

Parte seconda: Le dimensioni quantitative del fenomeno

Province del Piemonte e Valle d'Aosta

	Ser.T	Denunce	Comunità	Carcere	Decessi	Aids
Alessandria	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Asti	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Biella	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Cuneo	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Novara	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Torino	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Verbano Cusio Ossola	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Vercelli	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Aosta	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Piemonte-Valle d'Aosta	↔	↔	↔	↔	↔	↔

L'analisi del trend nelle Province del Piemonte e ad Aosta mostra una diminuzione nei quattro anni considerati per gli indicatori relativi ai casi incidenti di Aids, al numero di soggetti nelle strutture del privato sociale, alle denunce relative ai reati previsti dal D.P.R. 309/90 e ai decessi correlati all'abuso di sostanze psicotrope.

Una tendenza all'aumento si riscontra solo per l'indicatore relativo ai soggetti ristretti, mentre l'indicatore che si riferisce agli utenti in trattamento presso strutture pubbliche è l'unico a mantenersi sostanzialmente stabile.

Da un'analisi complessiva dell'andamento degli indicatori per provincia si nota una chiara diminuzione per i dati relativi alle province di Torino, Novara e Verbano.

Da evidenziare sono i trend in crescita di Alessandria e Vercelli per i valori assunti dai tassi delle strutture del privato sociale e i decessi per droga.

La provincia di Aosta presenta incrementi positivi per il solo indicatore relativo alle denunce D.P.R.309/90.

Province della Lombardia

	Ser.T	Denunce	Comunità	Carcere	Decessi	Aids
Bergamo	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Brescia	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Como	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Cremona	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Lecco	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Lodi	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Milano	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Mantova	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Pavia	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Sondrio	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Varese	↔	↔	↔	↔	↔	↔
Lombardia	↔	↔	↔	↔	↔	↔

Nei quattro anni considerati in Lombardia si è registrata una diminuzione degli indicatori relativi ai soggetti presso le Comunità, ai decessi droga correlati ed ai casi di AIDS, ed una stabilità per quanto riguarda gli utenti dei Ser.T e dei tossicodipendenti in carcere.

Il numero delle denunce previste dal D.P.R. 309/90 è l'unico dato che mostra un trend in crescita.

A livello provinciale si può notare come Milano, Bergamo, Brescia, Mantova e Varese siano sostanzialmente in linea con il dato regionale, mentre se ne discosta per decrementi relativi a tutti gli indicatori la provincia di Lecco.

A Cremona, Lodi e Pavia si registra un aumento dei decessi per droga ed una diminuzione dei tossicodipendenti in carcere.

Parte seconda: Le dimensioni quantitative del fenomeno

La Provincia di Sondrio, infine, mostra un progressivo aumento nei quattro anni per gli indicatori relativi agli utenti dei Servizi Pubblici ed i soggetti ristretti.

Province del Veneto e Province Autonome di Trento e Bolzano

	Ser.T	Denunce	Comunità	Carcere	Decessi	Aids
Bolzano-Bozen	↗	↗	↘	↗	↗	↘
Trento	↘	↘	↘	↗	↗	↘
Belluno	↗	↗	↘	↗	↗	↘
Padova	↗	↗	↘	↗	↘	↘
Rovigo	↗	↗	↘	↗	↗	↘
Treviso	↗	↗	↘	↗	↗	↘
Venezia	↗	↗	↔	↗	↗	↘
Vicenza	↗	↗	↘	↗	↔	↘
Verona	↘	↗	↘	↗	↗	↘
Veneto-Trentino AA	↗	↗	↘	↗	↔	↘

Le Province del Veneto-Trentino Alto Adige presentano complessivamente decrementi per gli indicatori relativi ai casi incidenti di Aids ed ai soggetti presenti nelle comunità terapeutiche, mentre è in aumento l'andamento degli altri indicatori.

I decessi droga correlati si mantengono stabili nei quattro anni considerati.

La provincia di Venezia registra incrementi medi superiori per i dati relativi ai soggetti presenti nel privato sociale e ai decessi per droga, mostrando un tendenza alla diminuzione solo per i tossicodipendenti ristretti ed i nuovi casi di Aids. Sostanzialmente in linea con il dato regionale sono Bolzano, Belluno, Padova, Rovigo, Treviso e Vicenza mentre Verona presenta un trend in calo per il numero di utenti dei Ser.T ed in crescita per il dato sulle comunità.

Province del Friuli Venezia Giulia

	Ser.T	Denunce	Comunità	Carcere	Decessi	Aids
Gorizia	↘	↔	↘	↘	↗	↘
Pordenone	↘	↔	↘	↘	↗	↘
Trieste	↘	↘	↗	↘	↘	↘
Udine	↘	↘	↘	↘	↘	↘
Friuli Venezia Giulia	↘	↘	↘	↘	↗	↘

Il Friuli Venezia Giulia registra un trend in netta diminuzione per gli indicatori relativi ai casi di Aids, ai soggetti presenti in carcere, in comunità e per il numero di denunce.

In crescita sono gli incrementi medi annui relativi ai soggetti presenti nei Ser.T e i decessi correlati all'uso di droga.

Le Province si muovono sostanzialmente in linea con il dato regionale.

Gorizia è l'unica Provincia a registrare un valore negativo per l'indicatore Ser.T. e Trieste è la sola ad aumentare, nei quattro anni, il numero di soggetti nelle comunità terapeutiche.

In contrasto sono i dati relativi ai decessi nelle province Gorizia e Pordenone (in crescita) con quelli di Trieste e Udine (incrementi negativi).

Province della Liguria

	Ser.T	Denunce	Comunità	Carcere	Decessi	Aids
Genova	↘	↗	↘	↔	↘	↘
Imperia	↗	↗	↘	↗	↘	↘
La Spezia	↗	↗	↘	↗	↔	↘
Savona	↗	↗	↔	↗	↘	↘
Liguria	↔	↗	↘	↗	↘	↘

Parte seconda: Le dimensioni quantitative del fenomeno

I valori degli indicatori nella Liguria mostrano un chiara diminuzione nel tempo per i casi di Aids, i decessi legati all'uso di droga e i soggetti presenti in comunità terapeutiche.

In netto aumento sono le denunce relative ai reati previsti dal D.P.R. 309/90, ed i soggetti tossicodipendenti presenti in carcere (tutte le province seguono il dato regionale).

Diverso appare il discorso per l'indicatore relativo ai soggetti presenti nelle strutture pubbliche, dove la stabilità regionale nasconde una diminuzione degli utenti nella sola città di Genova e un aumento nelle altre tre province.

Province dell'Emilia Romagna

	Ser.T	Denunce	Comunità	Carcere	Decessi	Aids
Bologna	↑	↓	↔	↔	↓	↓
Ferrara	↑	↔	↔	↔	↓	↓
Forli-Cesena	↑	↑	↔	↔	↓	↓
Modena	↔	↑	↓	↓	↓	↓
Piacenza	↓	↓	↔	↓	↓	↓
Parma	↑	↓	↔	↓	↓	↓
Ravenna	↓	↔	↓	↓	↓	↓
Reggio nell'Emilia	↔	↔	↓	↓	↓	↓
Rimini	↓	↓	↓	↓	↓	↓
Emilia Romagna	↑	↓	↔	↔	↓	↓

In Emilia Romagna i sei indicatori presentano un andamento stabile per i soggetti tossicodipendenti in carcere ed in aumento per il numero di utenti nei Ser.T.

