

**Parte seconda: Le dimensioni quantitative del fenomeno**

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

Il numero di tossicodipendenti, entrati dalla libertà in attuazione dell'art. 73 del DPR n. 309 del 1990, è lievemente inferiore al numero dei tossicodipendenti entrati per altri reati (7.157 contro 7.445).

La percentuale di tossicodipendenti entrati per l'art. 73 rispetto al totale dei tossicomani entrati è pari al 47% (48,3% nel 1999).

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

La percentuale di stranieri tossicodipendenti ristretti per l'art. 73, rispetto al totale degli stranieri tossicodipendenti è pari al 61,1%; il corrispondente dato riferito al totale della popolazione detenuta (percentuale dei tossicodipendenti entrati per l'art. 73 rispetto al totale dei tossicodipendenti entrati) è in media del 52%.

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

**I minori con esperienza d'uso di droghe transitati nei Servizi della Giustizia Minorile** (Fonte: Ministero della Giustizia: Dipartimento Giustizia Minorile – Divisione I – Servizi: Statistica e Ricerca – Legislazione, Studi e Documentazione)

**Minori con problemi di assunzione di sostanze stupefacenti**

I dati di seguito presentati costituiscono i risultati del monitoraggio sugli assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei Servizi della Giustizia Minorile (centri di prima accoglienza, istituti penali per minorenni, uffici di servizio sociale per minorenni e comunità).

I dati vengono raccolti attraverso un'apposita scheda di rilevazione, compilata a cura dei Servizi, dopo il colloquio d'ingresso e gli accertamenti medici o, comunque, nel momento in cui si rileva che il minore presenta problemi di assunzione di sostanze stupefacenti.

L'analisi riguarda le caratteristiche demografiche dei soggetti (età, sesso e nazionalità), il reato commesso e altri aspetti quali le sostanze assunte, la qualità dell'assunzione, (il modo attraverso cui è emersa la condizione del minore), l'intervento attuato.

Appare opportuno premettere che un soggetto, per uno stesso fatto, può venire a contatto con più Servizi della Giustizia Minorile.

Nella presente indagine, per alcune distribuzioni, il minore è stato considerato una sola volta, indipendentemente dal numero di ingressi effettuati, per altre, i dati sono stati elaborati facendo riferimento a ciascuna tipologia di servizio e considerando il numero degli ingressi.

Si precisa, inoltre, che alcuni aspetti, quali le sostanze assunte e le modalità di rilevazione della condizione di assuntore, sono stati trattati come domanda a risposta multipla; pertanto, il numero complessivo delle sostanze e delle modalità di rilevazione risulta essere superiore a quello dei casi osservati.

Nel corso dell'anno sono stati 1.128 i soggetti con problemi di assunzione di sostanze stupefacenti venuti a contatto con i Servizi della Giustizia Minorile, la maggior parte dei quali (il 75%) di nazionalità italiana.

La componente straniera è costituita principalmente da minori provenienti dalle zone del Nord - Africa (Marocco e Algeria in particolare); e dai Paesi dell'Est Europeo, quali l'Albania e la Jugoslavia. Sono, invece, pochi i casi relativi alle altre aree geografiche. Con riferimento al sesso e alla classe di età, i dati rispecchiano le caratteristiche proprie dell'utenza dei servizi; prevalgono, quindi, i maschi ed i soggetti di età compresa tra i 16 e i 17 anni.

**Parte seconda: Le dimensioni quantitative del fenomeno**

Per quanto riguarda i reati commessi, come per il totale dei minori entrati nel circuito penale, prevalgono quelli contro il patrimonio (soprattutto furto aggravato e rapina), l'economia e la fede pubblica (essenzialmente reati contro le disposizioni del D.P.R.309/90).

L'elemento di differenza è costituito dal fatto che, per questa particolare utenza, le violazioni della legge in materia di stupefacenti hanno un'incidenza maggiore sul totale dei reati.

Passando a considerare gli aspetti legati alla condizione di assuntore di sostanze stupefacenti, la principale sostanza assunta risulta essere la "cannabis"; seguono a distanza la cocaina e gli oppiacei.

Sono stati, inoltre, segnalati casi di assunzione di nuove droghe; il dato riportato potrebbe, tuttavia, essere sottostimato, in quanto la scheda di rilevazione, elaborata nel 1994, non prevede espressamente l'indicazione delle nuove droghe, fornita dai Servizi in aggiunta alle voci contenute nella scheda.

La modalità con cui si rileva la condizione di assuntore di sostanze stupefacenti è, nella maggior parte dei casi, la dichiarazione volontaria; di rilievo sono anche i casi di accertamento tramite visita medica; meno frequenti sono le segnalazioni da parte della famiglia o di centri esterni.

L'intervento dei servizi nei confronti di questa tipologia di utenza è soprattutto di tipo psicologico e/o di sostegno; l'intervento farmacologico è rivolto in modo particolare a chi assume oppiacei. In alcuni casi viene effettuato un intervento di tipo sia farmacologico che psicologico.

Con riferimento alla qualità dell'assunzione, prevalgono gli assuntori occasionali ed abituali.

Di rilievo è però anche il numero dei tossicodipendenti; questi ultimi, in oltre il 50% dei casi, assumevano oppiacei.

Nell'anno 2000, l'incidenza dei tossicodipendenti sul totale degli assuntori di sostanze stupefacenti è risultata pari al 10,3%, dato in diminuzione rispetto agli anni precedenti (12,4% nel 1997, 11% nel 1998, 10,7% nel 1999).

**Il personale militare segnalato per assunzione di droghe** (Fonte: Ministero della Difesa: Direzione Generale della Sanità Militare – Ufficio del Segretario Generale e Direttore Nazionale degli Armamenti – IV Reparto – Ufficio per l'Informatica e statistica)

**Soggetti segnalati per uso di droghe**

I dati che descrivono l'andamento della tossicodipendenza in ambito militare sono desunti dalle schede individuali per farmacodipendenza pervenute presso la Direzione Generale della Sanità Militare nel periodo compreso tra il 1° gennaio ed il 31 dicembre 2000.

L'archivio è composto da 2.245 schede, relative ad altrettanti soggetti. Il numero dei soggetti segnalati non può in ogni caso ritenersi corrispondente al numero dei casi di tossicodipendenza, poiché le schede vengono compilate anche per i casi d'uso di sostanze stupefacenti che non configurano una vera e propria condizione di tossicodipendenza (tossicofilia e consumo occasionale di sostanze stupefacenti).

Il numero dei soggetti segnalati in quanto assuntori di droghe (2.245) nel 2000, confrontato con quello dell'anno precedente (2.990), mostra un decremento del fenomeno nel suo complesso, che non appare soltanto dovuto alla progressiva contrazione numerica dei contingenti di leva e delle Forze Armate negli ultimi anni. Occorre inoltre aggiungere che nel 2000, a differenza degli anni precedenti, le schede riferite al personale dell'Arma dei Carabinieri, in ragione della recente costituzione in Forza Armata, non sono state conteggiate tra quelle dell'Esercito.

