

Introduzione del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali

Lo scorso anno, introducendo la Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, abbiamo annunciato un lavoro a tutto campo senza sosta ed incertezze per un impegno totale di contrasto alla diffusione di ogni tipo di droga.

Ci era, infatti, apparso evidente che uno dei difetti principali delle politiche in questo settore fosse costituito dalla frammentazione e dalla parzialità degli interventi. Di qui è scaturita l'esigenza di istituire una struttura di coordinamento dell'attività dei Ministeri per l'attuazione di una politica complessiva per la lotta alle tossicodipendenze.

E' stato perciò attivato, presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, il Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga e nominato un Commissario Straordinario del Governo per le Politiche Antidroga, con la funzione di raccordare ed integrare le azioni ministeriali. Si è provveduto, inoltre, alla nomina dei componenti del Comitato scientifico dell'Osservatorio permanente per la verifica del fenomeno delle tossicodipendenze a supporto scientifico dell'azione del Governo e della Commissione per l'esame istruttorio dei progetti per la prevenzione ed il recupero dalle tossicodipendenze, presentati dalle Amministrazioni statali per il finanziamento a carico del Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga.

All'inizio del 2002 sono state emanate le linee guida che le Amministrazioni centrali dello Stato devono seguire per la predisposizione dei progetti, linee che riflettono il cambiamento in corso nelle politiche di lotta e che prevedono la intensificazione degli interventi diretti al contrasto verso le nuove forme di tossicodipendenze giovanili, una maggiore e particolare attenzione alla prevenzione, la piena integrazione sociale e lavorativa dei tossicodipendenti che terminano i trattamenti riabilitativi. E' infine in corso di formalizzazione il provvedimento di nomina di una Commissione Nazionale di esperti in materia di lotta alla tossicodipendenza.

Le scelte del Governo, in questo settore, sono costantemente conformate ai programmi messi a punto dall'Unione europea e tengono conto del mutato quadro istituzionale e costituzionale del nostro Paese. La nostra azione vuole puntare alla qualità degli interventi ed al loro monitoraggio, nonché alla riduzione della cronicità, spesso prodotta non solo dalla complessità del fenomeno, ma anche dalla scarsa efficienza ed efficacia degli interventi.

Ancora poche sono le strutture che curano la disintossicazione; è ancora poco diffusa nel territorio, e soprattutto nelle città, la realizzazione di centri riabilitativi; scarsa è la prevenzione dalla recidiva e dalla ricaduta, fenomeni questi che affliggono frequentemente i tossicodipendenti e le loro famiglie. La riforma del D.M. 444, in corso di formalizzazione, modifica significativamente la struttura dei servizi per le tossicodipendenze, istituendo Dipartimenti nei quali possano essere presenti ed attivi con pari dignità i soggetti pubblici e privati. La revisione delle funzioni e l'aggiornamento del personale, anche in relazione alla modifica delle politiche del settore, sono anch'essi obiettivi delle azioni di Governo.

Il nostro intento continuerà ad essere quello di ridare fiducia alle famiglie e sostegno ad esse nel rapporto con i figli, tenendo in gran conto il rischio della dipendenza in tutte le sue possibili forme. Intendiamo rompere ogni

ambiguità nella comunicazione con la società civile ed è in tal senso che sarà caratterizzata la campagna di informazione contro le droghe, in corso di attivazione. Infine, abbiamo ben presente che il reinserimento nel mercato del lavoro è un obiettivo altrettanto decisivo quanto quello della terapia e della riabilitazione. Stiamo compiendo e compiremo ogni sforzo per potenziare questo settore di intervento, anch'esso di competenza del Ministero del Welfare.

Siamo ragionevolmente convinti che il percorso iniziato ci consentirà di raggiungere nei prossimi anni positivi risultati nella lotta a tutti i fenomeni connessi con la tossicodipendenza.

On. Roberto Maroni

La struttura della Relazione 2001

La relazione sullo stato delle tossicodipendenze nel 2001 è stata articolata in quattro punti.

La prima parte riguarda la descrizione epidemiologica e statistica della domanda di trattamento da parte dei soggetti tossicodipendenti e dell'impatto di queste persone con la specifica normativa vigente. Si è voluto, in tal modo, seguire quelle che sono le indicazioni fornite in ambito del coordinamento europeo al fine della descrizione del fenomeno sia per quanto riguarda la parte descrittiva, sia per la parte tabellare standard relativa alle statistiche correnti.