Per gli altri quattro indicatori si registrano incrementi medi annui negativi.

Il dato regionale sembra essere condizionato dalle province di Bologna, Ferrara e Modena che si muovono in linea con esso, mentre le differenze maggiori si segnalano a Forli-Cesena, Parma e Ravenna dove l'andamento degli indicatori relativi alle denunce, ai soggetti in carcere e ai decessi droga correlati sono in aumento.

Rimini è la provincia dove si presentano andamenti negativi per tutti gli indicatori, ad eccezione del numero di soggetti presenti nelle strutture pubbliche (in aumento).

Province della Toscana

	Ser.T	Denunce	Comunità	Carcere	Decessi	Aids
Arezzo	↔	↔	↑	↓	↔	↓
Firenze	↓	↓	↓	↓	↓	↓
Grosseto	↓	↔	↓	↓	↓	↓
Livorno	↔	↓	↓	↓	↓	↓
Lucca	↔	↓	↔	↔	↔	↓
Massa-Carrara	↑	↓	↔	↓	↓	↓
Pisa	↑	↔	↓	↓	↓	↓
Prato	↓	↓	↓	↓	↓	↓
Pistoia	↓	↔	↓	↓	↓	↓
Siena	↓	↓	↓	↓	↓	↓
Toscana	↑	↓	↔	↓	↓	↓

In Toscana si registra un generale decremento per tutti gli indicatori, fatta eccezione per i soggetti in trattamento presso i Ser.T, che risultano in aumento, e quelli presenti nelle strutture del privato sociale per i quali non si evidenziano variazioni significative.

A livello provinciale si rileva una diminuzione degli utenti dei Ser.T. a Pistoia e Grosseto.

Parte seconda: Le dimensioni quantitative del fenomeno

Quest'ultima è in contrasto con il dato regionale sia per i decessi droga correlati che per i tossicodipendenti ristretti, che risultano essere in aumento anche a Massa-Carrara, Prato, Pistoia e Siena.

Siena, in particolare, presenta incrementi per tutti gli indicatori, ad eccezione dei casi incidenti di Aids per i quali si registra un calo in tutte le province.

Un generale decremento a livello di tutti gli indicatori (fatta eccezione per il numero di utenti dei servizi pubblici) si rileva a Firenze e Pisa, mentre si evidenzia un incremento a Lucca per il numero di denunciati, a Prato e Pistoia per i tossicodipendenti in carcere e nella sola Prato per i soggetti in trattamento presso le strutture del privato sociale.

Sostanzialmente in linea con il dato regionale si muovono Arezzo e Livorno.

Province delle Marche e dell'Umbria

	Ser.T	Denunce	Comunità	Carcere	Decessi	Aids
Perugia	↔	↔	↘	↔	↔	↘
Terni	↔	↘	↘	↔	↘	↘
Ancona	↗	↘	↔	↘	↗	↘
Ascoli Piceno	↗	↗	↗	↘	↗	↗
Macerata	↗	↗	↘	↔	↔	↘
Pesaro e Urbino	↔	↘	↔	↔	↔	↘
Marche-Umbria	↔	↔	↘	↘	↔	↘

Il trend degli indicatori relativi ai casi di Aids, ai soggetti presenti in carcere e nelle strutture del privato sociale evidenzia un generale calo nelle Regioni Marche ed Umbria.

Il numero dei soggetti denunciati rimane stabile mentre sono in aumento gli utenti dei servizi pubblici e i decessi correlati all'uso di droga.

I dati provinciali sono in linea con quelli regionali ad eccezione della provincia di Ascoli Piceno dove, nel corso dei quattro anni, si registra una crescita del numero di denunciati, di casi di Aids e di soggetti presenti nelle strutture del privato sociale.

Da sottolineare infine il netto calo del numero di ristretti tossicodipendenti ad Ancona, dato in controtendenza rispetto alle altre province considerate.

Province del Lazio

	Ser.T	Denunce	Comunità	Carcere	Decessi	Aids
Frosinone	↗	↔	↗	↘	↔	↘
Latina	↔	↘	↘	↔	↘	↘
Rieti	↔	↔	↘	↔	↘	↔
Roma	↔	↔	↔	↔	↘	↘
Viterbo	↗	↘	↔	↔	↘	↘
Lazio	↔	↔	↔	↔	↘	↘

L'andamento degli indicatori nel corso dei quattro anni nel Lazio è fortemente condizionato dagli incrementi della Capitale che sono perfettamente in linea con esso.

Si registrano nella regione, così come nella provincia di Roma, incrementi positivi per il numero di soggetti nei Ser.T., nelle comunità ed in carcere, mentre si evidenzia un calo per i casi di Aids ed i decessi droga correlati e una stabilità per i soggetti denunciati.

Per i decessi, le province di Frosinone e Rieti presentano una crescita nei quattro anni, mentre si registra un calo a Latina e Rieti per i soggetti nel privato sociale.

Scendono anche le denunce relative ai reati previsti dal D.P.R. 309/90 nelle province di Latina e Viterbo.

Parte seconda: Le dimensioni quantitative del fenomeno

Province dell'Abruzzo e del Molise

	Ser.T	Denunce	Comunità	Carcere	Decessi	Aids
L'Aquila	↘	↘	↔	↘	↘	↘
Chieti	↘	↘	↘	↘	↘	↘
Pescara	↘	↘	↔	↘	↘	↘
Teramo	↔	↘	↔	↘	↘	↔
Campobasso	↘	↘	↔	↔	↔	↔
Isernia	↘	↘	↘	↘	↘	↘
Abruzzo-Molise	↘	↘	↘	↔	↘	↘

Le regioni Abruzzo e Molise registrano un calo per gli indicatori relativi ai casi di AIDS, ai soggetti denunciati ed a quelli presenti nelle strutture del privato sociale, mentre in crescita sono i dati che fanno riferimento ai decessi correlati all'uso di droga ed ai soggetti presenti nelle strutture pubbliche.

L'unico indicatore che presenta un andamento stabile nel corso dei quattro anni è quello relativo ai tossicodipendenti in carcere.

A livello provinciale si rilevano andamenti contrastanti per tutti gli indicatori ad eccezione dei soggetti presenti nei SerT (che aumentano ovunque) ed ai casi di AIDS (sempre in calo).

L'Aquila e Pescara sono le sole province all'interno delle quali si registra un calo relativamente all'indicatore dei decessi.

Per quanto riguarda i soggetti ristretti, la sola Campobasso è in linea con il dato regionale, mentre si rileva una tendenza in aumento a Chieti, Pescara e Teramo ed un calo a L'Aquila ed Isernia (quest'ultima risulta essere la sola provincia con un trend in crescita per i soggetti nel privato sociale).

In relazione alle denunce, le province si dividono tra incrementi (l'Aquila, Chieti, Campobasso ed Isernia) e decrementi (Pescara e Teramo).