La distribuzione dei consumatori, secondo la posizione militare evidenzia come il consumo sia più frequente, nel 1998, nel 1999 e nel 2000, tra i militari di leva in termini assoluti.

**Parte seconda: Le dimensioni quantitative del fenomeno**

Si nota tuttavia un aumento percentuale, nel 2000, tra i volontari (3,1% nel 1999 contro 4,3% nel 2000), che induce ad una doverosa attenzione.

La distribuzione dei consumatori secondo la categoria di appartenenza evidenzia come il consumo sia più frequente, nel 1998, nel 1999 e nel 2000, tra i militari di truppa.

La distribuzione dei consumatori secondo il dato riferito della prima assunzione rispetto alla data dell'incorporamento, evidenzia che nella maggior parte dei casi la prima assunzione avviene antecedentemente all'incorporamento, quando il giovane è ancora nella vita "civile".

Si precisa, in proposito, che l'incorporamento comprende anche la fase d'istruzione e addestramento prima della destinazione di servizio, fase che si può considerare quindi un periodo di osservazione clinico - comportamentale, in cui sembra necessario attivare la massima vigilanza.

La distribuzione dei consumatori secondo il motivo di assunzione evidenzia come tutt'ora sia necessaria un'opera di prevenzione focalizzata sull'analisi di quanto, per curiosità o spirito di gruppo, induce al consumo.

La distribuzione dei consumatori per Forza Armata di appartenenza evidenzia un maggior numero di casi segnalati nella Marina Militare rispetto alle altre Forze Armate, in linea con un "trend" già manifestatosi nel 1998 e 1999.

Tale dato appare meritevole di approfondimento, anche per valutare se esso rispecchi una effettiva maggiore presenza del fenomeno, ovvero se derivi da un diverso approccio nella ricerca dei dati.

Di contro, i Carabinieri, costituitisi in Forza Armata nel corso del 2000, mostrano una tendenza alla diminuzione del numero di casi nei tre anni considerati.

Le sostanze stupefacenti maggiormente utilizzate in ambito militare, che evidenziano anch'esse un tendenziale complessivo decremento, risultano essere state in ordine decrescente di importanza: marijuana - hashish, cocaina, eroina; e ciò sia per il 1998 che per il 1999 ed il 2000.

Soprattutto l'abuso di eroina induce a ritenere tutt'ora necessaria la massima attenzione per eventuali casi di overdose.

Tuttavia, i dati vanno letti alla luce del fatto che la maggior frequenza di rilevamenti statistici avviene all'incorporamento e quindi il consumo, verosimilmente, almeno in parte si è verificato al di fuori della condizione militare vera e propria.

La distribuzione dei consumatori, secondo l'attività lavorativa prima dell'incorporamento, evidenzia come la disoccupazione possa costituire un fattore di rilevanza sociale correlabile all'uso problematico di sostanze stupefacenti.

Appare tuttavia alto l'uso di sostanze tra operai e studenti.

La distribuzione dei consumatori, secondo il titolo di studio, evidenzia come una bassa scolarizzazione possa costituire un fattore di rilevanza sociale, correlabile all'uso di sostanze stupefacenti, socialmente generatore di problemi.

La distribuzione dei consumatori secondo la frequenza d'uso evidenzia una percentuale di soggetti che fa uso giornalmente o qualche volta a settimana di stupefacenti pari rispettivamente al 7,5% ed al 19,7% (in confronto al 10,5% e 22,8% del 1998, nonché al 8,9% e 21,4% del 1999). Si nota quindi un tendenziale decremento complessivo.

La distribuzione, infine, dei consumatori secondo la posizione di leva, sia per il 1998 che per il 1999 e 2000, evidenzia una maggior frequenza all'incorporamento, indice di una preesistenza di una situazione di disagio o malessere che viene resa palese in sede di incorporamento.

Ciò, congiuntamente all'analisi dei dati relativi al consumo, secondo il periodo d'assunzione (prima e dopo l'incorporamento), induce a ritenere i primi mesi di vita militare come un periodo delicato e da monitorare attentamente ai fini di una attività di prevenzione.

Ancor più analizzando questi dati appare valida la considerazione che l'intervento preventivo risulti tanto più efficace quanto più precocemente esso sia realizzato.

**Parte seconda: Le dimensioni quantitative del fenomeno**

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

Casi riportati

L'attuale raccolta dei dati relativi ai decessi da abuso di sostanze stupefacenti rilevati dalle Forze di polizia sul territorio nazionale riguardano le morti di assuntori per causa tossicologica diretta ed escludono quindi dalla statistica i decessi indirettamente correlati all'assunzione di droghe: ad esempio i decessi per sinistri stradali, per complicanze patologiche (epatiti, AIDS) o per altri fatti (suicidi, incidenti sul lavoro etc.).

Gli elementi informativi comunicati sono, in origine, su base indiziaria, vale a dire non assistiti da specifici riscontri medico-legali di tipo autoptico o tossicologico i cui esiti, risentendo dei tempi tecnici necessari allo svolgimento delle analisi, pervengono alla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga con un certo ritardo.

Dal 1997, è iniziata una collaborazione con il Gruppo Italiano dei Tossicologi Forensi finalizzata a riscontrare ed incrociare, sistematicamente, i dati informativi collezionati dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, su base indiziaria e quelli desunti dallo studio della casistica epidemiologica esaminata a livello scientifico dal Gruppo Tossicologi Forensi nelle sedi universitarie che partecipano al progetto.

Nel Registro Speciale della DCSA relativamente al 2000 sono riportati 1.016 decessi, 931 maschi e 85 femmine, circa il 2% in più rispetto al corrispondente periodo dell'anno precedente.

Leggeri incrementi si osservano a carico delle fasce più elevate di età soprattutto tra i maschi. Per quanto riguarda le donne, una tendenza al rialzo sembra osservarsi nella fascia 20-24 anni.

**Parte seconda: Le dimensioni quantitative del fenomeno****Capitolo 7: Le elaborazioni sui dati forniti dalle Amministrazioni centrali dello Stato****Indicatori d'impatto del fenomeno**Le caratteristiche dei flussi di dati

Nel corso del 2000 sono stati realizzati importanti passi in avanti verso lo sviluppo di una rete funzionale ed operativa per la raccolta, la gestione e l'analisi dei dati relativi ai diversi aspetti del fenomeno (mercato, uso delle sostanze illegali, tossicodipendenze, intervento terapeutico e di reinserimento sociale).

Elementi centrali del cambiamento sono stati sia l'attivazione dell'Osservatorio permanente per la verifica dell'andamento del fenomeno delle droghe e delle tossicodipendenze istituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per gli Affari Sociali, sia l'attivazione dei progetti di sviluppo dei sistemi informativi delle Amministrazioni centrali e Regionali dello Stato che hanno fatto riferimento al finanziamento del Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga (Art. 127 del DPR n.309 del 1990).

