provinciale, per le 22 aree partecipanti allo studio multicentrico 2006. La base di dati comune utilizzata per la presente Relazione comprende 40.945 persone trattate nel corso del 2007 presso i 27 Dipartimenti per le dipendenze patologiche che partecipano allo studio multicentrico.

## **12.5 PROGETTO STRENGTHENING FAMILIES PROGRAM (SFP)**

Il Progetto SFP, implementato dal Ministero della Pubblica Istruzione, è la prima applicazione in Italia del metodo di rinforzo dei fattori di protezione della famiglia denominato Strengthening Families Program - SFP (Programma Sostegno Famiglie): uno dei programmi ritenuti più efficaci negli USA per la sua capacità di suscitare cambiamenti positivi nelle famiglie. Il progetto SFP, finanziato dal MPI secondo l'accordo di programma con il Ministero della Solidarietà Sociale, ex DNPA, si propone di creare centri distribuiti su tutto il territorio nazionale in cui sperimentare questo metodo a partire da una significativa sinergia tra famiglia, scuola e territorio.

Il metodo SFP ha la caratteristica di non essere applicato separatamente ai bambini o ai genitori, ma alla famiglia intera, partendo dall'assunto che, se si vogliono ridurre i fattori di rischio nei bambini (bullismo, dipendenze, disagio) si devono migliorare sia il contesto familiare, sia le capacità dei genitori nell'allevare e nell'offrire opportunità educative adeguate ai loro bambini.

Gli obiettivi del progetto SFP:

- rafforzare i legami familiari intergenerazionali;
- sviluppare attaccamento ai genitori e senso di appartenenza alla famiglia;
- migliorare le relazioni genitori-figli e le dinamiche all'interno del nucleo familiare;
- insegnare a comunicare e motivare i valori della famiglia.

I destinatari individuati sono i nuclei familiari con figli tra 6 e 11 anni. Le 47 sedi sono state individuate presso le province di Pescara e Teramo (Abruzzo);

Catanzaro, Cosenza e Reggio Calabria (Calabria); Caserta e Napoli (Campania); Bologna, Modena e Reggio Emilia (Emilia-Romagna); Roma (Lazio); Genova, Imperia e La Spezia (Liguria); Bergamo, Brescia, Cremona, Milano e Varese (Lombardia); Ascoli Piceno e Ancona (Marche); Torino e Novara (Piemonte); Bari, Lecce e Taranto (Puglia); Cagliari (Sardegna); Caltanissetta, Catania, Messina e Palermo (Sicilia); Firenze, Livorno, Pistoia e Prato (Toscana); Belluno, Padova, Venezia, Verona e Vicenza (Veneto).

Il Progetto sarà monitorato nel processo e valutato nei risultati dall'Università "Ca' Foscari" di Venezia, che ha già predisposto un portale telematico per la raccolta dei dati e per l'attività di help-desk rivolta agli operatori del Programma (<http://www.sfp-valutazione.org>).

Maggiori dettagli sul progetto si possono trovare all'indirizzo <http://www.progettosfp.it>

## **12.6 CONSULTE PROVINCIALI PER LA PREVENZIONE DELLE TOSSICODIPENDENZE**

Il progetto, curato dal Ministero della Pubblica Istruzione, ha coinvolto 10 consulte provinciali degli studenti (Parma, Udine, Campobasso, Roma, Bari, Rimini, Trapani, Frosinone, Caserta e Cagliari).

Le iniziative sono state finalizzate alla produzione di spot, manifesti, spettacoli teatrali ed altro, per la realizzazione di campagne di prevenzione.

La finalità principale del progetto riguarda il coinvolgimento mirato delle consulte provinciali degli studenti rispetto a tematiche inerenti il BENESSERE e la prevenzione delle dipendenze in collaborazione con enti locali e altri soggetti esterni per migliorare la condizione giovanile unitamente all'individuazione di percorsi di formazione e di lavoro che abbiano una ricaduta reale all'interno di ciascuna scuola.

L'attuazione si è articolata attraverso la realizzazione di diverse azioni:

- realizzazione di indagini conoscitive sui bisogni e sulla percezione del rischio tra i giovani del proprio territorio,
- scelta dell'area prioritaria d'intervento,
- definizione dei percorsi di formazione,
- realizzazione dei progetti con il supporto di enti e agenzie del territorio,
- visibilità dei prodotti finali in un momento conclusivo di socializzazione,

I principali risultati ottenuti sono stati:

- sensibilizzazione dei propri compagni alle sfide della vita senza il supporto di sostanze psicoattive da abuso,
- suggerimenti e contributi per la realizzazione di campagne nazionali di lotta alla droga.

## **12.7 STIME DI INCIDENZA DI UTILIZZATORI CON BISOGNO DI CURA**

Le stime di incidenza di uso problematico di eroina, seguendo le indicazioni fornite dall'Osservatorio europeo, sono state ottenute dalla Sezione di Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari e dalla Sezione distaccata di Roma dell'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche utilizzando un modello matematico denominato Back-Calculation. Tale metodologia, a partire dal numero di nuove richieste di trattamento che ogni anno vengono effettuate ai SerT e dalla conoscenza della distribuzione del tempo che intercorre tra l'inizio dell'uso della sostanza e la prima richiesta di trattamento ai Servizi ("tempo di latenza"), permette di ricostruire il numero di persone che ogni anno iniziano ad utilizzare sostanze psicoattive illegali.

Poiché si utilizzano dati relativi alle richieste di trattamento, tale metodologia fornisce esclusivamente le stime del numero di nuovi soggetti utilizzatori di eroina che in futuro richiederanno un trattamento ai Servizi per le

Tossicodipendenze, escludendo così tutti quei soggetti che smetteranno di utilizzare la sostanza prima di richiedere un trattamento o quelli che non ne chiederanno mai uno.

Il metodo Back-Calculation fornisce, oltre alle stime di incidenza, anche i relativi intervalli di confidenza, che sono più grandi per i primi e gli ultimi anni del periodo considerato (peculiarità del metodo).

I dati relativi alle nuove richieste di trattamento sono stati forniti dal Ministero della Salute, mentre per la stima della distribuzione del tempo di latenza si è fatto riferimento a quanto già pubblicato in bibliografia.

## 12.8 STIME DI PREVALENZA DEI SOGGETTI ELEGGIBILI AL TRATTAMENTO

La stima di prevalenza dei soggetti eleggibili per il trattamento è stata determinata come valore medio delle stime calcolate utilizzando 4 delle metodologie<sup>15</sup> proposte dall'Osservatorio Europeo di Lisbona all'interno dell'indicatore chiave *uso problematico di sostanze*<sup>16</sup> e nello specifico sono: il metodo del moltiplicatore segnalazioni/decessi droga correlati, il metodo dell'indicatore multivariato, il metodo dell'indicatore demografico ed il metodo cattura ricattura.

L'informazione elaborata è quella acquisita dai flussi istituzionali del Ministero dell'Interno, del Ministero della Salute, del Ministero della Giustizia e all'interno delle attività del Progetto SIMI@Italia.

Se da un lato la disponibilità istituzionale di informazioni, in parte rilasciate in forma aggregata, può rappresentare un fattore limitante per le condizioni teoriche di applicabilità di alcuni dei metodi utilizzati, dall'altro la concordanza rilevata con le stime di prevalenza calcolate in alcuni osservatori epidemiologici sul fenomeno, a livello sia regionale che provinciale, rende sostanzialmente affidabili i valori di stima presentati.

## 12.9 PROGETTO START

Il Progetto START (sistemi per la lettura del fenomeno, per l'attivazione di trattamenti per l'abuso di cocaina e il miglioramento delle capacità diagnostiche e terapeutiche nell'ambito delle neuroscienze) è un progetto per la realizzazione di prodotti e servizi tecnico scientifici avanzati al fine di promuovere la crescita, lo sviluppo, l'innovazione e il coordinamento degli interventi delle organizzazioni istituzionali, anche a livello internazionale, nel campo delle tossicodipendenze. Il progetto è finanziato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga ed è diretto e realizzato dall'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze della Regione Veneto e dal Dipartimento delle Dipendenze di Verona.

Tra gli obiettivi del progetto vi è la realizzazione di: i) una serie di offerte, quali fornire servizi, prodotti tecnici, rapporti epidemiologici, linee di indirizzo tecnico scientifiche e revisioni bibliografiche, per il supporto operativo delle realtà istituzionali; ii) azioni coordinate su progetti specifici nell'ambito delle dipendenze da sostanze, nell'ambito della prevenzione primaria, della gestione di sistemi informativi/web e la formazione del personale, dell'organizzazione di tavoli di confronto tecnico su argomenti specifici segnalati dai referenti istituzionali, dell'implementazione di collaborazioni tra referenti tecnici nazionali, internazionali e centri di ricerca su tematiche operative specifiche.

Le attività sono state concentrate su tre aspetti principali considerati dagli operatori prioritari rispetto ai bisogni emergenti: in primis, continuazione e

---

<sup>15</sup> EMCDDA Recommended Draft Technical Tools and Guidelines - Key Epidemiological Indicator: Prevalence of problem drug use - EMCDDA/ July 2004.

<sup>16</sup> <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1372>.

completamento del sistema informativo e nazionale (precedente progetto SESIT) per creare una base di dati a livello nazionale, standardizzata e permanente relativamente all'uso di sostanze e alle caratteristiche dei consumatori; tale linea di progetto si è conclusa con l'adozione da parte delle Regioni e Province Autonome di standard comuni per la registrazione delle caratteristiche dei soggetti ma anche delle prestazioni erogate presso i servizi di assistenza e degli indicatori per gli esiti dei trattamenti; successivamente questi standard hanno trovato continuità e capitalizzazione all'interno del sistema informativo sanitario nazionale del Ministero della Salute (sottogruppo SIND). Sono state realizzate una serie di pubblicazioni<sup>17</sup> che risultano essere un punto di aggiornamento tecnico scientifico per tutti gli operatori del settore, anche mediante la produzione di una newsletter elettronica mensile inviata a tutti i SerT italiani.