La seconda parte presenta nello specifico gli interventi dei soggetti istituzionali, inquadrandone le politiche anche alla luce dei riferimenti normativi ed operativi sviluppati nel contesto dell'Unione europea. Particolare risalto viene dato agli interventi delle Amministrazioni regionali e delle Province Autonome, con una descrizione particolareggiata e disaggregata per ciascuna Regione in merito all'andamento del fenomeno, alla rete di servizi, ai provvedimenti più significativi, alla gestione del Fondo nazionale di lotta alla droga, alle esperienze di successo, ai costi sostenuti e agli obiettivi per il 2002.

La terza parte prende in considerazione l'Utilizzo del Fondo nazionale di lotta alla droga esaminando, per ciascuna Amministrazione dello Stato i progetti attivati nei più recenti anni di gestione amministrativa.

Particolare interesse, riveste la quarta parte della relazione dove vengono presentati e approfonditi, alcuni argomenti di rilevante importanza sia per una migliore programmazione delle politiche di intervento, sia per orientare l'attenzione verso nuovi fenomeni di dipendenza.

La relazione si conclude con gli allegati dove vengono riportati tutti i dati di tipo statistico, provenienti dalle diverse Amministrazioni, secondo un formato standard che ne permette una migliore visione di sintesi e un eventuale utilizzo per ulteriori analisi statistiche di approfondimento. Conclude questa parte una tabella di sintesi degli acronimi utilizzati nel testo.

PAGINA BIANCA

PARTE 1

Indicatori d'impatto del fenomeno.

La situazione che emerge dai dati rilevati dalle Amministrazioni centrali dello Stato:

- Introduzione.
- La qualità dei dati raccolti.
- I flussi informativi e le fonti dei dati.
- La domanda di trattamento.
- Le patologie infettive correlate.
- Infezioni da HIV.
- Infezioni da Epatiti virali B e C.
- Decessi Droga Correlati.

Nuovi indicatori da sviluppare a livello nazionale ed europeo:

- I quantitativi di sostanze sequestrate per operazione delle Forze dell'Ordine.
- Denunce.
- Segnalazioni alla prefettura.
- Popolazione carceraria maggiorenne.
- Minorenni in carcere.

PAGINA BIANCA

Indicatori d'impatto del fenomeno

La situazione che emerge dai dati rilevati dalle Amministrazioni centrali dello Stato

Introduzione

In questa parte della Relazione sono presentati i flussi informativi provenienti dalle Amministrazioni centrali dello Stato relativi al fenomeno "droga e tossicodipendenza". Tra questi vi sono sia quelli inerenti ai cinque "Indicatori chiave" proposti dall'EMCDDA, sia una serie di ulteriori dati che consentono di approfondire altri aspetti, per ora, non contemplati dagli indicatori standard.

I cinque indicatori chiave fanno riferimento a:

1. uso di sostanze nella popolazione generale
2. uso problematico di sostanze
3. domanda di trattamento
4. patologie infettive
5. decessi droga-correlati.

I primi due indicatori, che provengono da indagini campionarie o dall'applicazione di metodi di stima statistici, e quindi non da flussi informativi, sono trattati nel dettaglio in specifiche sezioni di approfondimento, gli altri nella presente parte.

Relativamente ai flussi informativi, sono stati analizzati anche:

1. reati droga-correlati
2. segnalazioni (art.75 D.P.R.309/90)
3. popolazione carceraria

I dati sono presentati con riferimenti al contesto europeo e, dove necessario, sono proposte "finestre tematiche".

La qualità dei dati raccolti

Durante l'anno 2001 è stata ulteriormente sviluppata la qualità dei dati raccolti e gestiti dalla rete funzionale ed operativa delle strutture che operano sul territorio nella lotta allo spaccio ed al traffico di sostanze illegali e nella messa in opera degli interventi terapeutici, riabilitativi e di reinserimento sociale.

Gli elementi portanti del processo di sviluppo, riconosciuto anche dall'Osservatorio europeo sulle droghe e le tossicodipendenze nel corso della valutazione dei materiali prodotti dai "punti focali nazionali" (le strutture che riferiscono all'EMCDDA tramite i rapporti nazionali), sono stati:

- la revisione e l'analisi dei dati (delle Amministrazioni Centrali e Regionali dello Stato), ad opera dell'Osservatorio permanente per la verifica dell'andamento del fenomeno delle droghe e delle tossicodipendenze (OIDT) della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per gli Affari Sociali, le cui funzioni e struttura sono

attualmente passate al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali – Dipartimento delle Politiche Sociali e Previdenziali.

- il lavoro prodotto da altre Amministrazioni centrali e Regionali nell'ambito dei progetti attivati grazie al finanziamento del Fondo Nazionale di intervento per la lotta alla droga (Art. 127 del DPR n.309 del 1990).