Le principali tappe raggiunte nel corso del 2000, grazie anche al supporto tecnico scientifico del Consiglio Nazionale delle Ricerche - Sezione di Epidemiologia dell'Istituto di Fisiologia Clinica, verso il traguardo della completa attivazione dell'Osservatorio, in accordo con l'attività di sviluppo e standardizzazione degli altri Osservatori dei Paesi EU e dell'Osservatorio internazionale di Lisbona, hanno riguardato:

- la collaborazione con le altre Amministrazioni centrali e regionali dello Stato e con l'Osservatorio Europeo di Lisbona sulle tossicodipendenze, in merito alla standardizzazione dei flussi informativi, alla loro elaborazione e alla definizione degli indicatori;
- lo sviluppo e l'impiego di strumenti e tecniche di osservazione, analisi e descrizione del fenomeno capaci di migliorare la qualità dei sistemi di rilevazione dei flussi informativi in relazione al soddisfacimento delle esigenze di tipo statistico-epidemiologico e alla messa in opera di un sistema di raccolta di indicatori;
- la sperimentazione ed attivazione di sistemi di indicatori e di stima del fenomeno in accordo con le indicazioni metodologiche definite dall'Osservatorio Europeo di Lisbona (indicatori epidemiologici chiave) e (con le indicazioni) del Consiglio d'Europa - Gruppo Pompidou (studio ESPAD).

Attraverso questo lavoro, svolto nel corso dell'anno passato, si stanno superando le difficoltà legate sia alla qualità dei flussi informativi correnti, che stanno sempre più affinandosi nella loro capacità di collezionare i dati pertinenti, sia alla capacità di realizzare indagini in grado di valutare l'entità delle persone che fanno uso di sostanze illegali.

Rimangono ancora molte cose da fare, prima fra tutte la realizzazione del sistema di rilevazione basato su record individuali tale da consentire di distinguere, ad esempio, quale parte dei soggetti segnalati in base all'Art. 75 del DPR n.309/90 o denunciati (per reati previsti dalla normativa vigente in materia di droghe) o tossicodipendenti in carcere (impatto con le strutture di contrasto), sia anche segnalata dai Servizi territoriali di intervento per le tossicodipendenze pubblici e del privato sociale (domanda di assistenza).

L'adozione di questa modalità di costruzione dei dati dovrà permettere di sviluppare anche, nuove modalità di analisi, in grado di evidenziare meglio le quote dei nuovi casi e dei casi già conosciuti, non solo relativamente ai flussi informativi per i quali il meccanismo di raccolta prevede già tale articolazione ma anche nei casi in cui questo tipo di analisi è possibile solo a posteriori.

**Parte seconda: Le dimensioni quantitative del fenomeno**

Al momento attuale quindi, in attesa di ulteriori sviluppi dei flussi informativi, i dati sono stati analizzati e presentati separatamente per ciascuna fonte.

Nella tabella seguente, sono riportati in sintesi i dati relativi all'intero territorio nazionale dei cinque flussi informativi considerati.

Dimensione quantitativa dell'impatto del fenomeno delle tossicodipendenze con le principali strutture operative (1999 e 2000)

	1999	2000
Servizi pubblici per le tossicodipendenze Ser.T. (prevalenza annuale)	151.000	158.000
Forze dell'ordine (soggetti sottoposti a procedimenti giudiziari) (prevalenza annuale)	34.000	34.000
Prefetture (segnalazioni Art.75 D.P.R. 309/90) (prevalenza annuale)	46.000	42.000
Servizi del privato sociale (prevalenza al 31 dicembre)	21.000	19.000
Sistema carcerario (detenuti tossicodipendenti) (prevalenza al 31 dicembre)	15.000	14.000

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

**In merito alla tabella è necessario sottolineare che i dati riportati non coincidono necessariamente con quelli rilevati dalle Amministrazioni e riportati nelle tabelle allegata alla Relazione, in quanto i valori originali sono stati corretti, mediante opportune elaborazioni statistiche, sia per l'effetto del mancato rilevamento dovuto ai servizi che non rispondono, sia per il ritardo nella segnalazione dei casi dalle strutture di rilevamento alle Amministrazioni centrali dello Stato.**

**Analisi dei flussi informativi per Regione****Soggetti tossicodipendenti in trattamento presso i servizi pubblici per le tossicodipendenze**

Dall'analisi di questo flusso informativo, che vede come fonte iniziale di rilevazione i Servizi pubblici per le Tossicodipendenze (SerT) che generano il dato aggregato e, come successivi momenti di elaborazione, le Amministrazioni regionali ed il Dipartimento per la Prevenzione del Ministero della Sanità, si conferma la lieve tendenza generale di aumento del numero di soggetti che attivano interventi presso i Ser.T.

Rispetto al valore nazionale, i dati delle singole Regioni (tabella C06/40), mostrano una eterogeneità notevole.

Tra le Regioni che presentano un significativo incremento nel corso del 2000 della popolazione degli utenti nei Ser.T., si collocano il Molise (+35%), le Marche (+25%) e la Basilicata (+20%), seguite dall'Abruzzo, la Campania, la Sicilia ed il Lazio (con incrementi compresi tra il +15 ed il +10%).

Tra quelle che mostrano significativi decrementi si collocano la Valle d'Aosta ed il Trentino Alto Adige (-11%).

Per quanto riguarda la distribuzione territoriale del fenomeno, si evidenzia come il 50% dei soggetti che ha impatto con i Ser.T., sia concentrato, come lo scorso anno, in sole cinque Regioni (Lombardia, Campania, Piemonte, Lazio e Puglia) e se a queste si aggiungono le altre cinque che seguono nell'ordine (Veneto, Sicilia, Toscana, Emilia e

**Parte seconda: Le dimensioni quantitative del fenomeno**

Romagna e Liguria), si supera 81% della popolazione che ha avuto interventi da parte dei Ser.T..

Il restante 19% dei soggetti tossicodipendenti presi in carico dai servizi nel corso del 2000 è quindi distribuito sulla restante metà delle Regioni. E' evidente che le diversità regionali, nel livello dei casi prevalenti, sono correlate alla diversa ampiezza demografica delle Regioni stesse.

Per questo motivo e per rendere i valori confrontabili, i dati originali sono stati rapportati alla popolazione residente nelle diverse Regioni fra i 15 e i 54 anni di età.

La scelta delle classi di età da utilizzare come denominatore è stata fatta su indicazione dell'Osservatorio Europeo.

In questo modo, il numero di soggetti segnalati viene "pesato" per la dimensione della popolazione potenzialmente più esposta al comportamento d'uso delle sostanze illecite, ovvero la "popolazione a rischio" (da segnalare che recentemente l'Osservatorio europeo ha esteso ulteriormente le classi di età da considerare a rischio includendo anche i soggetti tra i 55 e i 64 anni, pertanto se si vogliono riportare i dati nazionali ai dati europei è necessario riportare gli stessi al nuovo denominatore).

Si possono quindi evidenziare (tabella C06/40), 8 Regioni che mostrano, nel 2000, tassi di prevalenza dei soggetti in trattamento superiori al tasso di prevalenza nazionale (Umbria, Liguria, Marche, Piemonte, Puglia, Toscana, Sardegna e Abruzzo), e 11 che mostrano tassi di prevalenza significativamente inferiori al valore nazionale (Basilicata, Sicilia, Trentino A.A., Friuli V.G., Calabria, Molise, Lombardia, Emilia Romagna, Veneto, Lazio e Campania).