Si è quindi attuata una struttura di produzione orientata alla realizzazione di attività necessarie ad una migliore programmazione e gestione dei piani di intervento delle varie organizzazioni istituzionali operanti nel campo delle dipendenze e delle patologie correlate, nel rispetto delle proprie autonomie e competenze, con finalità generali di crescita, sviluppo ed innovazione, attraverso, da un lato, il coordinamento spontaneo e volontario tra i vari partecipanti, e dall'altro, il CSRD (Centro Studi e Ricerche sulle Dipendenze), che ha orientato l'organizzazione interna e le attività in funzione delle finalità del servizio da erogare da parte di tutte le organizzazioni istituzionali partecipanti.

Una seconda linea di progetto è stata quella relativa all'approfondimento delle tematiche relative alla forte espansione dell'abuso di cocaina nella popolazione: attraverso la lettura del fenomeno cocaina, si è mirato all'attivazione di trattamenti specifici per l'abuso di cocaina e al miglioramento delle capacità diagnostiche e terapeutiche nell'ambito delle neuroscienze; sono stati realizzati prodotti e servizi tecnico-scientifici avanzati, anche mediante l'attivazione di collaborazioni europee e internazionali, al fine di promuovere la crescita, lo sviluppo, l'innovazione e il coordinamento degli interventi nel campo di tale dipendenza<sup>18</sup>.

Una terza linea di progetto ha attivato e approfondito un nuovo filone di studi sugli aspetti delle neuroscienze correlati alle dipendenze, attivando studi e ricerche mediante tecniche avanzate di neuroimaging in grado di documentare i danni prodotti dalle sostanze stupefacenti sul cervello ma anche i meccanismi di funzionamento del craving e del possibile controllo volontario di tale fenomeno; il prodotto di tale lavoro è stata una recente pubblicazione (marzo 2008) dal titolo "Elementi di Neuroscienze e dipendenze - Manuale per operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze"<sup>19</sup>.

<sup>17</sup> inserite e scaricabili nel sito [www.dronet.org](http://www.dronet.org).

<sup>18</sup> informazioni in merito sono consultabili sul sito <http://cocaina.dronet.org/>

<sup>19</sup> a c. di G. Serpelloni, F. Bricolo, M. Mozzoni.

## 12.10 STUDIO PADDI

Studio promosso e finanziato per l'anno 2005 dal Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga e condotto dal Dipartimento di Neuroscienze e Tecnologie Biomediche dell'Università degli Studi di Milano Bicocca, dal Dipartimento di Scienze Sanitarie Applicate e Psicocomportamentali, Sezione di Statistica Medica ed Epidemiologia dell'Università degli Studi di Pavia, dalla Facoltà di Psicologia dell'Università degli Studi "G. d'Annunzio" di Chieti e dal Department of Mental Health Sciences Royal Free and University College Medical School of London con l'obiettivo di stimare la prevalenza della comorbidità tra disturbi da uso di sostanze e disturbi psichiatrici, negli utenti in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale in Italia, e studiare l'associazione tra caratteristiche di tipo clinico e/o socio-demografico ed alcuni indicatori di interesse di tipo trattamentale e/o di esito.

*Disegno dello studio:* studio trasversale e studio caso-controllo innestato.

*Popolazione in studio:* soggetti maggiorenni affetti da comorbidità tra disturbi da uso di sostanze e disturbi mentali in carico ai Dipartimenti di Salute Mentale in Italia nel 2005. Il campione è costituito a partire da quanto rilevato nei dipartimenti partecipanti allo studio che corrispondono al 57% dei DSM presenti sul territorio nazionale.

*Strumenti di rilevazione:* i dati sono stati raccolti tramite schede di rilevazione riguardanti le caratteristiche strutturali dei diversi DSM (sistema di archiviazione e gestione dei dati, modello di presa in carico dell'utenza), le caratteristiche dei singoli operatori (tipologia di servizio, utenza in carico per operatore, utenza in carico affetta da comorbidità psichiatrica), le caratteristiche socio-demografiche individuali dell'utenza comorbile trattata e il carico prestazionale erogato per ciascun utente (anamnesi medico internistica, sostanze d'abuso, condizione legale, familiarità, disturbi psichiatrici, trattamento per l'abuso di sostanze, trattamento per disturbi psichiatrici).

## 12.11 SURVEY ISS - STUDIO ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ-MINISTERO DELLA SALUTE

*Disegno dello studio:* studio cross-sectional condotto in due anni (2005 e 2007) su un campione di SerT.

*Campionamento:* dai 550 SerT presenti in Italia sono stati estratti, per ciascun anno, 50 SerT con un campionamento multistadio. Dapprima sono stati estratti 50 SerT con una probabilità di inclusione proporzionale alla numerosità di utenti seguiti da ciascun SerT, in modo da dare maggior peso a quelli più grandi; successivamente ogni SerT ha estratto in modo casuale 30 utenti dall'elenco dei soggetti in carico, utilizzando una tabella di numeri random. I SerT che hanno partecipato sia nel 2005 che nel 2007 hanno escluso nel 2007 i tossicodipendenti già inclusi nello studio del 2005. Dei 100 SerT estratti, 87 hanno accettato di partecipare (45 nel 2005 e 42 nel 2007) per un totale di 2.582 tossicodipendenti.

*Modalità di inclusione:* criterio di eleggibilità era "essere in carico" presso il servizio, cioè aver frequentato il servizio per un trattamento (farmacologico o non) relativo allo stato di tossicodipendenza nell'anno in studio.

*Strumento di rilevazione:* questionario somministrato attraverso un'intervista strutturata condotta da personale appositamente addestrato. A tutti è stato richiesto un consenso informato scritto. Il questionario era suddiviso in varie sezioni e includeva informazioni socio-demografiche, sui comportamenti sessuali, sull'uso di sostanze (tipo di sostanze usate, anno di inizio uso e modalità di assunzione), e sui risultati dei test sierologici per HIV, HBV e HCV. I dati relativi a queste infezioni sono stati estratti dalla cartella clinica.

E' necessario mettere in evidenza alcuni limiti di questo studio. I risultati si riferiscono solamente ai tossicodipendenti in carico presso i SerT, che non sono

necessariamente rappresentativi dell'intera popolazione di tossicodipendenti italiani. Inoltre è stato fatto un campionamento in base alla localizzazione dei SerT in aree a maggiore o minore densità demografica e al numero di utenti per SerT, ma non in base ad un criterio di rappresentatività geografica.

Questo studio, tuttavia, aggiunge nuove informazioni rispetto a quelle annualmente raccolte dal Ministero della Salute. In particolare esso fornisce: dati individuali sulle caratteristiche demografiche e di uso degli stupefacenti dei tossicodipendenti in trattamento; dati individuali sull'esecuzione dei test sierologici per HIV, HBV e HCV (numero soggetti testati, numero positivi, numero negativi); dati individuali sull'uso endovenoso e non-endovenoso, di tutte le sostanze utilizzate dal singolo tossicodipendente.

### **12.12 PROGETTO "GEO DRUGS ALERT"**

Il Progetto Sistema di Allerta Precoce e Risposta Rapida per le Droghe (Geo Drugs Alert), a cura del Ministero della Salute in collaborazione con Ministero della Solidarietà Sociale, è stato realizzato dal Dipartimento delle Dipendenze Ulss 20 Verona e vi hanno aderito la Calabria, il Piemonte, la Campania, il Lazio, la Lombardia, la Liguria, le Marche, la Toscana, il Veneto, le Province Autonome di Bolzano e Trento, l'Abruzzo, la Basilicata, l'Emilia-Romagna, il Friuli-Venezia Giulia, il Molise e la Sicilia.

Sulla base delle indicazioni del Consiglio Europeo si è voluto sviluppare anche in Italia un sistema di allerta rapida che mettesse le organizzazioni e gli enti deputati alla protezione della salute pubblica nelle condizioni di gestire le situazioni di rischio legate alla produzione, diffusione, consumo di nuove droghe, di nuove modalità di consumo, intossicazioni e/o morti per overdose.

L'analisi dei sistemi di allerta precoce adottati in vari ambiti e paesi, ha permesso l'elaborazione di un modello di sistema efficace ed innovativo in grado di rilevare precocemente la comparsa di sostanze o di combinazioni di sostanze particolarmente tossiche, di attivare selettivamente, ma efficacemente, la rete dei servizi e delle organizzazioni per garantire una risposta rapida sul territorio e, contemporaneamente, di segnalare al Punto Focale Nazionale Reitox il fenomeno rilevato per la diffusione delle informazioni all'interno del network europeo. Caratteristiche del sistema sono la tempestività, indispensabile nel cogliere il fenomeno e la rapidità, necessaria nell'attivare le azioni di risposta che le unità operative, dislocate sul territorio, devono adottare per fronteggiare gli eventi.

Il software non è commerciabile, è gratuitamente a disposizione di tutte le Regioni e Province Autonome italiane, consente la collaborazione con le Forze dell'Ordine per lo scambio di informazioni sul traffico e lo spaccio delle sostanze stupefacenti.

### 12.13 ANALISI DEI COSTI SOCIALI

Lo studio per la quantificazione dei costi sociali indotti dall'utilizzo di sostanze psicoattive illegali, è stato condotto, sia nel 2006, che nel 2007, dalla Sezione di Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari e dalla Sezione distaccata di Roma dell'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche con la collaborazione del Ministero della Salute, della Ragioneria Generale dello Stato e sia delle Amministrazioni centrali dello Stato che delle Regioni e Province Autonome che hanno fornito gli elementi informativi di base. La metodologia utilizzata ricalca quella proposta dall'Osservatorio europeo per la realizzazione di tali tipi di studio<sup>20</sup> e tiene conto anche delle altre esperienze maturate<sup>21</sup>. Si è quindi proceduto all'analisi dei fattori incidenti che creano diseconomie e potenziali perdite di guadagno per la collettività ed il consumatore stesso.