Province della Campania

	Ser.T	Denunce	Comunità	Carcere	Decessi	Aids
Avellino	↘	↘	↘	↘	↘	↔
Benevento	↘	↘	↘	↘	↘	↔
Caserta	↘	↔	↘	↘	↘	↘
Napoli	↘	↔	↘	↘	↘	↘
Salerno	↘	↔	↘	↘	↘	↘
Campania	↘	↔	↘	↘	↘	↘

In Campania, l'analisi dei trend mostra un incremento degli indicatori relativi ai decessi legati all'uso di droga, tossicodipendenti in carcere, soggetti in trattamento nei SerT e nelle strutture del privato sociale. L'unico indicatore con una tendenza al ribasso è quello riguardante i nuovi casi di AIDS.

A livello provinciale, Napoli e Salerno seguono l'andamento regionale, mentre i dati di Benevento mostrano un decremento dell'indicatore relativo ai SerT e ai soggetti tossicodipendenti in carcere.

Anche la provincia di Caserta mostra decrementi nei tassi relativi ai soggetti nelle strutture pubbliche, nelle comunità terapeutiche ed ai decessi legati all'uso di droga. Per la provincia di Avellino, l'unico dato in netto contrasto con quello regionale è il calo dei soggetti nel privato sociale.

Parte seconda: Le dimensioni quantitative del fenomenoProvince della Puglia e della Basilicata

	Ser.T	Denunce	Comunità	Carcere	Decessi	Aids
Bari	↘	↘	↘	↘	↘	↘
Brindisi	↘	↗	↘	↘	↗	↘
Foggia	↗	↘	↘	↘	↘	↘
Lecce	↔	↔	↘	↗	↗	↘
Taranto	↘	↘	↘	↘	↗	↘
Matera	↗	↘	↘	↘	↗	↘
Potenza	↔	↘	↘	↘	↗	↘
Puglia-Basilicata	↔	↘	↘	↔	↘	↘

Nella regioni Puglia e Basilicata l'analisi dei trend nei quattro anni considerati mostra un decremento per tutti gli indicatori ad eccezione di quelli relativi ai soggetti in trattamento nelle strutture pubbliche ed i tossicodipendenti in carcere, dove si evidenzia una sostanziale stabilità dei dati.

Solo l'indicatore relativo ai casi di AIDS presenta un andamento in calo per tutte le province. Per quanto riguarda i decessi legati all'uso di droga ed i tossicodipendenti in carcere, Bari e Foggia mostrano valori in diminuzione, mentre in aumento sono quelli di Lecce, Taranto, Matera e Potenza.

La sola provincia di Brindisi registra un andamento in crescita delle denunce, mentre per i soggetti presenti nelle strutture del privato sociale, gli unici incrementi si riscontrano a Lecce e Potenza. Da segnalare anche la tendenza alla diminuzione dei soggetti presenti presso le strutture pubbliche di Bari, Brindisi e Taranto.

Province della Calabria

	Ser.T	Denunce	Comunità	Carcere	Decessi	Aids
Cosenza	↗	↗	↗	↔	↗	↔
Catanzaro	↗	↔	↔	↗	↗	↘
Crotone	↘	↗	↘	↘	↘	↘
Reggio di Calabria	↘	↘	↘	↘	↔	↔
Vibo Valentia	↗	↗	↘	↗	↘	↘
Calabria	↘	↔	↘	↗	↗	↘

L'analisi degli indicatori nella regione Calabria, evidenzia un trend negativo per i casi di AIDS ed i soggetti presenti nelle strutture del privato sociale. In aumento nel corso dei quattro anni sono i soggetti in trattamento presso i SerT, i tossicodipendenti in carcere ed i decessi legati alla droga.

L'unico indicatore che risulta stabile nel tempo è quello relativo ai soggetti denunciati. Gli indicatori delle province di Catanzaro, Reggio Calabria e Vibo Valentia seguono lo stesso andamento del dato complessivo regionale, mentre Cosenza se ne discosta per un andamento in crescita dei soggetti presso le strutture del privato sociale.

A Crotone si rileva un calo nel tempo di tutti gli indicatori fatta eccezione per le denunce relative ai reati previsti dal D.P.R. 309/90.

Parte seconda: Le dimensioni quantitative del fenomeno

Province della Sicilia

	Ser.T	Denunce	Comunità	Carcere	Decessi	Aids
Agrigento	↑	↗	↗	↑	↓	↓
Caltanissetta	↑	↔	↘	↘	↔	↘
Catania	↑	↗	↘	↘	↘	↘
Enna	↑	↗	↔	↘	↘	↔
Messina	↗	↗	↗	↑	↘	↘
Palermo	↔	↗	↗	↘	↘	↘
Ragusa	↗	↘	↓	↘	↔	↘
Siracusa	↗	↗	↘	↑	↗	↘
Trapani	↑	↗	↘	↘	↘	↘
Sicilia	↗	↑	↘	↘	↘	↘

Per quanto riguarda la regione Sicilia si evidenzia un andamento in crescita degli indicatori relativi ai soggetti tossicodipendenti in carcere (ad eccezione di Caltanissetta e Catania), nelle strutture pubbliche e alle denunce relative ai reati previsti dal D.P.R. 309/90 (per le quali solo a Ragusa si verifica una tendenza al decremento).

In calo risultano essere i decessi droga correlati (un incremento si evidenzia unicamente nella città di Siracusa), i casi di Aids e i soggetti presenti presso le strutture del privato sociale.

Per quest'ultimo indicatore si rileva una tendenza in aumento per le province di Agrigento, Messina e Palermo. Enna e Trapani seguono il dato complessivo regionale.

Province della Sardegna

	Ser.T	Denunce	Comunità	Carcere	Decessi	Aids
Cagliari	↘	↗	↘	↘	↔	↘
Nuoro	↗	↘	↔	↓	↗	↘
Oristano	↗	↘	↔	↓	↘	↘
Sassari	↗	↗	↗	↗	↘	↗
Sardegna	↔	↗	↘	↓	↘	↘

L'analisi dei trend, effettuata in Sardegna, mostra una tendenza alla diminuzione dei valori per tutti gli indicatori ad eccezione dei soggetti denunciati (che sono in aumento) ed a quelli presenti presso le strutture pubbliche (che risultano stabili).

Le province di Cagliari, Nuoro ed Oristano sembrano muoversi in linea con il dato regionale anche se il capoluogo è l'unico a mostrare un decremento per l'indicatore relativo ai Ser.T.

Nella provincia di Sassari, infine, si rilevano tendenze all'aumento per tutti gli indicatori se si escludono i decessi droga correlati.

Parte seconda: Le dimensioni quantitative del fenomeno**La stima di prevalenza dei soggetti consumatori di eroina**

Nell'ambito dello studio descrittivo del fenomeno delle tossicodipendenze, una parte importante è riservata allo sviluppo e all'utilizzo dei metodi di stima che, a partire dai flussi ministeriali pertinenti, cercano di fornire indicazioni sulla entità numerica dei soggetti che fanno uso di sostanze illegali, una parte dei quali non viene intercettata da alcuna delle istituzioni coinvolte.

