

PARTE 4

Approfondimenti

Consumi e abitudini assuntive: focus sulle sostanze cosiddette "ricreative"

La peer education: una strada europea per la lotta alla droga fra i giovani del 2000

Il fenomeno delle sostanze stupefacenti tra i giovani

Indicatori della domanda di trattamento: i trattamenti nei servizi territoriali per le tossicodipendenze

Approfondimenti

Consumi e abitudini assuntive: focus sulle sostanze cosiddette "ricreative"

Ad eccezione di Svezia e Finlandia, nell'Unione europea il consumo problematico di stupefacenti è per la gran parte ancora caratterizzato dall'eroina, spesso associata ad altri stupefacenti.

Secondo la Relazione annuale dell'Osservatorio europeo sulle droghe e sulle tossicodipendenze (O.E.D.T.), pubblicata nel 2003, le stime effettuate nei diversi Paesi oscillano tra lo 0.2% e l'1%, per un totale stimato di 1-1,5 milioni di consumatori problematici di stupefacenti.

L'eroina è la sostanza primaria che caratterizza la maggior parte delle domande di trattamento in Europa. In molti Paesi però, subito dopo gli oppiacei, cominciano ad emergere altre sostanze. La cannabis è quella citata con maggiore frequenza tra le domande di trattamento terapeutico. Questo quadro, cui contribuiscono diversi fattori, desta preoccupazione e richiede un approfondimento attualmente all'esame di un apposito gruppo tecnico presso l'O.E.D.T. L'Europa rappresenta il principale mercato mondiale per la cannabis: i 3/4 dei sequestri mondiali si registrano nell'U.E. Dagli indicatori disponibili risulta che il consumo di cannabis in molti paesi europei è in aumento nella popolazione generale, soprattutto giovanile, e tra i giovani, soprattutto nelle zone urbane, diversi elementi suggeriscono che l'ecstasy abbia continuato a diffondersi. Dai dati prodotti a livello europeo, infine, emerge un aumentato consumo di cocaina e i principali indicatori (domanda di trattamento, decessi, sequestri) sembrano giustificare le preoccupazioni circa la sua diffusione nel consumo ed i problemi connessi. L'Europa è anche un'area rilevante di produzione e consumo di amfetamine ed ecstasy. Infine nuove sostanze sintetiche, caratterizzate da una prevalente componente allucinogena, si apprestano ad incrementare la già consistente offerta di sostanze psicotrope nel mercato illecito.

In questo panorama, come emerge da una valutazione della Commissione europea del novembre 2002, puntare alla riduzione della domanda di stupefacenti è un obiettivo prioritario. In tale direzione occorre rivestire la prevenzione di caratteri innovativi, soprattutto in considerazione dei modelli complessi di consumo di sostanze psicoattive e di dipendenza che scaturiscono dalla poliassunzione di droghe ed alcol, e delle pesanti conseguenze sulla salute e sui comportamenti.

Obiettivo dell'U.E. è una riduzione significativa della prevalenza d'uso di sostanze stupefacenti in particolare tra gli adolescenti (sotto i 18 anni). Tale obiettivo è da raggiungere in 5 anni anche attraverso interventi di prevenzione innovativi. Una particolare attenzione viene posta sull'uso di sostanze a fini ricreativi, poiché l'immagine negativa degli eroinomani, la ampia disponibilità/accessibilità ad altre sostanze, hanno influenzato radicalmente la scelta dei più giovani in materia di droghe. La scarsa riprovazione sociale e la mancata percezione dei rischi nei confronti di sostanze usate in ambito ricreativo, l'assenza di ogni informazione sul fattore "vulnerabilità" e "variabilità individuale" ne favoriscono la diffusione nel consumo, l'arruolamento facile di nuovi giovani assuntori, una quota di abuso superiore, abitudini assuntive più complesse ad una più elevata probabilità di andare incontro a dipendenze multiple. Questi elementi giustificano la preoccupazione sul consumo di sostanze psicotrope a fini ricreativi.