Il punto di partenza, rappresentato dall'analisi delle diverse tipologie di costo a partire dalle problematiche direttamente connesse al consumo delle sostanze psicoattive, ha comportato l'individuazione di quattro macro-aree, riconducibili essenzialmente ai costi sostenuti per la perdita di salute (trattamenti sanitari, assistenziali, sociali), per la perdita della produttività (riduzione del reddito, maggior rischio di disoccupazione ed interruzione dei percorsi lavorativi e formativi, riduzione delle ore lavorate, incremento dell'assenteismo), per l'applicazione della legge in materia (costi sostenuti per azioni promosse al fine di contrastare, ridurre, reprimere la domanda e l'offerta di sostanze stupefacenti e costi sostenuti dal sistema giudiziario nel suo complesso, considerando anche quelli relativi all'impatto del fenomeno droga con le strutture carcerarie) ed altri costi sociali, attribuibili principalmente all'acquisto delle sostanze stupefacenti.

Per la determinazione dei costi parte dell'analisi ha riguardato i flussi informativi istituzionali provenienti dalle Amministrazioni Centrali, quali i Ministeri dell'Interno, della Salute, della Giustizia e la Ragioneria Generale dello Stato. Sono state inoltre coinvolte le Amministrazioni Regionali e delle Province Autonome al fine di reperire altra informazione specifica. Sulla base di quanto acquisito sono state elaborate, quando necessario, delle stime in riferimento alle voci difficilmente reperibili e/o rilevate solamente in forma aggregata.

Nel dettaglio le informazioni rilevate dalle amministrazioni centrali hanno considerato:

i soggetti in carico ai SerT e i ricoveri con diagnosi correlata al consumo di sostanze (Ministero della Salute), i soggetti segnalati ai Nuclei Operativi Tossicodipendenze delle Prefetture per possesso di sostanze stupefacenti ai sensi dell'art. 75 del Testo Unico in materia di tossicodipendenze DPR 309/90, i soggetti in trattamento presso le comunità terapeutiche (Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica del Ministero dell'Interno), i soggetti denunciati e/o transitati negli istituti penitenziari in qualità di indagati/imputati o condannati per reati penali specificamente connessi alla normativa in materia, i sequestri di sostanze stupefacenti e i decessi per abuso di sostanze (Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno), gli adulti detenuti tossicodipendenti o comunque in carcere per reati inerenti la normativa in materia e i soggetti minorenni transitati presso i diversi servizi della giustizia minorile (Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria e Dipartimento della Giustizia Minorile).

Per quanto riguarda la Ragioneria Generale dello Stato, sono stati acquisiti i dati relativi al Budget Rivisto 2007, che rappresenta il consuntivo del primo semestre

---

<sup>20</sup> P. Kopp e P. Fenoglio. Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France. OFDT 2000.

<sup>21</sup> I principali riferimenti metodologici utilizzati fanno riferimento al lavoro di E. Single, D. Collina, B. Easton, H. Harwood, H. Lapsley, P. Kopp e E. Wilson. International Guideline for Estimating the Costs of Substance Abuse. Edizione 2001., e al Report che l'Osservatorio europeo sulle droghe e le tossicodipendenze ha commissionato a P. Reuter, M. Ramstedt e H. Rigter. Developing a Framework for Estimating Government Drug Pollice Expenditures. del 2004.

e le previsioni aggiornate per il secondo semestre del Budget dello Stato, da cui sono stati rilevati i costi sostenuti dalle amministrazioni centrali relativamente alle missioni istituzionali<sup>22</sup> preliminarmente individuate e selezionate (diciassette in tutto), distinguendo ulteriormente per Centri di Responsabilità Amministrativa<sup>23</sup> e per Centri di Costo<sup>24</sup> inerenti l'analisi e quindi per voci del piano dei conti<sup>25</sup> (circa novanta).

Il coinvolgimento delle Amministrazioni regionali e delle Province Autonome ha riguardato principalmente la rilevazione dell'informazione relativa ai costi sostenuti per l'assistenza fornita a soggetti affetti da dipendenza da sostanze d'abuso.

Nello specifico sono state approfondite le aree di costo riferite:

- all'assistenza ambulatoriale, residenziali, semiresidenziali extra-ospedaliera;
- al personale specificatamente preposto all'assistenza socio-sanitaria dei soggetti;
- alla spesa farmaceutica specificatamente sostenuta in tale ambito;
- ai ricoveri ospedalieri e/o in case di cura private e/o convenzionate effettuati secondo diagnosi correlate all'uso di sostanze stupefacenti;
- alla realizzazione di progetti di prevenzione universale e selettiva, di riduzione della mortalità per intossicazione acuta da uso di sostanze, per i programmi di trattamento, per il reinserimento sociale e lavorativo e la realizzazione di campagne mass-mediatiche nell'ambito della dipendenza da sostanze legali ed illegali.

Altri flussi informativi utilizzati sono stati quelli relativi alle rilevazioni dell'Istituto Superiore di Sanità e dell'Istat relativamente alla mortalità per causa in Italia, alla banca dati dell'Istituto Nazionale Infortuni sul Lavoro relativamente agli infortuni denunciati, unitamente alle evidenze emerse dagli studi PADDI, VEdeTTE, dalle indagini IPSAD@Italia, ESPAD@Italia e dal Progetto SIMI@italia.

<sup>22</sup> Rappresentano gli oggetti mediante i quali il bilancio economico e finanziario può essere letto dal punto di vista dello scopo; sono la risultante dei servizi, finali e strumentali, posti in essere da ciascuna amministrazione in maniera propria e/o condivisa con altre amministrazioni per il raggiungimento degli scopi dell'amministrazione medesima.

<sup>23</sup> Unità organizzativa di livello dirigenziale generale cui vengono assegnate le risorse finanziarie, umane e strumentali; il titolare del CRA è il responsabile della gestione e dei risultati derivanti dall'impiego delle risorse assegnategli.

<sup>24</sup> Unità organizzativa individuata in coerenza con il Centro di Responsabilità Amministrativa al quale appartiene, ad ogni C.d.C. è assegnata la responsabilità di gestire le risorse dalle quali si generano i costi.

<sup>25</sup> Strumento di riferimento necessario per la rilevazione dei costi, tali costi sono classificati secondo le caratteristiche fisico-economico delle risorse (umane, strumentali e finanziarie).



# **PARTE 13**

---

## **ALLEGATI CONTENUTI NEL CD**

**13.1 Tavole Standard**

**13.2 Tavole di lavoro della Relazione**

**13.3 Testo della Relazione al Parlamento in formato PDF**



## 13.1 TAVOLE STANDARD

### 1 - Ministero dell'Interno (Direzione Centrale per i Servizi Antidroga)

I dati forniti dalla DCSA sono stati utilizzati per la stesura del Capitolo 6 relativamente all'analisi della mortalità per intossicazione acuta, Capitolo 8 relativamente alle denunce e Capitolo 10 relativamente alle operazioni antidroga.

Tavola 01/01	Distribuzione regionale delle operazioni antidroga per tipologia di sostanze stupefacenti sequestrate e/o rinvenute nell'anno 2007.
Tavola 01/02a	Distribuzione regionale per tipologia del reato e di sostanza stupefacente delle persone di nazionalità italiana deferite alle Autorità Giudiziarie nel 2007.
Tavola 01/02b	Distribuzione regionale per tipologia del reato e di sostanza stupefacente delle persone di nazionalità straniera deferite alle Autorità Giudiziarie nel 2007.
Tavola 01/03a	Distribuzione regionale per le principali sostanze stupefacenti e per tipo di provvedimento adottato nei confronti delle persone di nazionalità italiana deferite alle Autorità Giudiziarie in base all'art.73 del DPR 309/90 per l'anno 2007.
Tavola 01/03b	Distribuzione regionale per le principali sostanze stupefacenti e per tipo di provvedimento adottato nei confronti delle persone di nazionalità italiana deferite alle Autorità Giudiziarie in base all'art.74 del DPR 309/90 per l'anno 2007.
Tavola 01/03c	Distribuzione regionale per le principali sostanze stupefacenti e per tipo di provvedimento adottato nei confronti delle persone di nazionalità straniera deferite alle Autorità Giudiziarie in base all'art.73 del DPR 309/90 per l'anno 2007.
Tavola 01/03d	Distribuzione regionale per le principali sostanze stupefacenti e per tipo di provvedimento adottato nei confronti delle persone di nazionalità straniera deferite alle Autorità Giudiziarie in base all'art.74 del DPR 309/90 per l'anno 2007.
Tavola 01/04	Distribuzione regionale delle quantità delle diverse sostanze stupefacenti sequestrate e/o rinvenute nell'anno 2007.
Tavola 01/05a1	Distribuzione regionale dei soggetti di sesso maschile e nazionalità italiana deferiti alle Autorità Giudiziarie (per tutti i reati previsti dal DPR 309/90) per tipo di provvedimento adottato e per età. Anno 2007.
Tavola 01/05a2	Distribuzione regionale dei soggetti di sesso femminile e nazionalità italiana deferiti alle Autorità Giudiziarie (per tutti i reati previsti dal DPR 309/90) per tipo di provvedimento adottato e per età. Anno 2007.
Tavola 01/05b1	Distribuzione regionale dei soggetti di sesso maschile e nazionalità straniera deferiti alle Autorità Giudiziarie (per tutti i reati previsti dal DPR 309/90) per tipo di provvedimento adottato e per età. Anno 2007.
Tavola 01/05b2	Distribuzione regionale dei soggetti di sesso femminile e nazionalità straniera deferiti alle Autorità Giudiziarie (per tutti i reati previsti dal DPR 309/90) per tipo di provvedimento adottato e per età. Anno 2007.
Tavola 01/06a	Distribuzione regionale dei decessi per abuso di sostanze stupefacenti dei soggetti di nazionalità italiana in base al sesso e all'età. Anno 2007.
Tavola 01/06b	Distribuzione regionale dei decessi per abuso di sostanze stupefacenti dei soggetti di nazionalità straniera in base al sesso e all'età. Anno 2007.
Tavola 01/07	Attività antidroga svolta negli spazi doganali e sul territorio nazionale. Anni 2004-2007.