**Soggetti deferiti alle Autorità Giudiziarie, per reati relativi al DPR. n.309/90, dalle Forze dell'Ordine**

Nella tabella C06/41, sono riportati i dati regionali relativi ai soggetti deferiti alle Autorità giudiziarie dalle forze dell'Ordine nel corso del 1999 e del 2000. Sostanzialmente, a livello nazionale, l'entità numerica del fenomeno non è cambiata nel corso dell'anno rispetto a quello precedente ma, come per l'indicatore precedente, si evidenziano situazioni non omogenee nelle Regioni.

Si considerano, a questo proposito, anche se di esigua entità numerica (87 soggetti nel 1999 e 132 soggetti nel 2000), l'incremento del +52% del Molise, del +44% della Valle d'Aosta e del +17% del Trentino A.A..

Diverso come entità numerica, ma meno accentuato percentualmente, è l'incremento mostrato dal Veneto (che passa dai 2.341 casi del 1999 ai 2.669 casi deferiti all'Autorità giudiziaria nel corso del 2000, +14%), dalla Lombardia (4.966 casi nel 1999 e 5.635 casi nel 2000, +14%), dalla Campania (2.463 casi nel 1999 a 2.751 casi nel 2000, +12%) e dalla Sicilia (2.807 casi nel 1999 a 3.128 casi nel 2000, +12%).

Fra i decrementi più significativi quello del Friuli V.G. (-35%), della Basilicata (-25%), della Sardegna (-24%), del Piemonte (-20%), dell'Emilia Romagna (-10%), della Toscana (-9%) e della Liguria (-7%).

Anche in questo caso, come per il precedente, il 51% del fenomeno è concentrato in solo cinque regioni (Lombardia, Lazio, Sicilia, Campania, Veneto).

Considerando le prime dieci (nell'ordine dopo le precedenti, Toscana, Emilia Romagna, Piemonte, Puglia e Liguria) si supera, come nel caso dell'indicatore precedente, l'84% del totale dei soggetti compresi nella statistica dei deferiti alle Autorità Giudiziarie.

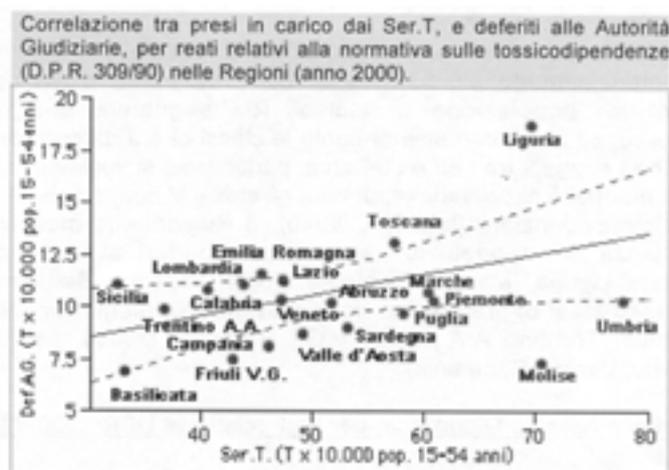
Relativamente al 2000, il confronto dei tassi regionali con il dato nazionale, evidenzia degli scostamenti significativi, da un lato in Liguria (+76%) e la Toscana (+24%), e dall'altro la Basilicata (-36%), il Friuli V.G., il Molise (-30%), la Campania (-23%), la Valle d'Aosta (-18%) e la Sardegna (-15%).

L'entità della prevalenza in ciascuna Regione relativa all'utenza dei servizi pubblici ed alle denunce delle Forze dell'Ordine per violazioni della normativa sulle tossicodipendenze, possono essere correlate fra loro al fine di evidenziare se esista un legame tra i due aspetti del fenomeno nella stessa area territoriale (regionale) (alto

### Parte seconda: Le dimensioni quantitative del fenomeno

impatto con le Forze dell'Ordine e contemporaneamente alto impatto con le strutture di servizio pubbliche e viceversa).

In altre parole, si tratta di mettere a confronto-relazione i dati riportati nelle tabelle precedenti della prevalenza dei soggetti nei servizi pubblici per le tossicodipendenze e della prevalenza dei soggetti denunciati alle Autorità Giudiziarie dalle Forze dell'Ordine. Nel grafico seguente, sono riportate le Regioni italiane secondo il numero di soggetti che nel corso del 2000 sono stati presi in carico dai Ser.T. e di quelli deferiti alle Autorità Giudiziarie.



Si evidenzia che non esiste una correlazione significativa ( $F=1,96$ ;  $p \leq 0,1784$ ), tra le due serie di dati che metta in evidenza la concomitante alta o bassa prevalenza dei due parametri nella stessa area regionale.

Questo vuol dire che nel 2000 si devono considerare i due indicatori come elementi distinti e di conseguenza che nelle Regioni dove è alto il numero dei soggetti che hanno fatto riferimento ai servizi pubblici per un intervento terapeutico non sempre è alto anche il numero di soggetti che ha impatto con le Forze dell'Ordine per reati connessi allo spaccio e al traffico.

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

#### Soggetti segnalati alle Prefetture, in esecuzione dell'Art. 75 del DPR n. 309/90, dalle Forze dell'Ordine nel corso del 1999 e del 2000.

Il flusso informativo della Direzione Centrale della Documentazione, relativo ai soggetti segnalati dalle Forze dell'Ordine alle Prefetture in esecuzione dell'Art. 75 del DPR n.309 del 1999 si sta rilevando sempre più interessante e rilevante nella valutazione della dimensione dell'uso di sostanze illecite e della tossicodipendenza.

A questo proposito, nel corso del 2000 si è sviluppata la fase propedeutica alla riorganizzazione degli strumenti di raccolta e gestione dell'informazione sia presso la struttura centrale del Ministero dell'Interno, che presso le Prefetture, dove sono attivi appositi Nuclei Operativi per le tossicodipendenze (NOT). All'interno di questi ultimi, è presente personale con specifica esperienza professionale, che effettua colloqui per definire il provvedimento amministrativo più appropriato alla persona segnalata e quindi, anche, al fine di valutare la necessità di inviare i soggetti ai più idonei servizi territoriali per eventuali interventi di accertamento, prevenzione e/o terapia.

Nella tabella C06/42, sono riportati i dati regionali relativi ai soggetti segnalati alle Prefetture nel corso del 1999 e del 2000.

### Parte seconda: Le dimensioni quantitative del fenomeno

Diversamente da quanto riportato nella relazione precedente, i dati fanno riferimento al totale dei soggetti segnalati per luogo dove le Forze dell'Ordine hanno intercettato la persona (luogo dove è avvenuto il fatto); inoltre, le segnalazioni del 2000 sono state corrette per il ritardo dell'immissione dei dati nel sistema che gestisce il flusso informativo.