PARTE 4

Il cambiamento di abitudini comporta difficoltà nella lettura del fenomeno, nella scelta delle strategie di intervento perché non disponiamo di un sufficiente bagaglio di conoscenze sulla sua dimensione e di strumenti per affrontarne i risvolti sulla salute e sulla sicurezza.

I dati ufficiali al riguardo risultano fortemente sottostimati in quanto si riferiscono ai soli soggetti conosciuti dalle istituzioni, ma gli assuntori di sostanze di tipo "ricreazionale" sono più numerosi, come ricerche sul campo lasciano intravedere. Vecchie e nuove sostanze sono consumate insieme ed in combinazione tra loro originando problemi che iniziano solo ora ad approdare visibilmente ai servizi territoriali. Si avverte la necessità, soprattutto a fini di prevenzione, di trovare strategie più idonee basate su conoscenze raggiungibili attraverso un approccio scientifico, una necessaria sinergia tra ricerca ed operatività sul territorio.

Questa impostazione ha caratterizzato la prima rilevazione nazionale specifica effettuata da una vasta rete di servizi operanti nel campo delle dipendenze rappresentativi della maggior parte delle Regioni in collaborazione con l'Istituto superiore di sanità (I.S.S.).

La ricerca è stata condotta nei servizi territoriali pubblici e del privato sociale. I servizi non rappresentano il luogo privilegiato per osservare il fenomeno delle droghe sintetiche ricreazionali, ma restano l'unico ambito in cui poter rilevare con qualche sistematicità la dimensione della parte emergente del fenomeno, gli effetti psicofisici e le ripercussioni a breve/lungo termine del consumo di droghe "cosiddette ricreazionali" (soprattutto in termini di uso problematico), per identificare luoghi e modalità di consumo, al fine di approntare interventi "sensati" di informazione e prevenzione mirata.

L'uso problematico di "ricreazionali" comincia ad essere visibile anche in queste strutture mettendo gli operatori di fronte alla necessità di differenziare ulteriormente le offerte e gli interventi. Lo studio mirava ad individuare la tipologia dei soggetti che si rivolgono ai servizi per consumo di sostanze "ricreazionali", sostanze diverse da eroina, alcol e cannabis. Mirava a valutare il progressivo modificarsi del riferimento ai servizi da parte degli assuntori di sostanze "ricreazionali" per identificare i percorsi di arrivo, identificare modalità, strumenti e sistemi di intervento utilizzati nella pratica clinica corrente per queste sostanze ancora marginale nell'attività dei servizi.

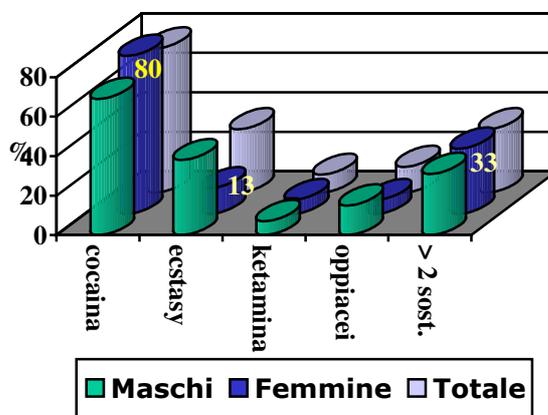
Dai flussi informativi nazionali emergono dati circa la tendenza nel tempo alla diminuzione della proporzione dei problemi da eroina ed un crescente problema legato all'uso di "ricreazionali". Questo trend risulta oggi ancora più evidente per la cocaina. Tra il 1999 ed il 2002, infatti, tra i soggetti in trattamento presso i servizi territoriali, la cocaina ha registrato un incremento del + 80% come sostanza primaria, anche in termini di sostanza secondaria passava dal 21% al 27%. Problemi crescenti legati al consumo di cocaina sono rilevati anche al di fuori dei Servizi sul territorio ed in ambiti di aggregazione giovanile.