E' evidente l'importanza operativa che, alla luce dei valori di prevalenza riscontrati, detti metodi di stima rappresentano, per ciò che riguarda l'eventuale attivazione di politiche di prevenzione e di intervento.

Dei metodi di stima citati in letteratura e suggeriti dall'Osservatorio europeo, alcuni utilizzano particolari flussi informativi e quindi riescono a cogliere soltanto aspetti specifici del fenomeno della tossicodipendenza, altri utilizzano l'informazione contenuta in più flussi contemporaneamente riuscendo a tenere conto, allo stesso tempo, delle varie componenti del fenomeno da stimare.

Una siffatta diversificazione, nell'impiego di tipologie di dati diverse per metodi di stima diversi, può essere utile sia al fine di cogliere i meccanismi particolari attraverso cui la reale entità del fenomeno "nascosto" si evidenzia nello specifico flusso informativo, sia al fine di valutare ed eventualmente progettare interventi strutturali più mirati.

La metodologia sottostante ai metodi è stata sviluppata nell'ambito di studi internazionali promossi dall'Osservatorio Europeo ed a cui i ricercatori italiani hanno contribuito quali promotori del metodo dell'indicatore multivariato e della back-calculation.

I metodi di stima che è stato possibile applicare nel 2000 nel nostro paese sono tre: quello dell'estrapolazione dei dati sulla domanda di trattamento che si basa sui flussi relativi ai nuovi soggetti in carico ai Ser.T. e la stima della durata media dello stato di tossicodipendenza; quello del metodo di cattura-ricattura che si basa sui flussi informativi dei Ser.T. e delle strutture del privato sociale; quello dell'indicatore multivariato che combina tutti gli indicatori dei diversi flussi informativi relativi all'impatto del fenomeno con i sistemi di intervento terapeutico e riabilitativo pubblici e privati, con le Forze dell'Ordine e con l'Amministrazione della Giustizia.

Stime dei soggetti che fanno uso di eroina (valori assoluti delle stime ed intervallo di variazione).

ANNO	Estrapolazione dai dati del Ministero dell'Interno	Estrapolazione dai dati sulla domanda di trattamento	Metodo cattura-ricattura	Metodo dell'indicatore multivariato	Metodo della Back calculation (BC) HIV/AIDS multiplier	Intervallo di variazione delle stime
1996	172,000	240,000–299,000	274,000	248,672	326,000	172,000–326,000
1999	281,273	276,746	297,711	302,829	n.a.	276,746–302,829
2000	n.a.	292,196	309,850	319,447	n.a.	292,196–319,447

Si stima, dunque, che nel 2000 ogni mille persone di età compresa fra i 15 ed i 54 anni ci siano da 9 a 10 soggetti che hanno provato almeno una volta nella loro vita l'effetto dell'eroina.

Questo è l'intervallo della stima del tasso di prevalenza per mille residenti di età compresa tra i 15 e i 54 anni che risulta dal rapporto tra i 292.000–319.000 casi stimati e la relativa popolazione italiana residente.

Parte seconda: Le dimensioni quantitative del fenomeno**Il bisogno e la domanda di interventi**

Successivamente all'analisi degli indicatori ed alla stima del numero di soggetti che rappresentano il potenziale bisogno di trattamento (relativamente all'uso di oppiacei), si analizzano, nel seguito, alcune caratteristiche della domanda, che nel corso dell'anno 2000, si manifesta nei confronti delle strutture di servizio specifiche, operative sul territorio nazionale. I dati utilizzati sono quelli riferiti dalle singole Amministrazioni e riportati per esteso nelle tabelle allegate.

Tra i casi incidenti presso i servizi pubblici, 31.179 soggetti presi in trattamento per la prima volta nel corso dell'anno 2000, si evidenzia che l'8% ha un'età compresa fra i 15 ed i 19 anni, percentuale che si eleva al 34% quando si somma la classe fra i 20 ed i 24 anni.

Per cercare di capire l'esistenza di fattori di selezione (legati alla percezione del bisogno di intervento terapeutico), che possono influire sull'accesso ai SerT di soggetti che fanno uso di droghe, è interessante il confronto con i casi incidenti delle segnalazioni alle prefetture (prime segnalazioni in esecuzione dell'art. 75 del DPR n.309/90).

Tali dati mostrano una distribuzione di frequenza delle classi di età più giovani, 15-19 anni, pari al 30% del totale delle segnalazioni (17.191 persone) che diventa il 67% del totale se si somma la classe 20-24 anni (si consideri che solo il 22% di questi soggetti viene inviato ai Ser.T, per un trattamento e che l'84% è stato trovato in possesso di cannabis, il 7% di oppiacei, il 7% di cocaina, l'1% di ecstasy e l'1% di altre sostanze).

Si evidenzia, quindi, che i soggetti giovani (entro i 24 anni) segnalati alle Prefetture rappresentano il 67% dell'intera popolazione delle segnalazioni, mentre le stesse classi di età dei Ser.T, rappresentano solo il 34% della popolazione afferente nel corso dell'anno (31.179 casi).

Da questo dato si può inferire la necessità dell'articolazione dell'offerta di intervento dei Ser.T. attivando una struttura funzionale intermedia non connotata come "la struttura terapeutica dove vanno i tossicodipendenti da eroina", in grado di offrire, in stretto raccordo con i Nuclei Operativi per le tossicodipendenze delle Prefetture, interventi di prevenzione secondaria (per soggetti che non sono ancora evidentemente tossicodipendenti ma che hanno un elevato rischio di diventarlo).

In tale contesto, si assiste alla tendenza da parte dei Servizi Pubblici, a dotarsi di professionalità multiple, capaci d'interagire, per fare fronte ad una domanda sempre più diversificata.

Si sta, infatti, sempre più sviluppando l'idea che, per offrire un servizio migliore, sia necessaria la collaborazione, non solo a livello delle diverse figure professionali, ma anche delle diverse strutture appartenenti al pubblico ed al privato sociale.

Tutto ciò sta dando origine ad un cooperazione concreta, che ha permesso, in molti casi, l'elaborazione comune di numerosi progetti e servizi.

Nell'ottica di un approccio multidisciplinare, sia al processo diagnostico che alla programmazione e pianificazione degli interventi, nuova valorizzazione è stata data alla psichiatria (Clerici M. et Al., 2000).

Nonostante le diverse specializzazioni mediche contribuiscano in modo specifico al trattamento dei pazienti, al momento i dati a disposizione consentono di poter differenziare un'area strettamente medica da una genericamente psico-sociale, rinunciando ad una maggiore specificità quando si considerino i diversi contributi terapeutici.

A livello nazionale, la percentuale di presenza di personale afferente all'area strettamente "medico-sanitaria", quali medici ed infermieri, è di poco superiore a quella psico-sociale (psichiatri, psicologi, assistenti sociali ed educatori), pur mostrando una certa variabilità tra le diverse Regioni ed al loro interno (rappresentando, su un totale di 6.636 operatori, rispettivamente il 47% ed il 42%).