Tali attività "su progetto", hanno come obiettivi il miglioramento della qualità dei flussi informativi, l'attivazione di ricerche epidemiologiche o la predisposizione di strumenti e sistemi di raccolta e gestione dei dati (i progetti sono riportati nello specifico nella terza parte della relazione).

I principali risultati raggiunti nel corso del 2001, grazie anche al supporto tecnico-scientifico del Consiglio Nazionale delle Ricerche – Sezione di Epidemiologia dell'Istituto di Fisiologia Clinica, hanno riguardato:

- la continuazione del lavoro di "standardizzazione" dei flussi informativi, dei dati di sintesi e degli "indicatori descrittivi" secondo le indicazioni fornite dall'Osservatorio Europeo di Lisbona (OEDT);
- la sperimentazione di strumenti e tecniche di osservazione, analisi e descrizione del fenomeno in grado di migliorare la qualità dei flussi informativi in relazione alle esigenze di utilizzo delle informazioni e degli indicatori per la programmazione locale, per la formulazione dei piani di azione regionali e di quello nazionale;
- la realizzazione degli studi campionari a carattere nazionale in merito agli atteggiamenti, alla percezione del rischio e al consumo di tabacco, alcool e droghe illegali (Indagine ESPAD sulla popolazione giovanile scolarizzata di età compresa tra i 15 e i 19 anni e Indagine IPSAD sulla popolazione generale tra i 15 e i 44 anni di età);
- lo sviluppo dei metodi statistico-epidemiologici per realizzare le stime relative al sistema degli "indicatori epidemiologici chiave" in accordo con le indicazioni fornite dall'OEDT.

Il lavoro svolto, nel corso del 2001, ha evidenziato la necessità di passare da un sistema di flussi informativi basati su dati di sintesi, ad un sistema basato su record individuali in grado di distinguere ad esempio (pur salvaguardando l'anonimato delle persone interessate), se uno stesso soggetto è contemporaneamente conteggiato, durante un determinato intervallo di tempo di osservazione (nel nostro caso un anno), sia nel flusso dei soggetti segnalati alle Prefetture, sia nel conteggio dei denunciati all'Autorità Giudiziaria, sia nel flusso dei soggetti tossicodipendenti in carcere e sia tra i soggetti segnalati dai servizi territoriali, (pubblici e del privato sociale), d'intervento per le tossicodipendenze.

A questo proposito sono da riferire, come esempio, le sperimentazioni avanzate fatte nel corso del 2001 dalla Regione Veneto, dalla provincia Autonoma di Trento, dalla Regione Liguria e dal Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica, di sistemi di raccolta e gestione dati basati su record individuali. Tali sperimentazioni hanno permesso di dimostrare la fattibilità e la funzionalità di queste nuove modalità di rete informativa che dovranno essere ulteriormente sperimentati e validati in altri contesti nei prossimi anni.

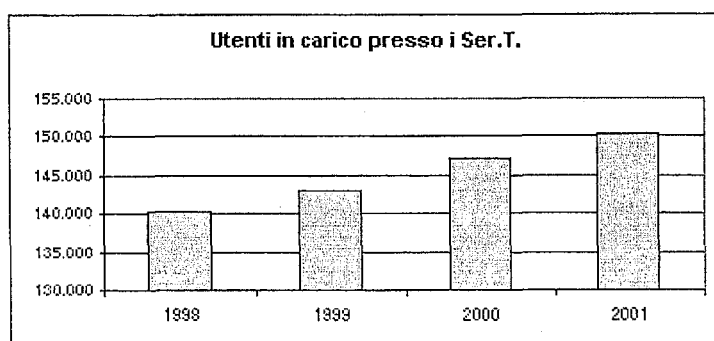
I flussi informativi e le fonti dei dati

Per rendere più facilmente leggibili e fruibili per ulteriori elaborazioni i dati riportati dalle Amministrazioni centrali dello Stato, in merito ai rispettivi flussi informativi, ma anche per rendere più facile il confronto con gli anni precedenti, il contenuto informativo è stato sintetizzato nelle tabelle riportate nella parte allegati della presente relazione. Nel seguito, vengono descritti e commentati gli elementi informativi di maggiore rilevanza.

La domanda di trattamento

Tale argomento costituisce uno dei cinque indicatori chiave proposti dall'EMCDDA. I dati analizzati, sono stati forniti dal Ministero della Salute per quanto riguarda i Servizi pubblici (Ser.T.) e dal Ministero dell'Interno per le strutture del "Privato sociale". Tali dati, al momento del loro invio ai fini della stesura della Relazione al Parlamento, si riferiscono a 508 Ser.T. su 557 esistenti ed a 1208 Strutture del privato sociale censite su 1302 esistenti.