Il Ministero dell'interno, sulla base dell'articolo 75 del D.P.R. n. 309/90, considerando la sostanza d'abuso primaria, tra il 2000 ed il 2002, rileva a livello nazionale una riduzione del numero dei nuovi soggetti segnalati per eroina (da 1.093 a 556), ma un chiaro incremento di nuovi segnalati per sostanze "ricreazionali", in primis cocaina, passando da 398 a 886 segnalazioni nel triennio considerato e da 68 a 131 per l'ecstasy. La preferenza accordata alla cocaina tra i giovani consumatori si percepisce anche negli ambiti di aggregazione e ricreativi.

Uno studio condotto dall'I.S.S. in collaborazione con le associazioni del privato sociale Parsec, il Cammino e la Tenda - nell'area romana -, attraverso analisi del capello effettuate in spazio di testa-microestrazione in fase solida (HS-SPME) e gas cromatografia-spettrometria di massa

(GC/MS), ha rilevato che oltre l'80% delle positività riscontrate riguardavano la cocaina (figura 1).

Figura 1. Ambiti ricreativi. Roma 2002. Positività rilevate in HS-SPME GC/MS su capelli (n. 60)

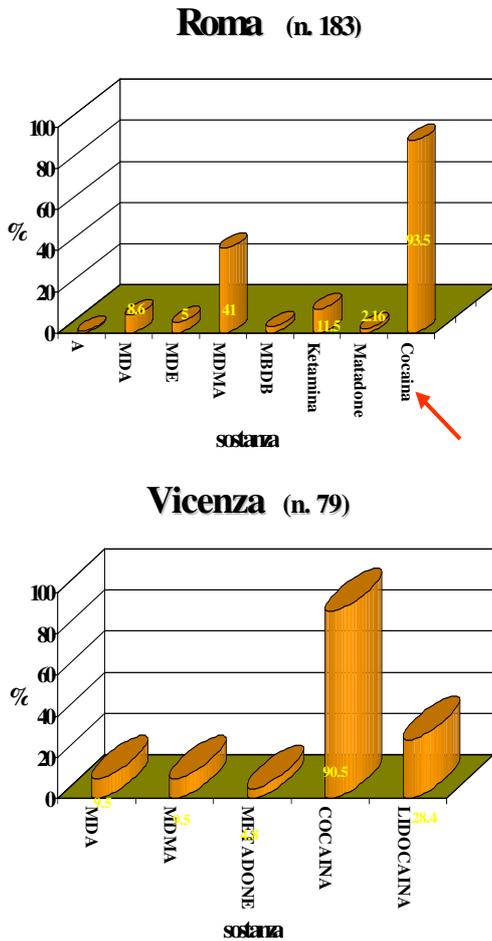


E' da osservare la significativa presenza del genere femminile tra i positivi alla cocaina ed a più di due sostanze con un rapporto sostanzialmente, quanto insolitamente, paritetico tra i due generi.

Tenendo in debito conto la variabilità territoriale, con la stessa metodologia analitico-tossicologica di indagine, nel corso del 2003 sono stati messi a confronto due territori diversi tra loro per quanto riguarda buona parte degli indicatori disponibili. In collaborazione con l'associazione Parsec per l'area romana e con gli operatori del progetto "Blu Runner" della Regione Veneto per l'area vicentina, sono stati analizzati campioni di capelli di oltre 260 giovani soggetti contattati in ambiti aggregativi ricreazionali. Come mostrato dalla figura 2, i due territori mostrano una sostanziale sovrapposibilità in termini percentuali per la cocaina presente in oltre il 90% dei campioni positivi ad una o più sostanze e non di rado ad elevate concentrazioni.

PARTE 4

Figura 2. Ambiti ricreazionali. HS-SPME GC/MS su campioni di capelli nell'area di Roma e di Vicenza. 2003.