Parte seconda: Le dimensioni quantitative del fenomeno

Nel Nord e nel Sud Italia, infatti, alcune Regioni mostrano una prevalenza di figure professionali maggiormente impegnate sull'aspetto socio-riabilitativo, nonostante il fenomeno non sia equamente distribuito a livello provinciale (rispettivamente presenti in Piemonte con il 51% verso il 42%, in Valle D'Aosta con il 50% verso il 39%, nella Provincia Autonoma di Trento con il 45% verso il 36%, in Veneto con il 47% verso il 42%, in Puglia con il 44% verso il 40% ed in Basilicata con il 47% verso il 39%).

Nel Centro della penisola e nelle isole, di contro, è possibile rilevare tale dato unicamente a livello delle singole Province senza che questo modifichi sostanzialmente il dato regionale.

Altro dato che si conferma nel corso dell'anno 2000, è la percentuale inferiore di donne che si recano presso i servizi per le tossicodipendenze, rispetto agli uomini (4104 soggetti di sesso femminile su un totale di 31.179 casi).

Emergono differenze significative anche per quanto riguarda il numero di uomini e donne segnalati alle Prefetture in base all'art. 75.

Dai dati degli studi campionari sulla popolazione studentesca, ormai consolidati, e da quelli sulla popolazione generale, appena avviati, appaiono differenze nella prevalenza dell'uso delle sostanze illegali legate al sesso, ma non della stessa entità riscontrabile nei Ser.T., nelle strutture del Privato sociale o nei segnalati alle Prefetture in base all'art. 75, anche considerando gli effetti dei fattori legati all'età e al tipo di sostanza ed alla durata dell'uso.

Dall'analisi si evidenzia che le donne segnalate costituiscono solo il 6,6% del totale, confermando in tal modo la differenza fra i sessi già evidenziata nell'utenza dei Ser.T..

Il rapporto maschi/femmine è nettamente minore nelle segnalazioni alle Prefetture rispetto al rapporto riscontrato presso i Servizi Pubblici (14/1 per gli art.75 e 6/1 per gli utenti dei Ser.T.).

La distribuzione a livello nazionale degli articoli 75 conferma, come già evidenziato negli anni precedenti, che la percentuale di uomini segnalati alle Prefetture, cresce dal Nord al Sud della penisola, con valori che vanno dall'87% della Valle d'Aosta al quasi 100% della Basilicata.

Tale andamento si rileva anche nell'utenza dei Servizi Pubblici, in cui il rapporto uomini-donne è di 4/1 in Liguria ed Emilia Romagna e di 16/1 in Basilicata e Calabria.

La differenza tra maschi e femmine, segnalati in base all'art. 75, potrebbe avere diverse spiegazioni, legate alla cultura, ai valori ed all'educazione.

Agli uomini, vengono spesso concesse maggiori libertà da parte delle famiglie, con differenze legate anche al vivere in regioni del nord piuttosto che del centro o del sud Italia.

La fase adolescenziale, inoltre, assumendo caratteristiche diverse nei due sessi, che nel maschio si caratterizzano per una maggiore attenzione verso l'aspetto gruppale, mentre nelle ragazze assumono aspetti più intimisti, porta ad adottare comportamenti differenziati e diversamente influenzati dall'ambiente.

In tale contesto, l'uso di sostanze può essere maggiormente condiviso tra i ragazzi, che spesso le assumono per ragioni gregarie o come prove di "iniziazione".

Scegliere la strada della trasgressione è, quindi, spesso più accettato o comunque tollerato nei confronti dei ragazzi piuttosto che delle ragazze, per le quali il ruolo, in base al quale vengono responsabilizzate di più e più precocemente, è maggiormente definito e stereotipato.

I familiari sarebbero più presenti nella vita delle ragazze piuttosto che in quella dei ragazzi, esercitando spesso sulle figlie un maggiore controllo, anche a causa di una serie di paure, come quelle legate a possibili violenze.

Le donne sono, quindi, portate a muoversi più spesso tra persone conosciute, che in qualche modo le tutelano, mentre i ragazzi, più portati "a buttarsi allo sbaraglio", a cambiare gli amici che frequentano ed a sperimentare nuove compagnie, spesso poco note, sarebbero maggiormente esposti (M.G. Sansi, 2000).

Parte seconda: Le dimensioni quantitative del fenomeno

Per quanto riguarda i soggetti tossicodipendenti, la più alta prevalenza dei maschi può spiegarsi, oltre che con la reale inferiorità numerica di donne tossicodipendenti, anche con il fatto che una parte maggiore del fenomeno, nelle donne, appartiene al cosiddetto "sommerso".

La maggiore possibilità di assicurarsi una fonte di sopravvivenza attraverso la prostituzione, per esempio, può essere una delle ragioni che consentono di ridurre i comportamenti delinquenziali diminuendo, così, le possibilità di entrare nel circuito della giustizia, e quindi anche dei servizi pubblici.

Altra spiegazione è che il fenomeno dell'abuso di sostanze nelle donne ha caratteristiche diverse rispetto a quello maschile, sia per quanto riguarda le sostanze assunte (spesso legali, quali sonniferi, antidepressivi, tranquillanti ed alcolici), che relativamente agli aspetti maggiormente legati allo "stile di vita" che, quando non legato all'abuso delle cosiddette sostanze pesanti, le preserva dalla brutalità della vita di piazza.

Le donne quindi, esprimerebbero il proprio disagio in modo diverso rispetto agli uomini, facendo abuso di sostanze meno legate al mondo dell'illegalità, ed utilizzando comportamenti compulsivi di altro genere, quali i disturbi dell'alimentazione.

Tali caratteristiche le porterebbero a rivolgersi al medico di famiglia od allo specialista (psichiatra), venendo così etichettate più frequentemente come malate psichiatriche. Questo aspetto della diversa incidenza e prevalenza nell'uso delle sostanze legato alla differenza di genere rappresenta uno degli argomenti di ricerca da approfondire nel contesto nazionale e regionale anche considerando la sua importanza in termini di orientamento dei possibili interventi di prevenzione primaria e secondaria (Si veda Bibliografia ragionata).

Gli interventi delle Forze dell'Ordine e l'applicazione delle misure restrittive

Nell'anno 2000, l'attività svolta dalle forze dell'ordine (Polizia di Stato, Arma dei Carabinieri e Corpo della Guardia di Finanza), così come emerge dai dati del Ministero dell'Interno, segnala un leggero decremento rispetto all'anno 1999 (da 22.171 del 1999 a 21.914 del 2000: circa 1% in meno) delle operazioni antidroga nel loro complesso e nello specifico di quelle contro il traffico e lo spaccio di sostanze stupefacenti.

A livello nazionale emerge che circa l'80% delle operazioni antidroga riguardano le attività di vendita.

In particolare, nel Nord Ovest si svolge circa il 31% delle attività nazionali, mentre l'Italia Centrale e del Sud, contribuiscono con circa il 20%.

Nella parte Nord occidentale del Paese, la Lombardia risulta essere maggiormente rappresentata sia per quanto riguarda le operazioni antidroga contro la vendita (cannabis 17%, cocaina 24% ed eroina 13%), sia per quelle contro il traffico (cannabis, insieme alla Puglia, 13%, cocaina 32% e 15% eroina).