## 2 - Ministero dell'Interno (Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica)

I dati forniti dalla DCDS sono stati utilizzati per la stesura del Capitolo 5 relativamente all'analisi delle sanzioni amministrative e segnalazioni ex artt. 75 e 121 TU 309/90.

Tavola 02/01a	Distribuzione per regione di residenza, per sesso ed età dei nuovi soggetti segnalati ex art.75 DPR 309/90 nel corso dell'anno 2007 - con una sola segnalazione.
Tavola 02/01b	Distribuzione per regione di residenza, per sesso ed età dei nuovi soggetti segnalati ex art.75 DPR 309/90 nel corso dell'anno 2007 - con più segnalazioni.
Tavola 02/01a-bis	Distribuzione per regione di residenza, per sesso ed età dei soggetti già segnalati (in anni precedenti) ex art.75 DPR 309/90 nel corso dell'anno 2007 - con una sola segnalazione.
Tavola 02/01b-bis	Distribuzione per regione di residenza, per sesso ed età dei soggetti già segnalati (in anni precedenti) ex art.75 DPR 309/90 nel corso dell'anno 2007 - con più segnalazioni.
Tavola 02/01c	Distribuzione per regione di segnalazione, per sesso ed età dei nuovi soggetti segnalati ex art.75 DPR 309/90 nel corso dell'anno 2007 - con una sola segnalazione.
Tavola 02/01d	Distribuzione per regione di segnalazione, per sesso ed età dei nuovi soggetti segnalati ex art.75 DPR 309/90 nel corso dell'anno 2007 - con più segnalazioni.
Tavola 02/01c-bis	Distribuzione per regione di segnalazione, per sesso ed età dei soggetti già segnalati (in anni precedenti) ex art.75 DPR 309/90 nel corso dell'anno 2007 - con una sola segnalazione.
Tavola 02/01d-bis	Distribuzione per regione di segnalazione, per sesso ed età dei soggetti già segnalati (in anni precedenti) ex art.75 DPR 309/90 nel corso dell'anno 2007 - con più segnalazioni.
Tavola 02/02a	Distribuzione per regione di residenza e per anno dei soggetti segnalati ex art.75 DPR 309/90.
Tavola 02/02b	Distribuzione per regione di segnalazione e per anno dei soggetti segnalati ex art.75 DPR 309/90.
Tavola 02/03a-04	Distribuzione per regione di residenza e per sostanza d'abuso primaria dei nuovi soggetti segnalati ex art.75 DPR 309/90. Anno 2004.
Tavola 02/03b-04	Distribuzione per regione di residenza e per sostanza d'abuso primaria dei soggetti già segnalati negli anni precedenti ex art.75 DPR 309/90. Anno 2004.
Tavola 02/03a-05	Distribuzione per regione di residenza e per sostanza d'abuso primaria dei nuovi soggetti segnalati ex art.75 DPR 309/90. Anno 2005.
Tavola 02/03b-05	Distribuzione per regione di residenza e per sostanza d'abuso primaria dei soggetti già segnalati negli anni precedenti ex art.75 DPR 309/90. Anno 2005.
Tavola 02/03a-06	Distribuzione per regione di residenza e per sostanza d'abuso primaria dei nuovi soggetti segnalati ex art.75 DPR 309/90. Anno 2006.
Tavola 02/03b-06	Distribuzione per regione di residenza e per sostanza d'abuso primaria dei soggetti già segnalati negli anni precedenti ex art.75 DPR 309/90. Anno 2006.
Tavola 02/03a-07	Distribuzione per regione di residenza e per sostanza d'abuso primaria dei nuovi soggetti segnalati ex art.75 DPR 309/90. Anno 2007.
Tavola 02/03b-07	Distribuzione per regione di residenza e per sostanza d'abuso primaria dei soggetti già segnalati negli anni precedenti ex art.75 DPR 309/90. Anno 2007.
Tavola 02/04a-04	Distribuzione per regione di segnalazione e per sostanza d'abuso primaria dei nuovi soggetti segnalati ex art.75 DPR 309/90. Anno 2004.

Tavola 02/04b-04	Distribuzione per regione di segnalazione e per sostanza d'abuso primaria dei soggetti già segnalati negli anni precedenti ex art.75 DPR 309/90. Anno 2004.
Tavola 02/04a-05	Distribuzione per regione di segnalazione e per sostanza d'abuso primaria dei nuovi soggetti segnalati ex art.75 DPR 309/90. Anno 2005.
Tavola 02/04b-05	Distribuzione per regione di segnalazione e per sostanza d'abuso primaria dei soggetti già segnalati negli anni precedenti ex art.75 DPR 309/90. Anno 2005.
Tavola 02/04a-06	Distribuzione per regione di segnalazione e per sostanza d'abuso primaria dei nuovi soggetti segnalati ex art.75 DPR 309/90. Anno 2006.
Tavola 02/04b-06	Distribuzione per regione di segnalazione e per sostanza d'abuso primaria dei soggetti già segnalati negli anni precedenti ex art.75 DPR 309/90. Anno 2006.
Tavola 02/04a-07	Distribuzione per regione di segnalazione e per sostanza d'abuso primaria dei nuovi soggetti segnalati ex art.75 DPR 309/90. Anno 2007.
Tavola 02/04b-07	Distribuzione per regione di segnalazione e per sostanza d'abuso primaria dei soggetti già segnalati negli anni precedenti ex art.75 DPR 309/90. Anno 2007.
Tavola 02/05	Distribuzione per regione di residenza, per anno e per provvedimento dei nuovi soggetti segnalati ex art.75 DPR 309/90.
Tavola 02/06	Distribuzione per regione di segnalazione, per anno e per provvedimento dei nuovi soggetti segnalati ex art.75 DPR 309/90.
Tavola 02/07a	Distribuzione regionale delle strutture socio riabilitative e dei soggetti in trattamento alla data del 31 marzo 2007.
Tavola 02/07b	Distribuzione regionale delle strutture socio riabilitative e dei soggetti in trattamento alla data del 30 giugno 2007.
Tavola 02/07c	Distribuzione regionale delle strutture socio riabilitative e dei soggetti in trattamento alla data del 30 settembre 2007.
Tavola 02/07d	Distribuzione regionale delle strutture socio riabilitative e dei soggetti in trattamento alla data del 31 dicembre 2007.

### **3 - Ministero della Giustizia (Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria)**

I dati forniti dal Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria sono stati utilizzati per la stesura del Capitolo 8 relativamente all'analisi degli ingressi negli istituti penitenziari per reati previsti dal TU 309/90 e dei consumatori di sostanze psicoattive in carico ai Servizi della Giustizia.

Tavola 03/01a	Distribuzione regionale dei detenuti tossicodipendenti, alcolodipendenti e in trattamento metadonico, suddivisi per sesso, presenti in carcere alla data del 30/06/2007.
Tavola 03/01a-bis	Distribuzione regionale dei detenuti tossicodipendenti, alcolodipendenti e in trattamento metadonico, suddivisi per sesso, presenti in carcere alla data del 31/12/2007.
Tavola 03/02a	Distribuzione regionale dei detenuti presenti in carcere ed affetti da HIV per stadio di infezione, stato di tossicodipendenza e sesso alla data del 30/06/2007.
Tavola 03/02b	Distribuzione regionale dei detenuti stranieri presenti in carcere ed affetti da HIV per stadio di infezione, stato di tossicodipendenza e sesso alla data del 30/06/2007.
Tavola 03/02a-bis	Distribuzione regionale dei detenuti presenti in carcere ed affetti da HIV per stadio di infezione, stato di tossicodipendenza e sesso alla data del 31/12/2007.
Tavola 03/02b-bis	Distribuzione regionale dei detenuti stranieri presenti in carcere ed affetti da HIV per stadio di infezione, stato di tossicodipendenza e sesso alla data del 31/12/2007.
Tavola 03/03	Distribuzione regionale per tipologia di reato e nazionalità dei detenuti presenti in carcere alla data del 30/06/2007.

Tavola 03/03-bis	Distribuzione regionale per tipologia di reato e nazionalità dei detenuti presenti in carcere alla data del 31/12/2007.
Tavola 03/04	Attività dei centri di servizio sociale con riferimento all'affidamento in prova (casi ordinari e particolari) e alla detenzione domiciliare. Situazione al 30/06/2007.
Tavola 03/04-bis	Attività dei centri di servizio sociale con riferimento all'affidamento in prova (casi ordinari e particolari) e alla detenzione domiciliare. Situazione al 31/12/2007.
Tavola 03/05	Distribuzione regionale per stato di tossicodipendenza, tipologia di reato e nazionalità dei nuovi entrati dalla libertà nel periodo 01/01/2007 - 30/06/2007.
Tavola 03/05-bis	Distribuzione regionale per stato di tossicodipendenza, tipologia di reato e nazionalità dei nuovi entrati dalla libertà nel periodo 01/07/2007 - 31/12/2007.
Tavola 03/06	Distribuzione regionale dei nuovi entrati dalla libertà suddivisi per sesso sottoposti a screening per l'accertamento di sieropositività per HIV e dei detenuti risultati positivi nel periodo 01/01/2007 - 30/06/2007.
Tavola 03/06-bis	Distribuzione regionale dei nuovi entrati dalla libertà suddivisi per sesso sottoposti a screening per l'accertamento di sieropositività per HIV e dei detenuti risultati positivi nel periodo 01/07/2007 - 31/12/2007.