La crescente diffusione nel consumo si accompagna ad una regressione dell'età mediana di primo uso. In meno di cinque decenni, infatti, nel nostro Paese si è passati dai 30 ai 17 anni, con punte che toccano i 12-13 anni di età. L'uso di questa, come di altre sostanze, sembra quindi sempre più interessare le fasce adolescenziali della popolazione, soggetti cioè nei quali lo sviluppo neuro-endocrino e psicologico non è ancora compiuto e che quindi presentano una maggiore vulnerabilità ai danni da droghe ed alcol - a breve e a lungo termine -, danni sia sanitari che comportamentali. Già alla fine degli anni '80 emergevano evidenze ad indicare che l'uso di sostanze da parte di un soggetto durante l'adolescenza era correlato a pensieri psicotici nel giovane adulto e che il consumo pesante era associato ad un incremento di ideazioni suicide nel giovane adulto. Sulla base della letteratura corrente, è opinione diffusa che il consumo di droghe ed alcol tra gli adolescenti possa far prevedere una crescita di problemi derivanti da ansia, depressione, disordini di personalità, disturbi del comportamento. Si potrebbe, di conseguenza, ipotizzare la necessità di un maggior supporto da parte di servizi di salute mentale. Diversi studi nella letteratura internazionale, concordano nel prevedere una quota crescente di dipendenze crociate e di comorbidità (combinazione di uso/abuso precoce di sostanze e psicopatologie) in particolar modo nel genere femminile. Questa previsione sollecita attenta riflessione dal momento che

coinvolge la donna non solo come individuo, ma anche come soggetto che culturalmente e socialmente è destinato a prendersi cura della prole e della famiglia oltre che, naturalmente, di se stessa.

L'aumentato consumo di cocaina si riflette anche in altri indicatori di interesse sanitario.

Si rileva, infatti, un incremento significativo delle morti direttamente causate dalla cocaina. I dati forniti dal Gruppo tossicologi forensi (G.T.F.), sulla base di riscontri analitici ed autoptici, sottolineano come la cocaina sia stata rilevata causa del decesso nel 2.8% dei casi sino al 1996, nel 7.9% dei casi tre anni più tardi e nel 13.8% dei decessi nel 2002 registrando un incremento di 11 punti percentuali. E' necessario sottolineare che le morti da cocaina sono certamente sottostimate in base alle seguenti considerazioni:

- le "morti da droga" riportate dal G.T.F. sono quelle nelle quali l'assunzione dello stupefacente ha un ruolo causale nel determinismo del decesso;
- i dati del G.T.F. sono esclusivamente quelli acquisiti direttamente dai componenti del G.T.F. e, pertanto, non possono comprendere la totalità della casistica dal momento che il territorio nazionale non è totalmente "coperto" da sedi universitarie con una sezione di Tossicologia forense e dal momento che la richiesta di accertamenti autoptici con consulenza tossicologica da parte dell'autorità giudiziaria non è capillare;
- la cocaina, determinando patologie cardiovascolari, può contribuire alla morte ed i decessi possono così non essere adeguatamente rilevati.

Il numero dei decessi correlati all'uso di stupefacenti, specialmente se associato ad altri fattori, è considerato un indicatore utile dell'andamento delle forme più gravi di uso di stupefacenti; pertanto, alla luce della diffusione del consumo, alla luce delle abitudini assuntive e nella consapevolezza del coinvolgimento di individui anche molto giovani, l'incremento dei decessi da cocaina è un ulteriore segnale che richiede adeguata attenzione da parte delle istituzioni.

Alla luce dei dati esaminati possiamo ragionevolmente concludere che il consumo di sostanze "ricreazionali", ed in particolare della cocaina, rappresenta un problema da affrontare sotto il profilo della informazione, della prevenzione e della clinica. E' indispensabile una sinergia più stretta tra le istituzioni e competenze diverse, tra ricerca, monitoraggio e informazione.