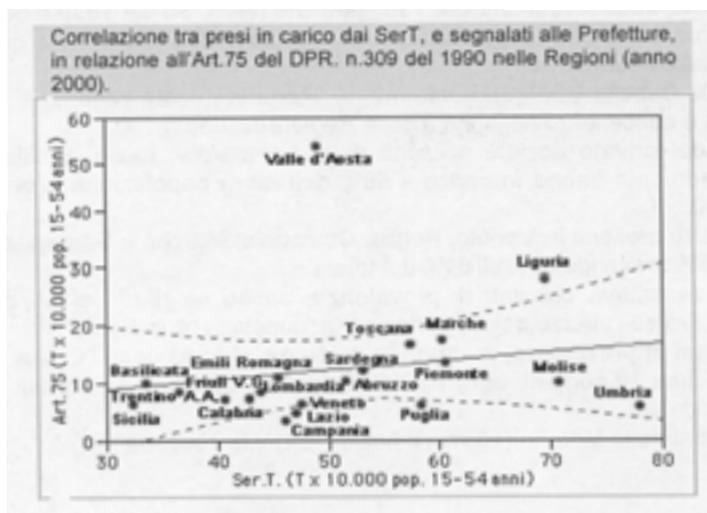
Alcuni valori, pertanto, potranno risultare diversi da quelli riportati in altre tabelle della Relazione in merito allo stesso flusso informativo. L'elaborazione, inoltre, fa riferimento ai soggetti che nel corso del 1999 e del 2000 hanno avuto una o più segnalazioni e si differenzia, ovviamente, rispetto al dato complessivo dei soggetti segnalati dal momento dell'attivazione del flusso informativo presentato in altre parti della Relazione. Come per gli altri indicatori, anche in questo caso, il 50% del fenomeno è concentrato in cinque Regioni sia nel 1999 (Toscana, Lombardia, Sicilia, Lazio, ed Emilia Romagna), sia nel 2000 (Lombardia, Toscana, Piemonte, Emilia Romagna e Liguria). Considerando le successive cinque del 1999 (Piemonte, Liguria, Veneto, Marche e Campania) e le successive cinque del 2000 (Sicilia, Lazio, Veneto, Marche e Puglia) si raggiunge, in entrambi gli anni, circa l'80% del totale dei soggetti segnalati alle Prefetture. Rapportando il numero di questi ultimi a quello dei soggetti residenti fra 15 e 54 anni di età in ogni Regione, si valutano le differenze esistenti in merito alla prevalenza del fenomeno. La Regione Valle d'Aosta (+193%), il Trentino A.A. (+130%) e la Regione Liguria (+105%) mostrano per il 1999 valori di prevalenza significativamente in eccesso rispetto al dato nazionale; seguono le Marche e l'Emilia Romagna con scostamenti di minore entità, rispettivamente +76% e +26%, e le Regioni Sardegna, Abruzzo, Sicilia e Basilicata con valori compresi tra il +16% ed il +11%, (rispetto al tasso di circa 14 soggetti segnalati ogni 10.000 residenti di età compresa tra i 15 e i 54 anni). Nella direzione opposta degli scarti si collocano la Campania (-60%), la Puglia (-47%) ed il Veneto (-43%).

Toscana, Umbria e Lombardia, infine, mostrano scarti compresi tra il -23% ed il -16%.

Nel 2000, con un tasso di segnalazioni, a livello nazionale, di circa 9 soggetti ogni 10.000 residenti tra i 15 e i 54 anni di età, leggermente più basso -8% rispetto al 1999, la maggior parte delle Regioni conferma lo scostamento osservato nel 1999 (il totale dei casi segnalati nel 1999 è stato di 45.715 contro i 41.968 segnalati nel 2000).

Sono da segnalare e tenere sotto osservazione la Toscana (+87% nel 2000 contro -23% nel 1999), ed il Lazio (-41% nel 2000 contro -2% nel 1999).

Nel presente caso, i dati del 2000 dovranno essere comunque riconsiderati una volta completata l'immissione delle segnalazioni nel data-base del Ministero dell'Interno relativo al presente flusso informativo, ed in particolare riconsiderati anche in relazione all'attivazione del nuovo sistema di raccolta delle segnalazioni presso le Prefetture.



**Parte seconda: Le dimensioni quantitative del fenomeno**

L'analisi della correlazione tra la prevalenza delle segnalazioni per Art.75 e quella degli utenti in carico ai Ser.T., valutata considerando i dati regionali, non permette di evidenziare alcuna relazione tra i due indicatori. Alcune Regioni (Valle d'Aosta e Liguria), considerando come riferimento l'informazione degli utenti dei Ser.T., mostrano comunque un eccesso di segnalazioni rispetto al dato atteso.

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

**Soggetti in trattamento presso le strutture del privato sociale al 31 dicembre del 1999 e del 2000.**

Al fine della determinazione dell'impatto della domanda di intervento terapeutico, il flusso informativo relativo ai soggetti in trattamento presso le strutture del privato sociale è, al pari di quello riguardante i soggetti in trattamento nelle strutture pubbliche, di rilevante interesse.

In aggiunta alle valenze proprie della descrizione quantitativa della domanda di intervento e del carico di lavoro delle strutture, infatti, le informazioni raccolte sui casi prevalenti dei due flussi permettono, unitamente anche ad altri flussi informativi dove sono disponibili i dati disaggregati per singoli record, la realizzazione di stime di prevalenza sulla popolazione generale.

Con tali stime, l'Osservatorio permanente può rispondere in modo puntuale alle richieste dell'Osservatorio europeo. Al momento, si evidenzia che una quota notevole di soggetti in trattamento segnalati dalle strutture del privato sociale, risulta essere anche in carico alle strutture pubbliche.

Altro elemento che caratterizza questo flusso informativo è la modalità di rilevazione dei dati.

In questo caso, il sistema di rilevamento fa riferimento al dato di prevalenza puntuale (soggetti presenti presso le strutture in un determinato giorno), diversamente da quanto sarebbe necessario conoscere rispetto alla prevalenza di periodo (totale dei soggetti che sono stati in trattamento nel corso dell'anno).

Per questi ed altri motivi, la Direzione Centrale per la Documentazione del Ministero dell'Interno, che tramite le Prefetture cura tale flusso, ha attivato un progetto specifico volto all'adeguamento del sistema di rilevazione in accordo con le indicazioni fornite dall'Osservatorio permanente nazionale.

Come (già) detto, rispetto ai dati finora esaminati, è necessario chiarire che la dimensione numerica delle informazioni riportate nella Relazione si riferisce ai soggetti presenti in un determinato giorno, mentre i dati precedentemente presentati fanno riferimento al totale dei soggetti presenti nelle diverse strutture nel corso dell'anno.

In termini pratici, questo vuol dire che i soggetti che nel corso del 1999 e del 2000 sono stati ospitati presso le strutture del privato sociale sono di più rispetto a quelli elencati dall'attuale flusso informativo.

I dati del 2000 (tabella C06/43), confermano, anche in questo caso, che più dell'83% del fenomeno è concentrato nella metà delle Regioni italiane.