Dall'analisi dei dati della Direzione Centrale dei Servizi Antidroga emerge che nel corso dell'anno sono stati deferiti alle Autorità Giudiziarie 34.325 soggetti, di cui il 29% risultano essere stranieri.

La percentuale di persone che vengono deferite alle Autorità per reati connessi all'art. 73 comma 5° e 6°, costituiscono il 78%, del totale nazionale sia per quanto riguarda gli italiani che gli stranieri.

Si rilevano, invece, differenze fra le due popolazioni, per la produzione e traffico (art. 73 comma 1°, 2°, 3°, 4° e 6°), rispettivamente con valori del 10% e 17%, e l'associazione finalizzata al traffico (art. 74), nella misura del 9% per i primi e del 4% per gli stranieri.

Per quanto riguarda gli Italiani, il Sud contribuisce al totale nazionale con il 27% dei deferiti alle AA.GG. e nello specifico con il 54% per reati connessi all'associazione finalizzata allo smercio e con il 41% per quelli relativi all'art.74.

Parte seconda: Le dimensioni quantitative del fenomeno

In particolare, relativamente all'eroina, la Regione Puglia presenta il numero più elevato di deferiti per associazione finalizzata allo smercio ed è seconda solo alla Sicilia per quella finalizzata al traffico.

Per la cocaina, nella stessa Regione si rileva il numero maggiore di soggetti deferiti alle AA.GG. per i reati previsti dall'art. 74, mentre la Campania presenta i valori più elevati per quelli relativi all'associazione finalizzata allo smercio.

Prendendo in considerazione i soggetti di nazionalità straniera, il Nord Ovest è l'area geografica che contribuisce maggiormente al dato nazionale con il 44% dei deferiti. Nello specifico nel 37% e 47% dei casi, sono stati commessi rispettivamente reati legati al traffico ed all'attività di vendita.

La Lombardia presenta il numero più elevato di stranieri deferiti per reati connessi all'art. 73 comma 1, 2, 3, 4, 5 e 6, per l'eroina, la cocaina e la cannabis. Per quest'ultima sostanza, tale Regione è seconda solo alla Puglia relativamente ai reati perseguiti per produzione e traffico.

Per quanto riguarda i dati concernenti l'applicazione delle misure restrittive, su 9.882 stranieri deferiti, l'85% è stato ristretto, contro il 65% degli italiani (su un totale di 24.440 deferiti).

Tale differenza percentuale si potrebbe spiegare con esigenze cautelari che, nel caso degli stranieri, possono essere prevalentemente legate alla loro possibilità di fuga.

Tutto ciò, comunque, rimanda al problema degli immigrati all'interno dell'ambiente carcerario ed alla necessità di trovare soluzioni che possano fronteggiare la maggiore vulnerabilità di queste persone che si trovano in condizione di restrizione: i detenuti stranieri, che presentano problemi di abuso di sostanze, sono sempre di più e tra questi continuano ad aumentare i poliassuntori e gli alcolisti.

I problemi di tossicodipendenza di questa popolazione carceraria, continuano spesso ad essere affrontati dal punto di vista repressivo senza l'attivazione di programmi terapeutici alternativi alla detenzione.

Gli stranieri si ritrovano sovente a dover scontare la propria pena in situazione di emarginazione ambientale, mancanza di punti di riferimento culturali e religiosi e di incomunicabilità linguistica.

Spesso le difficoltà di comunicazione e le differenze culturali non permettono al personale che viene in contatto con loro di avvicinarsi in modo costruttivo rilevando informazioni sia circa eventuali patologie in atto che eventuali rischi di autolesionismo. Queste persone, inoltre, spesso non sono in grado né di comprendere le indicazioni del personale, né di comunicare il proprio disagio.

In tale contesto si è iniziato a riflettere sulla necessità di ricorrere all'ausilio di figure specifiche che aiutino nella mediazione culturale al fine di fornire un valido supporto.

Tale questione, riguardante gli stranieri, è stata affrontata anche nel corso di un recente convegno nazionale sul tema dell'"Immigrazione ed abuso di sostanze, tra integrazione ed esclusione sociale" (Dipartimento delle Dipendenze Patologiche e Dipartimento Aziendale di Salute Mentale dell'Azienda USL di Reggio Emilia, 19-20 ottobre 2000).

I relatori hanno teso ad evidenziare il rapporto esistente tra stranieri e giustizia, in particolare la differenza con cui la legge viene messa in atto nei confronti degli immigrati e dunque la necessità di applicare realmente ed in modo egualitario le normative già esistenti tenendo sempre presente la necessità di adeguare l'attuale legislazione a tale fenomeno che risulta essere in continua evoluzione (rilevazioni ISTAT indicano che la popolazione straniera presente sul territorio italiano, che attualmente si aggira attorno al 2% della popolazione totale, arriverà nel 2050 a rappresentare circa il 15%).

A tal proposito si deve anche tenere conto dell'inevitabile disorientamento degli stranieri verso le nuove regole con le quali si devono confrontare. Quanto detto rimanda alla necessità di svolgere una importante opera informativa nei confronti di queste persone.

Parte seconda: Le dimensioni quantitative del fenomeno

Nello specifico, l'analisi dei dati mostra che per gli italiani ristretti, i reati sono legati principalmente alla cannabis (38%) mentre la percentuale scende al 30% per l'eroina ed al 28% per la cocaina.

Per le persone di nazionalità straniera, di contro, i provvedimenti restrittivi si riferiscono nel 41% dei casi all'eroina, nel 32% alla cannabis ed, infine, per il 26% alla cocaina. Per quanto riguarda l'ecstasy, infine, i soggetti ristretti per reati connessi a questa sostanza, risultano essere il 2,8% di italiani e lo 0,4% di stranieri.

Tra la popolazione straniera deferita all'AA.GG., i Marocchini rappresentano il 31% e di questi circa il 41% ha commesso reati relativi alla cannabis ed all'eroina.

I Tunisini, nella percentuale del 16%, vengono deferiti rispettivamente nella misura del 56% e del 24%, per atti antigiuridici legati agli oppiacei ed alla cannabis.

E' possibile rilevare che anche gli Algerini e gli Albanesi (rispettivamente l'11% ed il 9% del totale), vengono deferiti principalmente per reati relativi ai cannabinoidi (rispettivamente il 49% e 38%) ed all'eroina (rispettivamente 39% e 35%).

Infine i colombiani, che rappresentano circa il 2% del totale della popolazione straniera deferita, sono rappresentati nella misura del 95% per quanto riguarda reati relativi alla cocaina

Dall'analisi dei dati relativi al totale dei soggetti deferiti alle AA.GG. per reati connessi alle norme sugli stupefacenti, si osserva, che circa il 47% delle persone ha un'età compresa fra i 20 ed i 29 anni, mentre la classe di età inferiore ai 20 anni rappresenta ca. il 13% del totale.

I provvedimenti restrittivi vengono applicati nel 71% dei casi, in particolare, all'interno della classe di età superiore ai 30 anni che costituiscono il 39% dei deferiti. Tra questi ultimi, infatti, si evidenzia la più alta percentuale di individui sottoposti a regime detentivo.