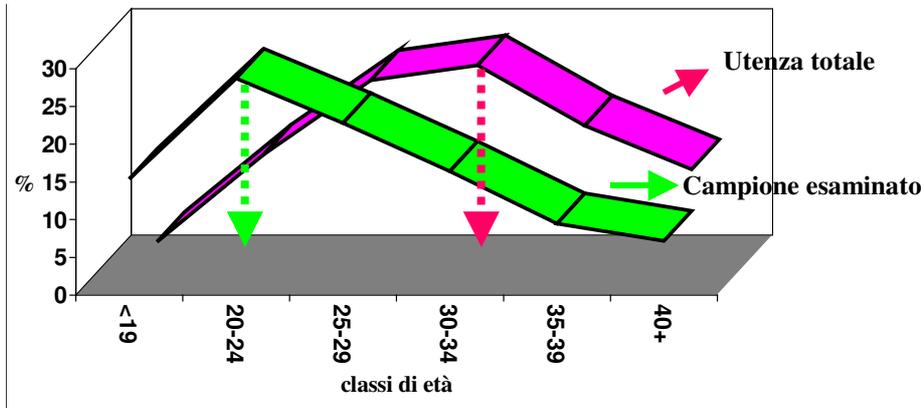
Proprio questa logica ha guidato la *Ricerca sui Servizi e le sostanze "ricreazionali": una rilevazione clinica in Italia*. Si tratta della prima rilevazione specifica a copertura nazionale effettuata da 16 Regioni, le Province Autonome e due rappresentative associazioni del privato sociale operanti nel campo delle dipendenze in collaborazione con l'I.S.S..

La ricerca, la prima in Italia per copertura territoriale ed ampiezza del campione, ha riguardato l'85% del territorio nazionale, il 37% dei Servizi territoriali ed il 42 % della numerosità del campione di interesse riportata dal Ministero della salute per l'anno di rilevazione. Nel campione esaminato (n. 1.911) di soggetti che afferivano ai servizi territoriali per problemi legati a sostanze "ricreazionali" (non eroina, alcol e cannabis) è stato rilevato un 73% di nuovi utenti, di persone cioè che per la prima volta si sono rivolte ad un servizio chiedendo una prestazione specialistica per problemi connessi al consumo di queste sostanze. Il dato potrebbe supporre l'inizio di un'onda lunga, una situazione cioè in cui è ragionevole aspettarsi l'arrivo alle strutture di cura di un numero crescente di persone, anche molto giovani, con problemi connessi a sostanze da tanti erroneamente percepite come prive di rischio. Nel campione, 4 soggetti su

PARTE 4

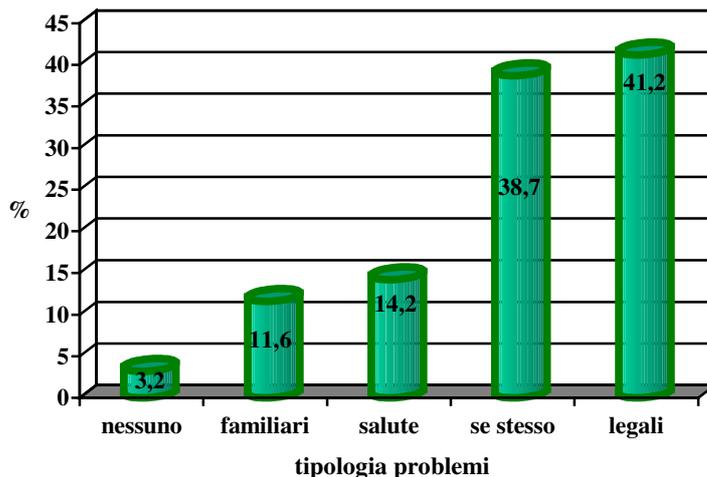
10, è stata effettuata una diagnosi di dipendenza ed un uso problematico veniva rilevato in 1 soggetto su 3, senza significativa distinzione di genere. Altra caratteristica del campione era l'età: questi soggetti erano significativamente più giovani rispetto al resto dell'utenza (figura 3).

Figura 3. Età al momento del contatto nel campione oggetto dello studio nell'utenza totale nazionale relativa all'anno 2000.