Le strutture del privato sociale presenti nella Lombardia, Lazio, Emilia Romagna, Toscana e Piemonte hanno in carico il 59% dell'intera popolazione prevalente al 31 dicembre 2000.

Le altre strutture presenti in Veneto, Puglia, Campania, Marche e Sardegna raccolgono un ulteriore 25% arrivando così all'84% del totale.

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

I valori dei tassi di prevalenza, mettono in evidenza ai primi posti l'Emilia Romagna e l'Umbria con circa 12 soggetti ogni 10.000 residenti tra i 15 e i 54 anni di età (+100% dal valore nazionale).

Seguono nell'ordine le Marche (+66%), il Lazio (+54) e la Toscana (36%).

### Parte seconda: Le dimensioni quantitative del fenomeno

In senso opposto si collocano la Sicilia, con solo 2 soggetti ogni 10.000 residenti tra i 15 e i 54 anni di età (-65% dal valore nazionale), la Campania (-59%), il Friuli V.G. (-51%) e la Valle d'Aosta (-41%).

Seguono, con scarti meno evidenti (compresi tra il -33% ed il -21%), la Calabria, la Basilicata, il Molise e la Puglia.

Tale dato può essere letto alla luce del fatto che diversamente dai servizi pubblici (Ser.T.), dove i soggetti presi in carico sono residenti nel bacino di utenza territoriale proprio del servizio, i soggetti presenti presso le strutture del privato sociale possono provenire anche da altre Province o Regioni.

Appare evidente, quindi, come l'entità numerica delle presenze di soggetti, in alcune Regioni rispetto ad altre, sia influenzata dallo sviluppo non programmato dei servizi nelle diverse aree territoriali e alla loro conseguente non omogenea distribuzione geografica.

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

Il dato nazionale del 2000 mette in evidenza una leggera flessione (-7%), rispetto all'anno precedente.

Le Regioni che mostrano maggiori incrementi nella prevalenza, al 31 dicembre dei due anni, sono la Valle d'Aosta (+42% ma su pochi casi), la Sardegna (+40%) e la Toscana (+12).

Le Regioni che mostrano maggiori decrementi sono nell'ordine la Sicilia (-50%), la Basilicata (-48%), il Piemonte (-19%), l'Umbria (-16%) e il Trentino A.A. (-12%).

Come per gli altri indicatori, è stata valutata la correlazione con l'indicatore relativo ai soggetti prevalenti nelle strutture pubbliche (Ser.T.) nel corso del 2000.

Nella figura seguente sono riportati i dati delle Regioni relativamente alla prevalenza puntuale al 31 dicembre 2000 per i soggetti presenti nelle strutture del privato sociale e la prevalenza annuale dei soggetti presi in carico dai Ser.T. nel corso del 2000.



Si può evidenziare una correlazione ai limiti della significatività statistica ( $F=4,4$ ;  $p \leq 0,05$ ) che permette di dire che, nelle Regioni dove è alto il valore del tasso di prevalenza dei soggetti presi in carico dai Ser.T., è alto anche il valore del tasso di prevalenza dei soggetti presenti presso le strutture del privato sociale al 31 dicembre. Si possono evidenziare, nella figura, alcune Regioni che si comportano in modo anomalo mostrando valori particolarmente alti di soggetti nelle strutture del privato

**Parte seconda: Le dimensioni quantitative del fenomeno**

sociale rispetto a quanti ne potremmo aspettare considerando il dato dei Ser.T. (Emilia Romagna, Umbria, Marche e Lazio) ed altre che mostrano valori più bassi di quelli attesi (Liguria, Puglia, Molise, Valle d'Aosta, Friuli V.G. e Campania).

Al fine di completare l'analisi di questo flusso informativo di particolare interesse, ma sul quale rimane ancora da fare molto lavoro per aumentarne le potenzialità informative, vengono prese in considerazione (tabella C06/44), le tre tipologie di strutture del privato sociale (residenziali, semiresidenziali e ambulatoriali) alle quali fanno riferimento i dati considerati. In questo caso, i dati messi a confronto sono quelli relativi al 1999 e al 2000 espressi come distribuzione percentuale del totale dei soggetti nelle diverse tipologie di strutture presenti.

Il dato nazionale indica che nel 1999 il 60% dei soggetti era presente presso le strutture residenziali, il 13% presso le strutture semiresidenziali ed il 27% presso le strutture ambulatoriali.

Nel 2000 la distribuzione cambia leggermente in quanto la percentuale del totale dei soggetti che era presente nelle strutture residenziali diventa del 67% (incremento del 7%), la percentuale di soggetti nelle strutture semiresidenziali cala leggermente passando al 10% (decremento del 3%) e la percentuale di soggetti nelle strutture ambulatoriali cala leggermente passando al 23% (decremento di 4 punti percentuali).

Il comportamento delle diverse Regioni, rispetto al dato nazionale, presenta una certa variabilità.

Si possono evidenziare le Regioni Valle d'Aosta, Emilia Romagna, Calabria, Piemonte ed Umbria che mostrano sia nel 1999, sia nel 2000 una quota percentuale di soggetti, presenti presso le strutture residenziali, più elevata rispetto al dato nazionale, a queste si contrappone il dato della Regione Lazio che mostra nel biennio un valore più basso di quello nazionale.

Nel biennio si mettono in evidenza, per alti valori della distribuzione percentuale dei soggetti nelle strutture semiresidenziali, la Sicilia, il Trentino A.A. e la Campania, a cui si contrappone il Piemonte.

Per quanto riguarda infine le strutture ambulatoriali, nello stesso periodo di tempo, si evidenziano Lazio, Basilicata e Friuli V.G. per alti valori nel biennio rispetto ai bassi valori della distribuzione percentuale dei soggetti in questo tipo di struttura delle Regioni Veneto, Toscana, Piemonte e Umbria.

Il significato di questa eterogeneità è da riportare, in buona parte, alla mancata programmazione socio-sanitaria nello sviluppo delle strutture del privato sociale sia come entità numerica complessiva sia come tipologia di offerta di intervento. L'attivazione di questo tipo di strutture ha seguito e segue una logica legata sia alla disponibilità di persone che si fanno promotrici dell'attivazione delle strutture stesse (in alcuni casi in relazione ad un bisogno percepito e non soddisfatto da altre strutture), sia alla diffusione ed articolazione di Enti e Associazioni ormai consolidate sul piano nazionale e/o internazionale, spesso in relazione ad aspetti funzionali dell'intervento offerto.

**Soggetti tossicodipendenti in carcere al 31 Dicembre del 1999 e del 2000.**

Il flusso informativo del Ministero della Giustizia fa riferimento, come nel caso di alcuni dei flussi precedentemente esaminati, al numero di soggetti presenti ad una certa data dell'anno presso le Case Circondariali e negli altri Istituti del sistema carcerario, e risente quindi delle limitazioni rispetto alla capacità descrittiva del fenomeno.