#### **4 - Ministero della Giustizia (Dipartimento per gli Affari di Giustizia, Direzione Generale della Giustizia Penale)**

Tavola 04/01a	Distribuzione regionale dei procedimenti penali pendenti per i reati del DPR 309/90 e del numero di indagati/imputati coinvolti (suddivisi in maggiorenni e minorenni), periodo di riferimento dal 01/01/2007 al 30/06/2007.
Tavola 04/01b	Distribuzione regionale dei procedimenti penali pendenti per i reati del DPR 309/90 e del numero di indagati/imputati coinvolti (suddivisi in maggiorenni e minorenni), periodo di riferimento dal 01/07/2007 al 31/12/2007.
Tavola 04/02a	Distribuzione regionale dei procedimenti penali definiti per i reati del DPR 309/90 e del numero di condannati coinvolti (suddivisi in maggiorenni e minorenni), periodo di riferimento dal 01/01/2007 al 30/06/2007.
Tavola 04/02b	Distribuzione regionale dei procedimenti penali definiti per i reati del DPR 309/90 e del numero di condannati coinvolti (suddivisi in maggiorenni e minorenni), periodo di riferimento dal 01/07/2007 al 31/12/2007.

#### **5 - Ministero della Giustizia (Dipartimento per la Giustizia Minorile)**

I dati forniti dal Dipartimento della Giustizia Minorile sono stati utilizzati per la stesura del Capitolo 8 relativamente all'analisi dei soggetti entrati negli istituti penali per minorenni per reati previsti dal TU 309/90 e delle caratteristiche dei consumatori di sostanze in carico presso i diversi servizi della Giustizia Minorile.

Tavola 05/01	Soggetti assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei servizi della Giustizia Minorile per sostanza assunta e frequenza dell'assunzione. Anni 2006-2007.
Tavola 05/02	Soggetti assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei servizi della Giustizia Minorile per sostanza assunta e modalità di rilevazione. Anno 2006-2007.
Tavola 05/03	Accertamenti sanitari effettuati, presso i diversi servizi della Giustizia Minorile, su soggetti assuntori di sostanze stupefacenti. Anni 2004-2007.

Tavola 05/04	Invii presso strutture pubbliche e private di soggetti assuntori di sostanze stupefacenti (transitati presso i diversi servizi della Giustizia Minorile). Anni 2004-2007.
Tavola 05/05	Interventi farmacologici effettuati su soggetti assuntori di sostanze stupefacenti (transitati presso i diversi servizi della Giustizia Minorile). Anni 2004-2007.
Tavola 05/06	Ingressi, presso i servizi della Giustizia Minorile, per tipo di reato. Anni 2004-2007.
Tavola 05/07	Ingressi, di consumatori di sostanze stupefacenti (italiani e stranieri), presso i servizi della giustizia minorile, per reati previsti dal DPR 309/90. Anni 2004-2007.
Tavola 05/08	Minori entrati nel 2007 negli IPM per reati commessi in violazione della normativa sugli stupefacenti DPR 309/90.

#### **6 - Ministero della Giustizia (Direzione Generale dell'Esecuzione Penale Esterna)**

I dati forniti dalla Direzione Generale dell'Esecuzione Penale Esterna sono stati utilizzati per la stesura del Capitolo 8 relativamente all'analisi delle caratteristiche dei soggetti affidati agli Uffici di Esecuzione Penale Esterna per intraprendere o proseguire un programma di trattamento per la tossicodipendenza in base a quanto previsto dall'art. 94 del TU 309/90.

Tavola 06/01	Distribuzione dei soggetti presi in carico dagli Uffici di Esecuzione Penale Esterna nel corso del 2007 in base all'art. 94 del DPR 309/90 (tossicodipendenti) ed altre misure alternative alla reclusione: nuovi casi e rientrati.
Tavola 06/02	Distribuzione dei soggetti presi in carico dagli Uffici di Esecuzione Penale Esterna nel corso dell'anno in base all'art. 94 del DPR 309/90 (tossicodipendenti) ed altre misure, suddivisi per sesso, età, nazionalità e reati.

#### **7 - Ministero della Difesa (il materiale richiesto per la realizzazione delle Tabelle Standard degli anni precedenti non è pervenuto)**

#### **8 - Ministero della Salute**

I dati forniti dalla Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio VII, sono stati utilizzati all'interno del Capitolo 4 per effettuare le stime di incidenza e prevalenza di uso problematico e per l'analisi delle caratteristiche degli utenti in carico presso i Servizi per le Tossicodipendenze, nel Capitolo 5 per l'analisi dei trattamenti droga correlati, nel Capitolo 6 per l'analisi delle malattie infettive droga correlate.

Tavola 08/01	Distribuzione regionale e per anno del numero di soggetti in carico per "trattamento" presso i SerT.
Tavola 08/02a	Distribuzione regionale, per sesso ed età dei nuovi soggetti in trattamento presso i SerT. Anno 2007.
Tavola 08/02b	Distribuzione regionale, per sesso ed età dei soggetti "già in carico" in trattamento presso i SerT. Anno 2007.
Tavola 08/03a	Distribuzione regionale e per sostanza d'abuso primaria del totale dei soggetti in trattamento presso i SerT. Anno 2007.
Tavola 08/03b	Distribuzione regionale e per sostanza d'abuso secondaria del totale dei soggetti in trattamento presso i SerT. Anno 2007.
Tavola 08/04	Distribuzione regionale e per anno dei soggetti in trattamento presso i SerT secondo la sostanza d'abuso primaria.
Tavola 08/05	Distribuzione regionale dei test diagnostici effettuati sui soggetti in trattamento presso i SerT e dei test risultati positivi, per anno e tipo di test.
Tavola 08/06a	Distribuzione regionale dei nuovi soggetti in trattamento presso i SerT secondo la condizione rispetto al virus dell'HIV, per sesso e per anno.

Tavola 08/06b	Distribuzione regionale dei soggetti "già in carico" in trattamento presso i SerT secondo la condizione rispetto al virus dell'HIV, per sesso e per anno.
Tavola 08/07a	Distribuzione regionale dei nuovi soggetti in trattamento presso i SerT secondo la condizione rispetto al virus dell'epatite B, per sesso e per anno.
Tavola 08/07b	Distribuzione regionale dei soggetti "già in carico" in trattamento presso i SerT secondo la condizione rispetto al virus dell'epatite B, per sesso e per anno.
Tavola 08/08a	Distribuzione regionale dei nuovi soggetti in trattamento presso i SerT secondo la condizione rispetto al virus dell'epatite C, per sesso e per anno.
Tavola 08/08b	Distribuzione regionale dei soggetti "già in carico" in trattamento presso i SerT secondo la condizione rispetto al virus dell'epatite C, per sesso e per anno.
Tavola 08/09a	Distribuzione regionale dei trattamenti effettuati nei SerT ai soggetti in carico, per tipologia di trattamento e per anno.
Tavola 08/09b	Distribuzione regionale dei trattamenti effettuati nelle Strutture Riabilitative ai soggetti in carico presso i SerT, per tipologia di trattamento e per anno.
Tavola 08/09c	Distribuzione regionale dei trattamenti effettuati nelle Carceri ai soggetti in carico presso i SerT, per tipologia di trattamento e per anno.
Tavola 08/10	Distribuzione regionale del personale attivo presso i SerT per qualifica professionale e per anno.
Tavola 08/11	Distribuzione regionale dei trattamenti con buprenorfina effettuati dai SerT, per tipologia di trattamento e per anno.

### **9 - Ministero di Giustizia (Casellario Giudiziale Centrale)**

I dati forniti dal Casellario Giudiziale sono stati utilizzati per la stesura del Capitolo 8 relativamente all'analisi delle caratteristiche dei soggetti condannati per reati in violazione del TU 309/90.

Tavola 09/01	Distribuzione regionale degli italiani e stranieri, maschi e femmine, condannati nel 2007 per reati previsti dal DPR 309/90.
Tavola 09/02a	Distribuzione degli italiani condannati nel 2007 per tipo di reato (artt. 73 e 74) e per età.
Tavola 09/02b	Distribuzione degli stranieri condannati nel 2007 per tipo di reato (artt. 73 e 74) e per età.

### **10 - Altre fonti**

Tavola 10/01	Uso di sostanze illegali nella popolazione generale. Anno 2007 (Tavola standard 01 EMCDDA).
Tavola 10/02	Uso di sostanze illegali nella popolazione giovanile scolarizzata. Anno 2007 (Tavola standard 02 EMCDDA).

### **13.2 TAVOLE DI LAVORO DELLA RELAZIONE**

Tavola 1.1	Disapprovazione dell'uso di sostanze psicotrope illegali per i soggetti di sesso maschile e femminile nella popolazione generale, articolata per età.
Tavola 1.2	Disapprovazione dell'uso di sostanze psicotrope illegali per i soggetti di sesso maschile e femminile nella popolazione scolarizzata, articolata per età.
Tavola 1.3	Percezione del rischio per la propria salute in relazione all'uso di sostanze psicotrope illegali per i soggetti di sesso maschile e femminile nella popolazione generale, articolato per età.