Oltre il 44% dei soggetti con problemi da sostanze "ricreative" aveva un'età inferiore ai 24 anni contro il 17% dell'utenza totale dei Servizi. Si trattava pertanto di persone più giovani. Significativa la quota del genere femminile che sotto i 24 anni supera quella maschile contrariamente a quanto avviene nel resto dell'utenza. Inoltre, è interessante notare che il 18% delle persone che richiedono un intervento specialistico per problemi connessi al consumo di "ricreative" non ha ancora compiuto i 20 anni di età. Questo dato è particolarmente interessante perché fornisce indicazioni utili in termini di intervento e di strategie preventive. Altrettanto utili a questo fine sono le indicazioni che emergono dall'analisi delle ragioni che hanno portato questi assuntori ai servizi (figura 4).

Figura 4. Motivazioni del soggetto al momento dell'ingresso nel servizio.



Contrariamente al credere comune che limitava al campo legale i problemi connessi al consumo di sostanze "ricreative", quasi il 39% dei soggetti chiedeva, di propria iniziativa, un intervento per smettere di usarle. Il 14% del campione presentava problemi di salute conclamati, in parte anche per problemi gravi di ansia; l'ansia è un problema che incide profondamente sulla qualità della vita, non solo dal punto di vista della salute, ma anche

da un punto di vista relazionale e può facilmente scadere in veri e propri problemi psichiatrici.

Eventi psichiatrici legati all'assunzione di queste sostanze già caratterizzano il 16% del campione contro il 10% stimato nella popolazione generale. Essi sono significativamente più presenti nel genere femminile e tra i nuovi utenti. La tendenza all'incremento rilevato nel nostro campione sembra sostenuta dalla constatazione negli ultimi anni di un incremento della comorbidità psichiatrica anche nell'utenza globale dei servizi. Ciò sembrerebbe cronologicamente anche coincidere con l'uso progressivamente in crescita delle sostanze oggetto della ricerca e con un comportamento assuntivo impostato sul policonsumo. In parallelo si osserva un accentuarsi dei disturbi del comportamento, più marcate forme di ansia e di aggressività in individui giovani. La ricerca ha inoltre rilevato una stretta connessione tra eventi psichiatrici ed esperienze traumatiche di vario genere.

In sintesi, quindi, gli utenti per sostanze "ricreazionali" sono persone giovani che non si sono mai rivolte in precedenza ad alcun servizio, che hanno già sviluppato problemi di salute, sociali e relazionali per i quali hanno bisogno di un intervento specialistico.

Una considerazione specifica merita l'analisi del luogo preferito di consumo. Contrariamente ad ogni aspettativa, nel 40% dei casi si preferisce consumare queste sostanze in casa, seguono i locali pubblici, i giardini e la strada. All'ultimo posto lo stadio. E' opportuno sottolineare che 1 soggetto su 3 utilizza sostanze considerate socializzanti e "ricreazionali" in solitudine o con il partner nell'ambito delle mura domestiche. Alcune ipotesi sostengono che il consumo di queste sostanze ha assunto tanto il connotato di normalità da prescindere dal contesto specifico di consumo; altre ipotesi puntano ad un uso di tipo "automedicazionale". Questa tendenza era già stata rilevata in uno studio multicentrico europeo (Snow-ball Study) condotto, per l'Italia, nell'area romana in un campione di cocainomani. Si era rilevato che soprattutto le donne usavano cocaina con questa finalità, per sedare l'ansia, diminuire la depressione, ridurre la noia. Ma più consumavano cocaina e più cadevano nella depressione, nell'ansia e nella noia il che portava a consumare sempre più cocaina. Si instaurava un circolo vizioso che portava a problemi con una velocità esponenziale.

Alla luce delle indicazioni forti emerse dalla ricerca sugli assuntori di sostanze ricreazionali presso i servizi territoriali italiani e delle considerazioni sin qui riportate, è sensato chiedersi verso quale prevenzione pensiamo di andare.