Al pari degli altri Ministeri, anche in questo caso, nell'ambito delle attività di sviluppo dell'Osservatorio nazionale, sono stati individuati con l'Amministrazione del Ministero della Giustizia i possibili sviluppi del sistema di raccolta e gestione delle informazioni. Al momento attuale i dati vengono trasferiti dalle Case Circondariali e dagli altri Istituti del sistema carcerario al Ministero in modo aggregato, seguendo una modulistica definita che prevede la rilevazione in due momenti dell'anno (giugno e dicembre).

Uno dei primi elementi da considerare, in merito all'analisi della distribuzione regionale, è che, al pari del dato relativo alle strutture del privato sociale, anche il dato dei

**Parte seconda: Le dimensioni quantitative del fenomeno**

soggetti tossicodipendenti reclusi può risentire dell'effetto dei soggetti presenti in una Regione ma non residenti.

Ulteriore complicazione è data dalla componente di soggetti reclusi di cittadinanza straniera, sia sul totale dei reclusi (27%) sia sui reclusi tossicodipendenti (23%), che non si distribuisce uniformemente in tutte le Regioni.

Dall'esame dei dati (tabella C06/45), si evidenzia sia l'incremento numerico assoluto dei soggetti stranieri tossicodipendenti (+4%, 3.681 soggetti al 31 dicembre 1999 contro 3.837 soggetti al 31 dicembre 2000), sia la notevole disomogeneità delle regioni nei confronti del dato nazionale evidenziata dall'eccesso di tossicodipendenti stranieri reclusi nelle Regioni Valle d'Aosta e Liguria (tassi di 6,1 e 4,1 rispetto al dato nazionale di 1,2 nel 1999 e tassi di 5,8 e 4,0 rispetto al dato nazionale di 1,2 nel 2000) e dalla ridotta entità di questa categoria in Puglia e Molise (i rispettivi tassi sono di 0,04 e 0,23 nel 1999 e di 0,14 e 0,17 nel 2000).

Anche in questo caso, una volta attivate le modalità di rilevazione dei dati che prevedono la raccolta dei singoli record, sarà possibile recuperare l'informazione relativa alla residenza e alla nazionalità e quindi, elaborare i dati per questo tipo di ripartizione nel modo più opportuno per mettere meglio in evidenza le diverse componenti del fenomeno globale.

Al momento i dati sono stati elaborati considerando la quota totale dei soggetti reclusi tossicodipendenti ed esaminando le differenze tra i valori regionali ed il valore nazionale per i due anni considerati.

Il dato italiano (tabella C06/46), passando da 15.097 a 14.440 soggetti reclusi tossicodipendenti non mostra un decremento significativo.

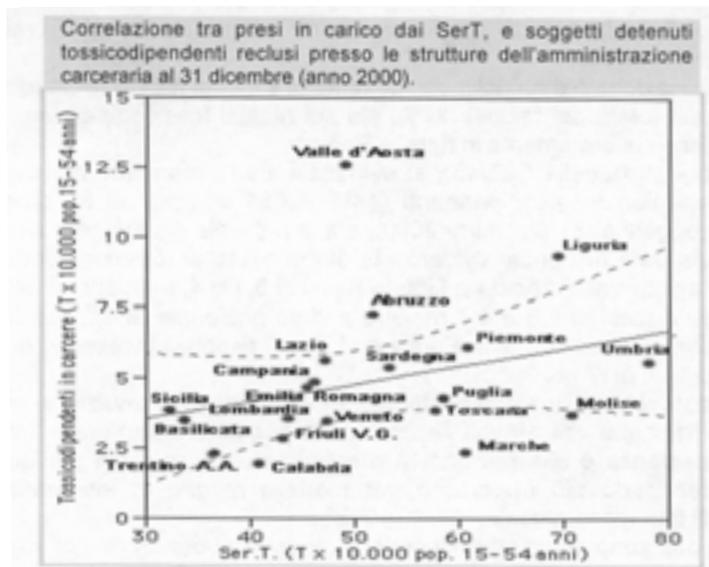
La Regione Liguria, in entrambi i rilevamenti, mostra la quota percentuale più elevata di soggetti tossicodipendenti reclusi rispetto alle altre Regioni (circa la metà dei reclusi è classificata come tossicodipendente) e un gruppo di nove Regioni presenta, per entrambi i rilevamenti quote di soggetti tossicodipendenti, sul totale dei reclusi, variabili da circa il 30% al 45% (Sardegna, Veneto, Valle d'Aosta, Trentino A.A. Piemonte, Lazio, Abruzzo, Emilia Romagna e Puglia).

Le Regioni Valle d'Aosta, Liguria e Abruzzo si evidenziano per gli scarti più elevati rispetto al dato nazionale (i rispettivi tassi sono di 15,5; 10,8 e 7,4 contro il tasso nazionale di 5,0 nel 1999 e di 12,6; 9,4 e 7,3 contro il 4,5 nazionale nel 2000).

Nella direzione opposta, per la bassa prevalenza di soggetti tossicodipendenti reclusi, si evidenziano le Regioni Calabria, Trentino A.A. e Marche (i rispettivi tassi sono di 1,7; 2,4 e 2,7 nel 1999 e di 1,9; 2,38 e 2,41 nel 2000).

I maggiori incrementi, passando dal 1999 al 2000 si sono registrati in Piemonte (+20%), Calabria (+14%), Umbria (+12%) e Puglia (+12%) mentre le Regioni Friuli V.G. (-26%), Valle d'Aosta (-19%), Sicilia (-17%) e Liguria (-13%) hanno evidenziato i maggiori decrementi. Anche per questo indicatore è stata valutata la correlazione con l'indicatore relativo ai soggetti prevalenti nelle strutture pubbliche (Ser.T.) nel corso del 2000.

Nella figura seguente sono riportati i dati delle Regioni relativamente alla prevalenza puntuale al 31 dicembre 2000 per i soggetti detenuti tossicodipendenti presenti nelle strutture dell'Amministrazione carceraria e la prevalenza annuale dei soggetti presi in carico dai Ser.T. nel corso del 2000.

**Parte seconda: Le dimensioni quantitative del fenomeno**

Si può evidenziare una correlazione significativa solo non considerando il dato della Regione Valle d'Aosta ( $F=5,26$ ;  $p \leq 0,034$ ).

In questo caso la presenza di correlazione permette di dire che nelle Regioni dove è alto il valore del tasso di prevalenza dei soggetti presi in carico dai Ser.T. è alto anche il valore del tasso di prevalenza dei soggetti tossicodipendenti reclusi presenti presso le strutture dell'Amministrazione carceraria.

Dalla figura si possono evidenziare la Liguria e l'Abruzzo che mostrano alti valori di tossicodipendenti reclusi rispetto a quanti ne potremmo aspettare considerando il dato dei Ser.T., ed altre che invece, considerando il dato dei Ser.T., mostrano valori più bassi (Calabria, Friuli V.G., Toscana, Molise e Marche).

**Indicatori di prevalenza e gravità**

Al fine di rendere più agevole la lettura della situazione di ciascuna Regione nei confronti dell'impatto del fenomeno tossicodipendenza con le strutture, così come descritto dai cinque indicatori considerati, sono stati elaborati due indicatori di sintesi relativi ai flussi sino ad ora esaminati.