Tavola 1.4	Percezione del rischio per la propria salute in relazione all'uso di sostanze psicotrope illegali per i soggetti di sesso maschile e femminile nella popolazione scolarizzata, articolato per età.
Tavola 2.1	Misure di associazione (odds ratio) fra caratteristiche generali e sociali e consumo di sostanze psicoattive illegali.
Tavola 2.2	Misure di associazione (odds ratio) fra caratteristiche degli studenti e consumo di sostanze psicoattive illegali.
Tavola 3.1	Misure di associazione (odds ratio) fra caratteristiche generali degli Istituti in merito a progetti di prevenzione e presenza di progetti attivi nell'anno scolastico in corso.
Tavola 3.2	Misure di associazione (odds ratio) fra area geografica e tipologia di istituto e contenuti dei progetti.
Tavola 3.3	Misure di associazione (odds ratio) fra caratteristiche dei progetti e contenuto tematico (uso ed abuso di sostanze).
Tavola 3.4	Misure di associazione (odds ratio) fra caratteristiche dei progetti e contenuto tematico (problemi sociali e benessere personale).
Tavola 3.5	Misure di associazione (odds ratio) fra caratteristiche dei progetti e contenuto tematico (sessualità e malattie sessualmente trasmissibili).
Tavola 3.6	Misure di associazione (odds ratio) fra caratteristiche dei progetti e contenuto tematico (salute mentale e riduzione del danno).
Tavola 4.1	Misure dell'associazione (odds ratio) tra l'uso iniettivo ed alcune caratteristiche dell'utenza consumatrice di oppiacei e cocaina in trattamento nei SerT. Anno 2007.
Tavola 4.2	Distribuzione dell'associazione (odds ratio) tra il policonsumo ed alcune caratteristiche dell'utenza in trattamento. Anno 2007.
Tavola 4.3	Misure di associazione (odds ratio) tra sostanza che determina il trattamento ed alcune caratteristiche socio-demografiche dell'utenza SerT. Anno 2007.
Tavola 4.4	Misure di associazione (odds ratio) tra l'uso per via iniettiva della sostanza primaria ed alcune caratteristiche dell'utenza inviata nelle Comunità Terapeutiche. Anno 2007.
Tavola 4.5	Misure di associazione (odds ratio) tra l'uso di più sostanze oltre a quella primaria ed alcune caratteristiche dell'utenza inviata nelle Comunità Terapeutiche. Anno 2007.
Tavola 5.1	Misure di associazione (odds ratio) tra trattamenti integrati (rispetto a quelli farmacologicamente assistiti) ed alcune caratteristiche socio-demografiche dell'utenza in carico nei SerT.
Tavola 5.2	Misure di associazione (odds ratio) tra trattamenti esclusivamente psicosociali (rispetto a quelli farmacologicamente assistiti) ed alcune caratteristiche socio-demografiche dell'utenza inviata nelle Comunità Terapeutiche.
Tavola 6.1	Misure di associazione (odds ratio) tra l'uso per via iniettiva almeno una volta nella vita ed alcune caratteristiche dell'utenza. Anno 2007.
Tavola 6.2	Caratteristiche socio-demografiche e fattori correlati alle pratiche di abuso in 2582 tossicodipendenti. Italia, 2005 e 2007.
Tavola 6.3	Risultati del test sierologico per HIV sul totale dei soggetti testati.
Tavola 6.4	Risultati del test sierologico per HBV sul totale dei soggetti testati.
Tavola 6.5	Risultati del test sierologico per HCV sul totale dei soggetti testati.
Tavola 6.6	Misure di associazione (odds ratio) tra presenza di comorbidità psichiatrica ed alcune caratteristiche socio-demografiche dell'utenza in carico nei SerT.
Tavola 6.7	Misure di associazione (odds ratio) tra la presenza di sindrome da dipendenza ed alcune caratteristiche dell'utenza comorbile in carico ai DSM.
Tavola 6.8	Misure di associazione (odds ratio) tra l'aver ricevuto un trattamento da parte di un servizio per le dipendenze ed alcune caratteristiche dell'utenza comorbile in carico ai DSM.

Tavola 8.1	Risultati del modello di regressione logistica per la valutazione dei fattori di rischio per l'arresto tra i denunciati per art. 73 DPR 309/90.
Tavola 8.2	Risultati del modello di regressione logistica per la valutazione dei fattori di rischio per l'arresto tra i denunciati per art. 74 DPR 309/90.
Tavola 8.3	Distribuzione dei soggetti di cui si conoscono le caratteristiche anagrafiche, la tipologia di sostanze utilizzate ed i reati commessi.
Tavola 10.1	Distribuzione della prevalenza della percezione della facilità di accesso alle sostanze psicotrope illegali nella popolazione generale maschile, articolata per età.
Tavola 10.2	Distribuzione della prevalenza della percezione della facilità di accesso alle sostanze psicotrope illegali nella popolazione generale femminile, articolata per età.
Tavola 10.3	Distribuzioni di frequenza dei soggetti nella popolazione generale che riferiscono in quali luoghi si può reperire facilmente eroina, cocaina, cannabis, stimolanti e allucinogeni.
Tavola 10.4	Distribuzione della prevalenza della percezione della facilità di accesso alle sostanze psicotrope illegali nella popolazione scolarizzata maschile, articolata per età.
Tavola 10.5	Distribuzione della prevalenza della percezione della facilità di accesso alle sostanze psicotrope illegali nella popolazione scolarizzata femminile, articolata per età.
Tavola 10.6	Distribuzioni di frequenza di studenti che riferiscono in quali luoghi si può reperire facilmente eroina, cocaina, cannabis, stimolanti e allucinogeni.
Tavola 11.1	Disapprovazione dell'uso di sostanze psicotrope e gioco d'azzardo per i soggetti di sesso maschile e femminile nella popolazione generale, articolata per età.
Tavola 11.2	Disapprovazione dell'uso di sostanze psicotrope per i soggetti di sesso maschile e femminile nella popolazione scolarizzata, articolata per età.
Tavola 11.3	Percezione del rischio per la propria salute in relazione all'uso di sostanze psicotrope e al gioco d'azzardo per i soggetti di sesso maschile e femminile nella popolazione generale, articolato per età.
Tavola 11.4	Percezione del rischio per la propria salute in relazione all'uso di sostanze psicotrope per i soggetti di sesso maschile e femminile nella popolazione scolarizzata, articolato per età.
Tavola 11.5	Misure di associazione (odds ratio) fra caratteristiche generali e sociali e consumo di sostanze psicoattive e gioco d'azzardo.
Tavola 11.6	Misure di associazione (odds ratio) fra caratteristiche degli studenti e consumo di sostanze psicoattive e gioco d'azzardo.
Tavola 11.7	Distribuzione della prevalenza della percezione della facilità di accesso ai farmaci nella popolazione generale maschile, articolata per classi d'età.
Tavola 11.8	Distribuzione della prevalenza della percezione della facilità di accesso ai farmaci nella popolazione generale femminile, articolata per classi d'età.
Tavola 11.9	Prevalenza di soggetti che riferiscono come si procurano farmaci, tra coloro che hanno fatto uso almeno una volta nella vita nella popolazione generale.
Tavola 11.10	Distribuzione della prevalenza della facilità di accesso alle sostanze psicoattive nella popolazione scolarizzata maschile, articolata per classi d'età.
Tavola 11.11	Distribuzione della prevalenza della facilità di accesso alle sostanze psicoattive nella popolazione scolarizzata femminile, articolata per classi d'età.

# ACRONIMI

---

ACI	Automobile Club Italia
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AO	Azienda Ospedaliera
ASL	Azienda Sanitaria Locale
ATA	Ausiliario Tecnico Amministrativo
BAC	Blood Alcohol Concentration
CAG	Centri di Aggregazione Giovanili
CAN	Consiglio Svedese per l'Informazione sull'Alcol e le altre Droghe
CdC	Centro di Costo
CIC	Centri di informazione e consulenza
CML	Commissioni Mediche Locali
CNR	Consiglio Nazionale delle Ricerche
CPA	Centri di Prima Accoglienza
CRA	Centro di Responsabilità Amministrativa
CSRD	Centro Studi e Ricerche sulle Dipendenze
CSS	Consiglio Superiore di Sanità
CT	Comunità Terapeutiche
DAG	Dipartimento Affari di Giustizia
DAP	Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria
DCDS	Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica
DCSA	Direzione Centrale per i Servizi Antidroga
DDC	Decessi Droga Correlati
DGM	Dipartimento per la Giustizia Minorile
DH	Day Hospital
DNPA	Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga
DPR	Decreto del Presidente della Repubblica
DSM	Dipartimento di Salute Mentale
DUI	Driving Under the Influence
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs Addiction
ESPAD-Italia®	The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs versione italiana
FFOO	Forze dell'Ordine
GAI	Cooperazione di polizia e giudiziaria in materia penale (precedentemente «Giustizia e affari interni»)
GHB	Gamma-Idrossibutirrato
GITF	Gruppo Italiano dei Tossicologi Forensi
GOAT	Gruppo Operativo Alcolologico Territoriale
GTf	Gruppo Tossicologi Forensi
HBV	Hepatitis B Virus
HCV	Hepatitis C Virus
HIV	Human immunodeficiency virus
ICD 10	International Classification of Diseases, decima revisione
ICD 9	International Classification of Diseases, nona revisione
IDU	Injecting Drug User
IFC	Istituto di Fisiologia Clinica
IME	Indice di Mortalità Esportata
IMI	Indice di Mortalità Importata
IMS	Indice di Mortalità Stanziale
INAIL	Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro
INPS	Istituto Nazionale Previdenza Sociale
IP	Istituto Penale
IPM	Istituto Penale per i Minorenni
IPSAD-Italia®	Italian Population Survey on Alcohol and Drugs
IRCCS	Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
ISS	Istituto Superiore di Sanità
ISTAT	Istituto Nazionale di Statistica
IV	Indice di Violazione
MDC	Major Diagnostic Category
MDMA	Metilendirossimetanfetamina
MIUR	Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
MPI	Ministero della Pubblica Istruzione
NIDA	National Institute on Drug Abuse
NOT	Nucleo Operativo Tossicodipendenze
OCSE	Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico
OEDT	Observatoire européen sur les drogues et les toxicomanies