La percentuale più bassa di coloro che vengono sottoposti a restrizione, si riscontra nella classe di età compresa fra i 15-19 anni (58%).

Differenze, infine, si riscontrano anche per quanto riguarda il sesso dei soggetti deferiti.

I maschi si ritrovano in situazione di restrizione nel 71% delle situazioni contro il 66 % delle femmine.

I decessi droga correlati

I decessi droga-correlati (DDC) rappresentano uno degli indicatori indiretti dell'uso problematico di sostanze. Il decesso è infatti, una possibile conseguenza di alcune forme di uso di droga, considerando, ovviamente, che il rischio dipende anche dal tipo di sostanza assunta, dalla modalità e consuetudine assuntiva, ivi compresa la poliassunzione.

L'importanza dell'indicatore, dal punto di vista epidemiologico, è sostenuta anche dall'Osservatorio Europeo sulla Droga e le Tossicodipendenze (OEDT) di Lisbona che ha indicato i DDC tra gli "indicatori chiave" epidemiologici.

In questa ottica, nel corso degli ultimi anni si sono intensificati gli sforzi, all'interno dei 15 paesi dell'U.E. sotto il coordinamento OEDT, per aumentare la comparabilità di tale indicatore, la qualità dei dati raccolti e, di conseguenza, il contenuto informativo degli stessi.

Ancora oggi un raffronto diretto dei dati raccolti nei singoli paesi non è attuabile dal momento che questo indicatore non dipende solo dalla prevalenza d'uso di droga, ma è influenzato sia dalle diverse definizioni utilizzate e basate su criteri più o meno restrittivi, sia dalle diverse modalità di raccolta e registrazione dei dati (variabili da paese a paese e differenti all'interno dello stesso paese se si considerano il Registro Speciale o il Registro Generale di Mortalità).

In ogni caso, all'interno di uno stesso paese, l'indicatore DDC è a tutt'oggi il più idoneo al rilevamento e monitoraggio di forme gravi di consumo di droga.

Parte seconda: Le dimensioni quantitative del fenomeno

Sulla base di questi elementi l'OEDT, in collaborazione con i Punti Focali dei 15 Paesi dell'U.E., con Eurostat e con l'OMS, sta realizzando la produzione di linee guida finalizzate alla registrazione dei DDC attraverso i Registri Speciali ed i Registri Generali di Mortalità.

Attraverso un Gruppo di lavoro specifico è stato prodotto un primo Standard, testato in tutti i Paesi partecipanti allo studio, e proposto con un documento OEDT nel 2000. L'Italia partecipa ai lavori del gruppo DDC attraverso un esperto designato dal suo Punto Focale.

Nel corso del 2000, il nostro Paese ha messo a punto alcune procedure basilari e raggiunto accordi fra le Istituzioni responsabili dei flussi informativi DDC al fine di adeguare il più possibile i dati italiani allo standard proposto a livello europeo.

A seguito di tali accordi è stato istituito un tavolo di lavoro per consentire gli opportuni sviluppi delle fonti informative, non solo per l'indicatore chiave DDC, ma relative anche ad altre attività in ambito REITOX, da cui far affluire stabilmente dati maggiormente significativi e dettagliati nei flussi informativi nazionali.

Il gruppo di lavoro nazionale DDC, formalizzato presso il Punto Focale italiano, è composto dai responsabili degli uffici competenti della DCSA (Direzione Centrale dei Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno, cui fa capo il Registro Speciale dei decessi per droga) e dell'ISTAT che cura il Registro Nazionale di Mortalità; dal Presidente, ed un rappresentante, del Gruppo italiano Tossicologi Forensi; dal responsabile della Direzione Generale Affari Penali del Ministero della Giustizia; dall'epidemiologo esperto di metodologie e modelli biostatistici dell'Istituto Superiore di Sanità; dal coordinatore italiano per l'indicatore DDC designato dal Punto Focale; da un rappresentante del Punto Focale stesso.

E' stata inoltre considerata l'opportunità che la Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici, attraverso un suo rappresentante faccia formalmente parte del gruppo di lavoro DDC.

La partecipazione del gruppo italiano Tossicologi Forensi consente di rilevare sistematicamente per mezzo delle analisi tossicologiche svolte dai diversi Istituti dati essenziali su gran parte dei DDC diversamente non acquisibili; la collaborazione dell'Ufficio Monitoraggio Statistico del Ministero della Giustizia consentirà di recuperare, con procedure ora al vaglio e compatibili con il segreto di ufficio, la quota di DDC che sino ad oggi rimane "segregata", senza possibilità di accesso, negli archivi giudiziari.

La collaborazione della Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici consentirà di migliorare ulteriormente la qualità del dato attraverso una conoscenza più puntuale sulla problematica DDC ed una maggiore attenzione-completezza nella compilazione delle schede di morte (su cui è basato il Registro Nazionale di Mortalità) da parte del medico che per primo constata l'avvenuto decesso.

Per sottolineare l'importanza, e l'utilità, della strategia adattata dal gruppo di lavoro è utile sintetizzare la procedura sino ad oggi seguita per la registrazione dei DDC nel nostro paese.

Quando si verifica un decesso, è necessario che venga certificato nelle sue cause da un medico.

Se la morte è dovuta a cause naturali, il medico comunica immediatamente il decesso all'Ufficio Anagrafico Municipale che provvede a completare la scheda-certificato con i dati relativi ad età, sesso, professione, stato civile e familiare, indirizzo e quant'altro. Quando invece le cause del decesso sono poco chiare o sospette (es. morte improvvisa di un soggetto di giovane età in mancanza di patologie note), il medico ha l'obbligo di informare l'autorità giudiziaria. Il Pubblico Ministero incaricherà il medico legale di accertare e certificare le cause del decesso.

L'autorità giudiziaria può dare incarico ad un medico legale di predisporre accertamenti quali l'autopsia, quando necessario, e le analisi tossicologiche a sostegno o meno della diagnosi. Subito dopo l'autopsia, e per questioni di tempi, sempre prima che i risultati

Parte seconda: Le dimensioni quantitative del fenomeno

tossicologici siano disponibili, il certificato di morte, su scheda ISTAT, deve essere completato al fine di consentire la sepoltura del cadavere.

La scheda ISTAT è suddivisa in due parti: "parte A" compilata dal medico di base, dal medico curante o dal medico legale; "parte B" compilata dall'Ufficio Anagrafico Municipale.

Tutti i decessi sono suddivisi in 2 categorie principali; per cause naturali e violente. Dal momento che ad oggi, nella scheda attuale, non è presente una attenzione specifica ai DDC, essi vengono spesso classificati sotto la dizione generale "morti violente".

Inoltre il certificato di morte, per le ragioni suddette, viene completato anche diversi giorni prima che i risultati dell'esame tossicologico (su fluidi biologici o tessuti) siano disponibili per gli scopi giudiziari che ne hanno motivato l'esecuzione.

Di conseguenza, poiché solo l'esame tossicologico può confermare o smentire un DDC (come può anche individuare un DDC non precedentemente sospettato), è ragionevole ritenere che i dati nazionali relativi ai DDC raccolti con queste schede possano essere poco specifici.