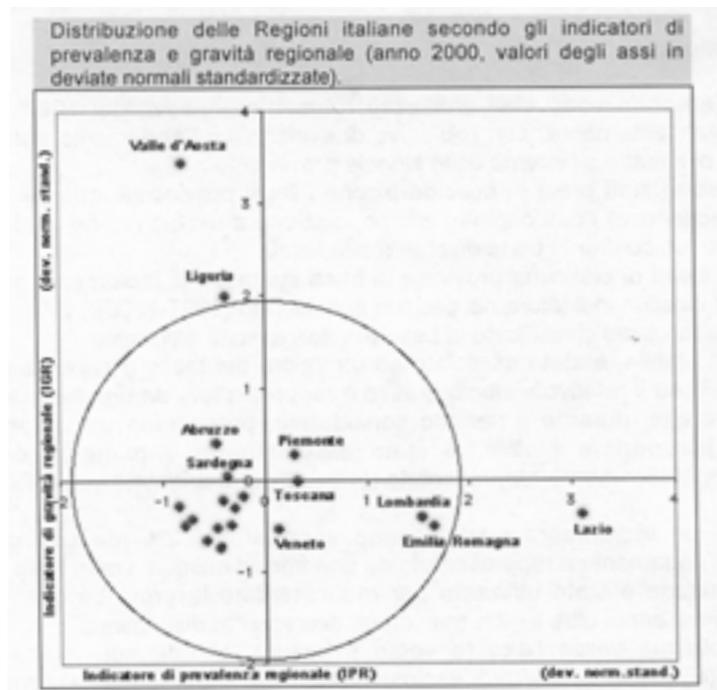
L'indicatore di prevalenza regionale (IPR), proposto all'OEDT di Lisbona e validato nell'ambito degli studi metodologici promossi dall'Osservatorio, permette la collocazione di ciascuna Regione all'interno di una distribuzione di gravità del fenomeno che prende contemporaneamente in considerazione le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

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

La media nazionale degli indicatori di sintesi prende il valore zero. Così facendo, tanto più i dati regionali relativi ai soggetti tossicodipendenti in trattamento presso i Ser.T. o nelle strutture del privato sociale o presenti in carcere sono elevati e tanto più è elevato il numero dei soggetti segnalati alle Prefetture o denunciati alle Autorità Giudiziarie, tanto più il valore di una Regione si discosta dalla media.

Viceversa per valori bassi dei dati considerati lo scostamento dalla media prende valori negativi.

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

**Parte seconda: Le dimensioni quantitative del fenomeno**

Lo scostamento significativo, rispetto ai valori medi si evidenzia nelle regioni che si trovano fuori del cerchio.

Nel 2000 la Regione Lazio mostra un significativo eccesso dell'impatto del fenomeno nella sua entità numerica assoluta, mentre Valle d'Aosta e Liguria mostrano un significativo impatto del fenomeno quando questo viene rapportato alla popolazione residente a rischio.

Altre Regioni, come la Lombardia e l'Emilia Romagna, mostrano alti valori dell'impatto numerico senza però raggiungere i limiti statistici considerati.

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

In questo caso, le Regioni che si collocano nel terzo quadrante del grafico precedente (dove l'IPR e IGR sono entrambi inferiori alla media) sono, per motivi diversi, in una situazione migliore rispetto a quelle che si trovano nel primo quadrante (IPR e IGR entrambi superiori alla media).

Le Regioni che si collocano nel secondo e nel quarto quadrante si differenziano fra loro in quanto nel secondo finiscono le Regioni che hanno una prevalenza più bassa ma una dimensione numerica alta, perché Regioni demograficamente maggiori, nel quarto quelle con una prevalenza alta ma una dimensione numerica modesta del fenomeno perché Regioni demograficamente piccole.

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

**Parte seconda: Le dimensioni quantitative del fenomeno****Analisi spazio-temporale degli indicatori di impatto del fenomeno.**

In questo paragrafo sono stati analizzati i flussi informativi, dal 1997 al 2000, già introdotti precedentemente, con l'obiettivo di evidenziare l'andamento che caratterizza gli indicatori di impatto all'interno delle singole province.

Nell'analisi sono stati presi in considerazione i tassi provinciali, ottenuti rapportando (come in precedenza) i dati originari alla popolazione a rischio (15-54 anni) e rendendo così possibile un confronto tra le diverse realtà locali.

L'analisi del trend di ciascuna provincia si basa sul tasso di incremento medio annuo, calcolato per ciascun indicatore nel periodo considerato (1997-2000).

Le province sono state classificate in base ai valori assunti dall'indice.

L'andamento stabile, è stato associato ad un valore del tasso d'incremento compreso tra -2% e 2 % ed il relativo simbolo grafico è rappresentato da una freccia orizzontale.

Alle province che, durante il periodo considerato, presentano un incremento (o un decremento) superiore al 2%, è stato associato un andamento crescente (o decrescente), graficamente rappresentato da una freccia orientata verso l'alto o verso il basso .

Nel caso di un incremento medio annuo superiore al 2% ma con una crescita discontinua, l'andamento è rappresentato da una freccia obliqua verso l'alto.

Lo stesso metodo è stato utilizzato per rappresentare le province che presentano decrementi medi annui oltre il -2% ma con un decremento discontinuo.

La freccia obliqua verso l'alto (o verso il basso), quindi, non indica un minore incremento (o decremento), ma esclusivamente la direzione e la continuità della crescita (o del calo).

La disponibilità di dati (dal 1997 al 2000) che riguardano variabili fortemente correlate con il consumo di sostanze psicotrope, permette lo studio degli indicatori nel tempo.

L'analisi svolta si basa sull'incremento medio annuo e vuole mettere in luce quali sono le principali differenze nei trend tra le Regioni italiane e le Province che le compongono.

Il dati nazionali complessivi mostrano un forte calo dei casi di Aids correlati all'uso di droga con un decremento medio annuo del -21,7%. Questa tendenza è confermata anche dai dati relativi alle singole Regioni, che registrano netti decrementi relativi a questo indicatore. In effetti questo fenomeno è stato descritto in passato e messo in relazione alla disponibilità dei trattamenti farmacologici che ritardano il passaggio dalla condizione di sieropositività per l'HIV alla condizione diagnosticata di AIDS. Valori negativi del tasso di incremento medio annuo si evidenziano anche per i decessi legati all'uso di droga (-5,1%) ed i soggetti in trattamento nelle strutture del privato sociale (-4,3%). Il dato nazionale relativo ai decessi è confermato in quasi tutte le Regioni del Nord Italia (solo il Friuli presenta un incremento medio annuo positivo) mentre sono molte nel Centro-Sud le Regioni che presentano un trend in crescita (Marche-Umbria, Abruzzo-Molise, Campania e Calabria).

L'unico indicatore che presenta una chiara tendenza alla crescita a livello nazionale è quello relativo ai soggetti presenti nelle strutture pubbliche (incremento medio annuo del 3,1%).

I dati riguardanti i soggetti denunciati e quelli ristretti evidenziano incrementi molto bassi, rispettivamente del 1,1% e dello 0,9%.