In Italia, coerentemente con quanto rilevato a livello europeo, se pur con una rilevazione parziale, si registra un incremento del numero di soggetti sottoposti a trattamento che, dal 1998 al 2001, è passato da 140.307 utenti a 150.327. E' importante sottolineare che, per quanto riguarda i soggetti trattati presso le strutture riabilitative del privato sociale (residenziali, semiresidenziali e centri di prima accoglienza), i flussi di dati del Ministero della Salute fanno riferimento ai soggetti in carico presso i Ser.T. che risultano in trattamento durante l'anno di riferimento, mentre quelli relativi al Ministero dell'Interno sono rilevati ad un solo giorno dell'anno cioè al 31 dicembre. In altri termini i primi rappresentano tutta la popolazione di soggetti che nel corso di dodici mesi viene sottoposta ad un intervento socio-riabilitativo presso le strutture del privato sociale la cui retta è sostenuta dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN), mentre il secondo rappresenta solo il numero dei soggetti che sono presenti in un determinato giorno, nel nostro caso il 31 dicembre, presso le stesse strutture e comprende sia i soggetti con rette a carico del SSN sia altri soggetti con rette a carico ad esempio della Amministrazione giudiziaria/carceraria, dei singoli, della comunità o delle famiglie.



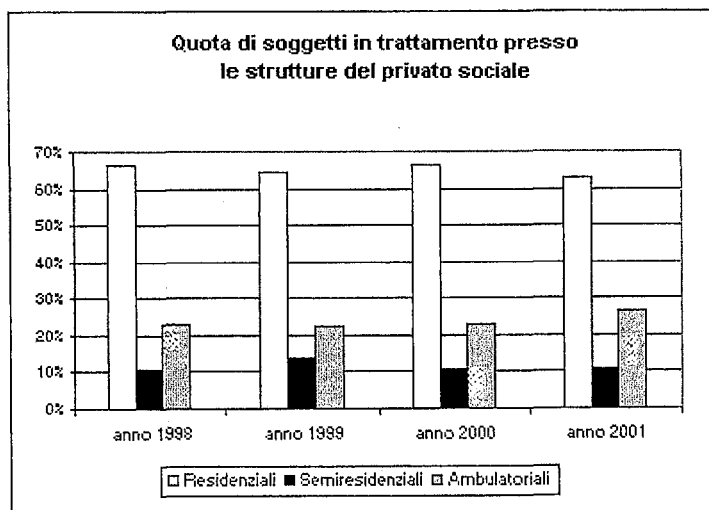
Fonte: Ministero della Salute

Per quanto riguarda i dati forniti dal Ministero dell'Interno relativamente ai soggetti in trattamento presso le strutture del privato sociale, si evidenzia un

trend (1998-2001) in leggero decremento, confermato anche dai dati del Ministero della Salute.

Dai dati forniti dal Ministero dell'Interno, comunque, è possibile distinguere trend differenziati qualora si analizzino le tre tipologie di strutture del privato sociale (residenziali, semiresidenziali, centri di prima accoglienza/strutture ambulatoriali) deputate al trattamento.

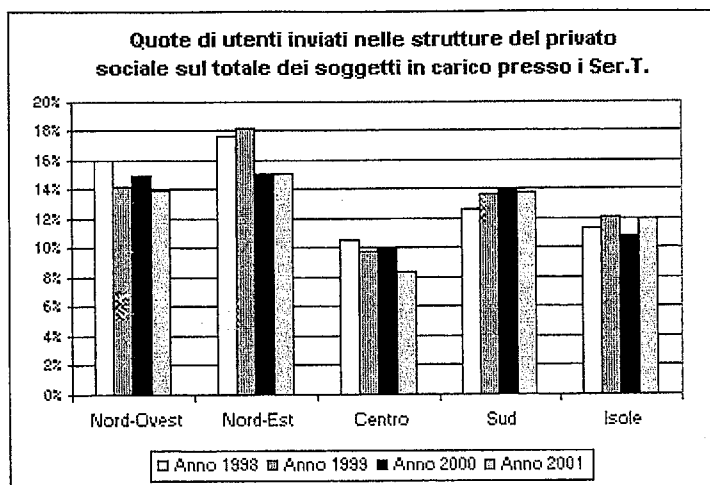
Nello specifico, infatti, si rileva un decremento della percentuale di utenti presso le strutture residenziali (che passano dal 66.3% del 1998 al 62.7% del 2001), una stabilità di quella relativa ai soggetti in trattamento presso le strutture semiresidenziali (circa 10%, fatta eccezione per l'anno '99 in cui si registrava il 13%) ed un incremento di 3 punti percentuali di utenti in trattamento presso i centri di prima accoglienza (dal 23.1% del 1998 al 26.4% del 2001).