Un altro elemento che riguarda la sensibilità del flusso informativo a mettere in evidenza quello che dovrebbe mettere è rappresentato dall'opportunità e discrezionalità con cui gli accertamenti vengono disposti. Il caso degli incidenti stradali ben rappresenta la situazione nel nostro paese dove i problemi all'ordine pubblico, della giustizia e del monitoraggio dell'abuso di sostanze sono pertinenza di ambiti distinti e separati.

Spetta, infatti, esclusivamente al Magistrato decidere se disporre un accertamento tossicologico-forense le cui spese sono esclusivamente a carico del Dipartimento della Giustizia non esistendo fondi che lo Stato dedica specificamente a questo.

Su tale premessa si può comprendere perché, ad es., quando un reato si estingue da sé (nel caso in cui il colpevole del reato muore), l'autorità giudiziaria può anche non richiedere ulteriori verifiche.

Questa limitazione, destinata ad accentuarsi col passare del tempo per l'aggravarsi dei problemi di budget, non permetterà di conoscere se il soggetto era sotto l'effetto di sostanze e se il decesso era un DDC anche nel caso in cui il soggetto fosse un tossicodipendente noto come tale.

In aggiunta, l'accertamento tossicologico, quando disposto, rimane confinato nell'ambito giudiziario e non viene utilizzato per supportare o meno l'indicazione contenuta nelle schede di morte.

E' utile considerare, inoltre, come in un rapporto tossicologico-forense ogni positività confermata per gli oppiacei viene presa in considerazione etichettando il referto come "campione positivo per..." la determinata sostanza.

Una particolare cautela viene invece adottata nel caso di positività alla cocaina e ancor più, di positività, in campioni post-mortem, alle amfetamine e amfetamine simili.

In questi casi la cocaina viene indicata come possibile causa della morte solo nei casi in cui siano riscontrate concentrazioni elevate; per livelli bassi o modesti il rapporto tossicologico riferirà che i dati quali-quantitativi devono necessariamente essere valutati a fronte di altri elementi patologici.

In ogni caso, il rapporto tossicologico indicherà se i dati analitici sono coerenti o meno con un'intossicazione acuta da droga.

I dati riportati dal Registro Speciale (DCSA-Ministero dell'Interno) hanno una copertura nazionale, e derivano esclusivamente dalle segnalazioni delle Forze di Polizia.

Essi sono riferiti a decessi apparentemente per overdose (es. cadaveri rinvenuti con l'ago in vena accanto a segni inequivocabili di assunzione) e (solo) direttamente attribuibili all'uso di stupefacenti.

A tali segnalazioni non fa seguito alcun riscontro medico e tossicologico.

I dati del Registro Speciale della DCSA non comprendono i decessi "indirettamente" droga-correlati o correlabili. In considerazione di ciò, nella statistica ufficiale italiana, in merito alle sostanze che hanno causato il decesso, la casella relativa agli amfetaminici

Parte seconda: Le dimensioni quantitative del fenomeno

risulta costantemente vuota non per accertata mancanza di "eventi" ma per mancanza di "elementi".

Di conseguenza i dati del Registro Speciale, e cioè i soli dati ufficiali italiani sui DDC, non consentono di concludere circa l'assenza di rischio di decesso da anfetaminici (cui l'ecstasy appartiene).

La situazione epidemiologica appena descritta richiede alcune precisazioni e riflessioni in quanto i dati prodotti dal Gruppo Tossicologi Forensi riportano, per il 2000, la presenza di anfetaminici nel 2.7% dei 401 casi esaminati in cui erano presenti più sostanze. Da quanto sin qui considerato circa le fonti, le circostanze e le procedure seguite per gli accertamenti, la probabilità che un decesso sia refertato come causato (direttamente o indirettamente) dall'ecstasy è veramente molto esigua.

Nel novembre 2000 si è tenuto a Lisbona il meeting degli esperti dei 15 Paesi UE per l'indicatore chiave Decessi Droga-Correlati.

Nel corso del meeting sono stati presentati e discussi i dati prodotti dalle diverse Nazioni nell'ambito dello studio sperimentale realizzato nell'anno precedente.

Lo studio aveva lo scopo di verificare, negli stati EU, la fattibilità di un'implementazione di uno standard di classificazione, per la raccolta e utilizzo dei dati DDC (lo standard definito "selezione A" si riferisce alla possibilità di classificare i decessi per cause come: psicosi da droga, dipendenza da droga, abuso di droga in soggetti non dipendenti e avvelenamento accidentale, tutti i decessi comunque correlati al consumo di sostanze classiche di abuso; lo standard definito come "selezione B" rappresenta una stima più ampia rispetto alla "selezione A" poiché include avvelenamenti intenzionali e non determinati da sostanze d'abuso).

L'allineamento, dei due Registri Nazionali allo standard proposto è risultato possibile. Il nostro Registro Generale di Mortalità (GMR-ISTAT), basato sul sistema di codifica internazionale ICD-9, segue il DDC-Standard V1.0 proposto dall'OEDT, senza sostanziali variazioni (anche se non è attualmente possibile registrare più di un codice, l'Italia soddisfa i criteri di classificazione "selezione B").

I dati italiani dal Registro Generale di Mortalità indicano che gran parte dei soggetti deceduti sono di età compresa tra i 15 ed i 34 anni anche se si osserva, negli anni, un trend verso l'invecchiamento; la sostanza principalmente coinvolta è l'eroina anche se si evidenzia un andamento in declino.

I dati sui decessi da droga forniti dal Gruppo italiano Tossicologi Forensi (GTF) confermano che gli oppiacei sono responsabili di gran parte dei decessi, ma i dati analitici indicano il progressivo coinvolgimento di altre sostanze, prima tra tutte la cocaina.

Il contributo crescente della cocaina quale responsabile di DDC è stato ripetutamente sottolineato da altri paesi europei durante il meeting di Lisbona.

Ciò può riflettere contemporaneamente una maggiore diffusione nel consumo (peraltro già evidente dai dati dei flussi informativi nazionali e dai riscontri degli operatori nelle scuole e negli ambiti di aggregazione giovanile), un uso più problematico (maggiore frequenza e quantità, associazioni con altre sostanze), vie di assunzione maggiormente a rischio (via iniettiva), formulazioni differenti del prodotto nel mercato illecito (grande variabilità in termini di qualità e purezza a fronte di diverse tipologie di assuntori, di sostanze associate nel prodotto circolante, di diluizioni e tagli).

L'allineamento allo standard proposto dall'OEDT da parte del nostro Registro Speciale (DCSA-Ministero dell'Interno) risultava piena in termini di capacità di applicare, anche retrospettivamente (1985-1998), la ripartizione per età specificamente richieste; risultava invece parziale in termini di ripartizione per cause del decesso.

Nel sistema attuale, infatti, le intossicazioni acute riportate nel RS non possono sempre essere classificate in base alle specifiche sostanze collegate al decesso. Inoltre, in media, meno del 40% dei casi sono sottoposti a successivi esami tossicologico-forensi i cui risultati sono disponibili, se lo sono, molto tempo dopo l'inserimento del caso nel Registro Speciale.