OERT	Osservatorio Epidemiologico Regionale per la Tossicodipendenza
OIDT	Osservatorio Italiano sulle Droghe e sulle Tossicodipendenze
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
ONG	Organizzazione Non Governativa
ONLUS	Organizzazione Non Lucrativa di Utilità Sociale
OR	Odds Ratio
PA	Provincia Autonoma
PPAA	Province Autonome
PADDI	Psychiatric and Addictive Dual Disorders in Italy
PaP	Patente a Punti
PFN	Punto Focale Nazionale
POF	Piano di Offerta Formativa
PRAP	Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria
PS	Pubblica Sicurezza
PSA	Privato Sociale Accreditato
REITOX	Rete europea per lo scambio d'informazioni sulle droghe e le malattie trasmissibili
ReNCaM	Registro Nominativo delle Cause di Morte
RGM	Registro Generale di Mortalità
RGS	Ragioneria Generale dello Stato
RR	Rischio Relativo
RS	Registro Speciale
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Administration
SDO	Scheda di Dimissione Ospedaliera
SerT	Servizio Territoriale per le Tossicodipendenze
SESIT	Standard Europei per il Sistema Informativo Tossicodipendenze
SIMI@Italia	Sistema Integrato Multicentrico di Indicatori
SIND	Sistema Informativo Nazionale Dipendenze
SIRT	Sistema Informativo Regionale delle Tossicodipendenze
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
TBC	Tubercolosi
THC	Tetraidrocannabinolo
UEPE	Uffici di Esecuzione Penale Esterna
ULSS	Unità Locale Socio Sanitaria
UOT	Unità Operativa Territoriale
USSM	Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni
UTG	Uffici Territoriali del Governo
UUOO	Unità Operative
VEdeTTE	Valutazione di Efficacia dei Trattamenti per la Tossicodipendenza da Eroina

# BIBLIOGRAFIA

---

- AA.VV. Studio epidemiologico sulla DUI nella Regione Toscana. (in corso di pubblicazione).
- AA.VV. The DRD-Standard, version 3.0. 2002; European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Lisbona.
- Amato L., Davoli M., Ferri M., Faggiano F et al. *An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: available evidence to inform clinical practice and research.* J Subst Abuse Treat 28(4), 2005; 321-329.
- Baldo V., Cristofolletti M., Majori S., Cibin M., Peron C., Dal Zotto A., Zampieri N., Saia M., Trivello, R. *Relationship between pathological gambling, alcoholism and drug addiction.* Ann Ig 2, 2006; 147-153.
- Bargagli A. M., Faggiano F., Amato L., Salamina G., Davoli M., Mathis F., Cuomo L., Schifano P., Burrioni P., Perucci C. A. *VEdeTTE, a longitudinal study on effectiveness of treatments for heroin addiction in Italy: study protocol and characteristics of study population.* Subst Use Misuse 41(14), 2006; 1861-1879.
- Bargagli A. M., Hickman M., Davoli M., Perucci C. A., Schifano P., Buster M., Brugal T., Vicente J. *Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries.* Eur J Public Health 16(2), 2006;198-202.
- Bizzarri J. V., Rucci P., Casalboni D., Randi S., Girelli M., Pojer F., Sbrana A. *Substance use and psychiatric symptoms in subjects referred to the drug addiction services by the prefecture.* Epidemiol Psichiatr Soc 16 (1), 2007; 73-78.
- Bizzarri J., Rucci P., Vallotta A., Girelli M., Scandolari A., Zerbetto E., Sbrana A., Iagher C., Dellantonio E. *Dual diagnosis and quality of life in patients in treatment for opioid dependence.* Subst Use Misuse 40 (12), 2005; 1765-1776.
- Carrà G., Clerici M. *The Italian Association on Addiction Psychiatry (SIPDip), formerly The Italian Association on Abuse and Addictive Behaviours.* Addiction 98 (8), 2003; 1039-1042.
- Carrà G., Scioli R., Monti M.C., Marinoni A. *Severity profiles of substance-abusing patients in Italian community addiction facilities: influence of psychiatric concurrent disorders.* Eur Addict Res 12 (2), 2006; 96-101.
- CCE La politica europea dei trasporti fino al 2010: il momento delle scelte; COM 370 del 12 settembre 2001.
- CCE Promuovere la sicurezza stradale nell'Unione Europea: il programma 1997-2001; COM 131 del 09 aprile 1997.
- Collins D.J., Lapsley H.M. *Economic evaluation of policies and programmes: further uses of estimates of the social costs of substance abuse.* Bulletin on Narcotics 2000, Volume LII, Nos. 1 and 2; United Nations Drug Control Programme.
- De Winter M., Cohen P. Langemijer M. *Methodological study to compare the effect of different methods of data collection on the prevalence of self-reported drug use in General Population Surveys.* EMCDDA Scientific Report.
- Del Colle E., Bagnara S., Antolini F., Castrucci R. Barrile, E. *Comunicazione e diffusione dei dati statistici ed aspetti distortivi.* Rapporto di Indagine 06.04.2006; Presidenza del Consiglio dei Ministri, Commissione per la garanzia dell'informazione statistica.
- Di Fiandra T., Mariani, F. *Sistema di Monitoraggio dell'Abuso di Droghe. Progetto Finalizzato Tossicodipendenze.* 1984; Consiglio Nazionale delle Ricerche.
- Drummer O.H., Gerostamoulos G., Chu M., Swann P., Boorman M., Cairns I. *Drug in oral fluid in randomly selected drivers.* Forensic Science International 170, 2007; 105-110
- EMCDDA Recommended Draft Technical Tools and Guidelines - Key Epidemiological Indicator: Prevalence of problem drug use. EMCDDA 2004; Lisboa.
- Evans L. *Traffic Safety.* Science Serving Society 2004; Michigan
- Ferrara M., Gentile A., Langiano E., De Vito E., La Torre G., Ricciardi G. *Alter Ego. Drug and brain-information to prevent. Compared analysis of opinions, knowledge and habits among a multicentric sample of secondary school students about drug addiction.* J Prev Med Hyg 47 (1), 2006; 8-11.
- Ferri M., Bargagli, A. M., Faggiano, F., Belleudi, V., Salamina, G., Vigna-Taglianti F., Davoli M., Perucci C. A. *Mortality of drug users attending public treatment centers in Italy 1998-2001: a cohort study.* Epidemiol Prev 31 (5), 2007; 276-282.

- Ferri M., Davoli M., Perucci C. A. *Heroin maintenance treatment for chronic heroin-dependent individuals: a Cochrane systematic review of effectiveness*. *J Subst Abuse Treat* 30(1), 2006; 63-72.
- Frischer M., Hickman M., Kraus L., Mariani F., Wiessing L. *A comparison of different methods for estimating the prevalence of problematic drug misuse in Great Britain*. *Addiction* 96(10), 2001; 1465-1476.
- Gasquet I., Negre-Pages L., Fourrier A., Nachbaur G., El-Hasnaoui A., Kovess V., Lepine J.P. *Psychotropic drug use and mental psychiatric disorders in France; results of the general population ESEMeD/MHEDEA 2000 epidemiological study*. *Encephale* 31, 2005; 195-206.
- Gerra G., Bertacca S., Zaimovic A., Pirani M., Branchi B., Ferri M. *Relationship of personality traits and drug of choice by cocaine addicts and heroin addicts*. *Subst Use Misuse* 43 (3-4), 2008; 317-330.
- Gerra G., Borella F., Zaimovic A., Moi G., Bussandri M., Bubicic C., Bertacca S. *Buprenorphine versus methadone for opioid dependence: predictor variables for treatment outcome*. *Drug Alcohol Depend* 75(1), 2004; 37-45.
- Gerra G., Ferri M., Polidori E., Santoro G., Zaimovic A., Sternieri E. *Long-term methadone maintenance effectiveness: psychosocial and pharmacological variables*. *J Subst Abuse Treat* 25, 2003; 1-8.
- Gerra, G., Fantoma, A., Zaimovic, A. (2006). *Naltrexone and buprenorphine combination in the treatment of opioid dependence*. *J Psychopharmacol*, 20(6), 2006; 806-814.
- Gerra, G., Leonardi, C., D'Amore, A., Strepparola, G., Fagetti, R., Assi, C., Zaimovic, A., & Lucchini, A. *Buprenorphine treatment outcome in dually diagnosed heroin dependent patients: A retrospective study*. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 30(2), 2006; 265-272.
- Giovanardi D., Castellana C.N., Pisa S., Poppi B., Pinetti D., Bertolini A., Ferrari A. *Prevalence of abuse of alcohol and other drugs among injured drivers presenting to the emergency department of the University Hospital of Modena, Italy*. *Drug Alcohol Depend* 80, 2005; 135-8.
- ISTAT-ACI Statistica degli Incidenti Stradali, anno 2002, Serie Informazioni n.29 (2003)
- Kraus L., Augustin R., Frischer M., Kummeler P., Uhl A., Wiessing L. *Estimating prevalence of problem drug use at national level in countries of the European Union and Norway*. *Addiction* 98, 2003; 471-85.
- Laqueille X., Olie J. P. *Addiction and drug associated behaviour. Epidemiology, prevention, surveillance. Morbidity, comorbidity and complications. Management, substitutive therapy and abstinence. 2nd part - alcohol, psycho-active and illicit substances*. *Rev Prat*, 54(14), 2004; 1601-1607.
- La Torre G., Miele L., Chiaradia G., Mannocci A., Reali M., Gasbarrini G., De Vito E., Grieco A., Ricciardi W. *Socio-demographic determinants of coinfections by HIV, hepatitis B and hepatitis C viruses in central Italian prisoners*. *BMC Infect Dis* 2007; 7, 100.
- La Torre G., Miele L., Mannocci A., Chiaradia G., Berloco F., Gabrieli M. L., Gasbarrini G., Ficarra M. G., Matera A., Ricciardi G., Grieco, A. *Correlates of HCV seropositivity among familial contacts of HCV positive patients*. *BMC Public Health* 2006; 6, 237.
- Leonardi C., Hanna N., Laurenzi P., Fagetti R. *Multi-centre observational study of buprenorphine use in 32 Italian drug addiction centres*. *Drug Alcohol Depend* 94 (1-3), 2008; 125-132.
- Macchia T. *Women and cross-dependence*. *Ann Ist Super Sanita* 40, 2004; 35-40.
- Manzoli L., Mensorio M., Di Virgilio M., Rosetti A., Angeli G., Panell M., Cicchetti A., Di Stanislao F., Siliquini R. *Drug, food, alcohol abuse and smoking in young workers. Methodology of a survey aimed at developing preventive interventions targeted to different type of workers: the Valentino Study*. *Ann Ig* 19 (3), 2007; 235-251.
- March J. C., Oviedo-Joekes E., Romero M. *Factors associated with reported hepatitis C and HIV among injecting drug users in ten European cities*. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 25 (2), 2007; 91-97.
- Maremmani I., Pacini M., Perugi G., Deltito J., Akiskal H. *Cocaine abuse and the bipolar spectrum in 1090 heroin addicts: clinical observations and a proposed pathophysiologic model*. *J Affect Disord* 106 (1-2), 2008; 55-61.
- Ministero della Sanità. *Rapporto annuale sulle attività di ricovero ospedaliero – dati SDO 2002*.
- Montella M., Crispo A., Grimaldi M., Angeletti C., Amore A., Ronga D., Sabbatini M., Pisani A., Spiteri D., Serraino D. *Prevalence of hepatitis C virus infection in different population groups in southern Italy*. *Infection* 33, 2005; 9-12.
- National Institute on Drug Abuse. *Assessing Drug Abuse Within and Across Communities*. NIH Publication No. 98-3614, 1998.