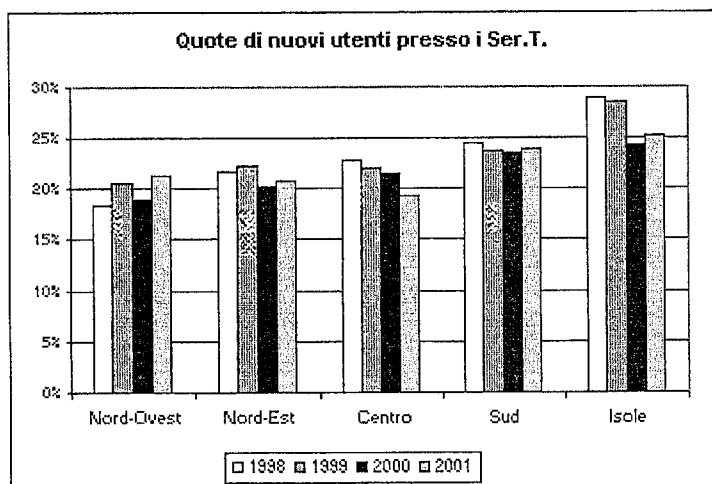
Fonte: Ministero dell'Interno - DCD

I dati forniti dal Ministero della Salute, pur non consentendo di effettuare la distinzione fra le differenti tipologie di strutture, permettono tuttavia di valutare in maniera più approfondita la distribuzione territoriale dei soggetti che dai Servizi Pubblici vengono inviati presso i centri residenziali, semiresidenziali e centri di prima accoglienza.

Nell'anno 2001 si può osservare come la maggior parte degli invii avvengano nelle regioni del nord-est (15%) seguite dal nord-ovest e sud (14%). Nel corso del quadriennio (1998-2001) nell'Italia nord-orientale, inoltre, si conferma la percentuale più elevata di utenti inviati presso le strutture del privato sociale, nonostante si rilevi un decremento tra il 1998 (circa il 18%) ed il 2001 (circa il 15%).



Nel quadriennio 1998-2001, sull'intero territorio nazionale, la percentuale di coloro che si recano per la prima volta nei Ser.T., ha un andamento sostanzialmente stabile: infatti, per tutti gli anni considerati, i nuovi utenti rappresentano circa il 22% del totale dei soggetti in carico. A livello delle singole macroaree, l'analisi del trend 1998-2001, evidenzia un incremento nel Nord-Ovest (dal 18% nel 1998 al 21% nel 2001), un andamento sostanzialmente stabile nelle aree del Nord-Est e del Sud (rispettivamente circa il 21% e 24%), ed un decremento nel centro (dal 23% nel 1998 al 19% nel 2001) e nelle isole (dal 29% nel 1998 al 25% nel 2001).



Nel complesso, i dati sopra citati, forniti dai Ministeri della Salute e dell'Interno, potrebbero indicare una diversificazione dell'offerta di trattamento che deve essere valutata, ad esempio, in relazione allo sviluppo di interventi di rete dove è stato valorizzato il ruolo delle comunità, promuovendo e sostenendo un'offerta diversificata di servizi: centri diurni di terapia e lavoro, servizi ambulatoriali, unità di strada, attività serali e di fine

settimana, disintossicazione nelle strutture di recupero o l'accoglienza di persone nell'ultima fase del trattamento farmacologico.

Lo sviluppo di una rete di servizi permetterebbe, infatti, di adeguare l'offerta di trattamenti in base alla natura diversificata dei bisogni dei singoli utenti.

L'età media degli utenti dei Servizi per le Tossicodipendenze è di circa 32 anni ed il 49% dei soggetti ha un'età compresa fra i 25 ed i 34 anni.

Il confronto tra la distribuzione dei casi incidenti e quelli già presenti in trattamento mostra che le due popolazioni sono diverse per quanto riguarda l'età.

Si rileva, infatti, che la classe d'età modale per i "vecchi utenti" è 30-34 anni (circa il 28%) mentre per i "nuovi casi" la classe modale è fra i 20-24 (circa il 25%).

Sommando le classi di età superiori, si rileva che circa il 49% dei vecchi utenti ha un'età compresa fra i 30 ed i 39 anni, mentre il 45% dei nuovi ha un'età compresa fra i 25 ed i 34 anni.