Nicolosi P., Moi M., Villa S., Mannino A., Fortino L., Lispi F., Pennazza R., Boldrini. *Atlante dei ricoveri ospedalieri in Italia. Anno 1999*. CNR, Istituto di tecnologie Biomediche, Sezione di epidemiologia e informatica medica e Ministero della Salute, Direzione gen. della programmazione sanitaria.

OCSE Le role de l'alcool et des medicaments dans le accidents de la ruote. 1978; Paris.

Pavarin R.M., Savioli V., Cervino G. *Analisi della ospedalizzazione dei tossicodipendenti residenti nel comune di Bologna presenti negli archivi dei SerT dell'Azienda USL città di Bologna nel 1997 e nel 1998*. Bollettino Farmacodipendenze e Alcolismo 2002; XXV (1-2).

Quaglio G., Lugoboni F., Pattaro C., Montanari L., Lechi A., Mezzelani P., Des Jarlais D.C. *Patients in long-term maintenance therapy for drug use in Italy: analysis of some parameters of social integration and serological status for infectious diseases in a cohort of 1091 patients*. BMC Public Health 2006; 6, 216.

Ramaekers J.G., Berghaus G., Van Laar M., Drummer O.H. *Dose related risk of motor vehicle crashes after cannabis use*. Drug and Alcohol Dependence 2004; 73, 109-119.

Rampazzo L., De Angeli M., Serpelloni G., Simpson D.D., Flynn P. M. *Italian survey of organizational functioning and readiness for change: a cross-cultural transfer of treatment assessment strategies*. Eur Addict Res 12 (4), 2006; 176-181.

Ravà L., Calvani M.G., Heisterkamp S., Wiessing L., Rossi C. *Incidence indicators for policy making: models, estimation and implications*. UN Bulletin on Narcotics Vol. LIII (1-2), 2001; 135-155.

Rocella M., Paterno G., Bonanno M., Tusa F., Testa D. *New addictions in the third millenium: anabolic steroids as a substance of abuse*. Minerva Pediatr 57, 2005; 129-35.

Rossi C. *Guidelines for the estimation at local level of incidence of problem drug use*. Pompidou Group Project on Treatment Demand: Tracking long-term trends, EU Council 2001; Strasbourg.

Schifano F. *New trends in drug addiction: synthetic drugs. Epidemiological, clinical and preventive issues*. Epidemiol Psichiatr Soc 10 (2) 2001; 63-70.

Serpelloni G., Bricolo F., Mozzoni M. (a cura di), *Elementi di neuroscienze e dipendenze – Manuale per operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze*. Regione del Veneto, Dipartimento delle Dipendenze ULSS 20 Verona, 2008.

Siliquini R., Salamina G., Ruschena M. *Utilizzo delle Schede di Dimissione Ospedaliera per la sorveglianza degli eventi sanitari legati all'uso di sostanze*, in F. Faggiano, M. Ruschena (a cura di). OED Piemonte – Rapporto 2000; 2 (suppl.)

Suligo B., Magliochetti N., Nicoletti G., Pezzotti P., Rezza G. *Trends in HIV prevalence among drug-users attending public drug-treatment centres in Italy: 1990-2000*. J Med Virol 2004; 73:1-6.

Taggi F. *Alcuni indici statistici derivabili dai dati della Patente a Punti e dalle statistiche degli incidenti stradali verbalizzati*, in Taggi F. (a cura di) Sicurezza Stradale: verso il 2010, Ed. ISS - Ministero dei Trasporti 2005; 121-128.

Taggi F. *Sulla probabilità di essere controllati su strada per il tasso alcolemico e per l'uso di sostanze durante la guida*, in Taggi F. (a cura di) Sicurezza Stradale: verso il 2010, Ed. ISS - Ministero dei Trasporti 2005; 300-309.

Taggi F. *Politomic Erased Respondent Method (PERM) for the joint assessment of two dichotomous characteristics, with an application to the polydrug use of cocaine and cannabis by simulation*. Ann. Ig. 19, 2007; 483-497.

Taggi F. *Quantitative Erased Respondent Method (QERM): using quantitative group data as an alternative to quantitative individual data. A simulated application to road checks for drivers under the influence of cocaine*. Ann. Ig. 19, 2007; 559-571.

Taggi F. *Safety Helmet Law in Italy*. The Lancet 1988; 23, 182.

Taggi F. *Un modello matematico per valutare la variazione della mortalità conseguente all'introduzione obbligatoria dell'uso del casco di protezione nella guida dei veicoli a due ruote motorizzati*. Boll.Coll.Med.Ital.Trasp. 5, 1984; 51-60.

Taggi F., Giustini M., Dosi G., Pitidis A., Cipriani F., Buratta V., Bruzzone S., Amato R. *I veri dati sanitari della sicurezza stradale in Italia: mortalità, invalidità, ricoveri, accessi al pronto soccorso, costi*. in Aspetti sanitari della Sicurezza Stradale, a cura di Taggi F., Ed. ISS-Ministero dei Trasporti 2003; 83-87.

Taggi F., Giustini M., Fondi G., Macchia T., Chiarotti M. *L'epidemiologia degli incidenti stradali (I): i dati di base e i fattori di rischio*, in Taggi F. e Di Cristofaro Longo G. (a cura di) I dati socio-sanitari della sicurezza stradale, Ed. ISS-Ministero dei Trasporti 2001; 27-54.

Taggi F., Macchia T. *La necessità dell'attuazione di controlli integrati per il contrasto della guida sotto l'influenza di alcol e di sostanze psicotrope*, in Taggi F. (a cura di) Aspetti sanitari della sicurezza stradale, Ed. ISS-Ministero dei Trasporti 2003; 229-236.

Taggi F., Marturano P. *La percezione del rischio e il rischio della percezione: il caso della sicurezza stradale*, in Taggi F. (a cura di) *Aspetti sanitari della sicurezza stradale*, Ed. ISS-Ministero dei Trasporti 2003; 355-362.

Vigezzi P., Guglielmino L., Marzorati P., Silenzio R., De Chiara M., Corrado F., Cocchi L., Cozzolino E. *Multimodal drug addiction treatment: a field comparison of methadone and buprenorphine among heroin- and cocaine-dependent patients*. *J Subst Abuse Treat* 31(1) 2006; 3-7.

Vigna-Taglianti F.D., Mathis F., Diecidue R., Burrone P., Iannaccone A., Lampis F., Zuccaro P., Pacifici R., Versino E., Davoli M., Faggiano F. *A follow-up study of heroin addicts (VEdeTTE2): study design and protocol*. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2007; 2, 9.

WHO Working Group on Alcohol and Accidents, *Alcohol and Accidents*, WHO ICP/APR 117 - 0344j; 1988.

Wiessing L., Hartnoll R., Rossi C. *The epidemiology of drug use at the macro level: indicators, models and policy-making*. *UN Bulletin on Narcotics*, Vol. LIII (1-2) 2001; 135-155.

World Health Organization "Preventing road traffic injury: a public health perspective for Europe", 2004.

World Health Organization *World Report on Road Traffic Injury Prevention*, 2004.

#### **SITI INTERNET**

<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1372> - EMCDDA - Problem drug use

<http://www.espad.org/>

<http://www.epid.ifc.cnr.it>

<http://stats06.emcdda.europa.eu/en/page008-en.html> - EMCDDA - Drug use in the general population

<http://www.iss.it/ofad/index.php?lang=1> - OSSFAD - Osservatorio Fumo, Alcol e Droga dell'Istituto Seriore di Sanità

<http://www.iss.it/pres/focu/cont.php?id=695&lang=1&tipo=3> Osservatorio Nazionale Ambiente e Traumi dell'Istituto Seriore di Sanità

<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1578EN.html> (Structured Questionnaire 25 "Universal prevention")

<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1569EN.html> (Structured Questionnaire 26 "Selective prevention")

<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1333> (Structured Questionnaire 29 "Prevention of overdoses")

<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1372> (Indicatore chiave "uso problematico")

[http://www.ministerosalute.it/programmazione/resources/documenti/sdo/rel\\_2002.pdf](http://www.ministerosalute.it/programmazione/resources/documenti/sdo/rel_2002.pdf)

<http://www.dronet.org>