La strategia politica del Governo nel settore della prevenzione terrà conto anche delle indicazioni emerse da questa ricerca.

La peer education: una strada europea per la lotta alla droga fra i giovani del 2000

L'Unione europea e l'Organizzazione mondiale della sanità (O.M.S.) hanno indicato l'educazione "life skills" come uno degli obiettivi prioritari dell'educazione delle nuove generazioni: da anni promuovono "programmi life skills" e progetti di "peer education" come percorsi educativi efficaci per i giovani, in quanto permettono di elaborare strategie di intervento per prevenire il disagio all'interno e all'esterno dell'ambiente scolastico.

A livello internazionale il termine "life skills" viene utilizzato per indicare le competenze psicosociali e le capacità che mettono in grado gli individui di affrontare efficacemente le esigenze e i cambiamenti della vita quotidiana.

Le "life skills" fondamentali, trasversali a tutte le altre, identificate dall'O.M.S. (1992) sono:

1. problem solving: affrontare e risolvere in modo costruttivo i problemi quotidiani;
2. pensiero critico e pensiero creativo: analizzare la situazione in modo analitico, esplorando le possibili alternative e trovando soluzioni originali;
3. comunicazione efficace: esprimersi in modo appropriato alla situazione e all'interlocutore, sia a livello verbale sia a livello non verbale;
4. empatia: riconoscere, discriminare e condividere le emozioni degli altri;
5. gestione delle emozioni e gestione dello stress: riconoscere e regolare le proprie emozioni e gli stati di tensione;
6. efficacia personale: convinzione di poter organizzare efficacemente una serie di azioni necessarie a fronteggiare nuove situazioni, prove e sfide;
7. efficacia collettiva: sistema di credenze, condivise da un gruppo, circa la capacità di realizzare obiettivi comuni.

La crescente diffusione dei progetti "life skills" riflette la tendenza, che si sta diffondendo sempre più, ad un approccio olistico all'educazione preventiva, come reazione all'evidente fallimento delle strategie di "shock" e alle campagne incentrate sul "just say no" (rifiuto). L'educazione alle "life skills" è molto più di una strategia di prevenzione: rappresenta il riconoscimento del diritto-dovere dei giovani ad assumere la responsabilità della propria salute e del proprio percorso formativo e del diritto-dovere d'intraprendere azioni positive per sé promuovendo relazioni sociali costruttive ed efficaci (O.M.S. 1997). Per facilitare l'apprendimento delle "life skills" sono utilizzate diverse metodologie: peer education, azioni di skills, discussioni e lavoro di gruppo, sottogruppo e di intergruppo, dibattiti, brainstorming, role-playing. Questi metodi costituiscono ciò che più chiaramente distingue i programmi di life skills dalle iniziative di divulgazione informativa largamente diffusi, anche all'interno delle scuole. Nel 1997 l'Unione europea promosse la realizzazione di progetti di prevenzione alla salute che utilizzassero la peer education come metodologia privilegiata per i giovani dai 13 ai 25 anni. Attraverso una serie di incontri internazionali, a cui hanno partecipato delegati delle diverse nazioni, si è arrivati all'elaborazione delle guidelines europee che necessitano di essere calate nella realtà locale e di essere concretizzate in azioni educative contestualizzate (1999, European Conference, Malmo).

PARTE 4

La peer education è definita come un metodo educativo in base al quale alcuni membri di un gruppo vengono responsabilizzati, formati e reinseriti nel proprio gruppo di appartenenza per realizzare precise attività con i propri coetanei. Si tratta di un approccio complesso che richiede un'efficace strategia di progetto, un'accurata formazione ed un costante monitoraggio dei processi attivati.

Dall'inizio degli anni novanta, la peer education si è diffusa in tutta Europa ed essa è attualmente considerata una delle metodologie più efficaci che suscita entusiasmo nei giovani e negli educatori come un approccio nuovo (per i giovani dai 13 ai 25 anni) che mette in discussione il ruolo dell' "esperto" tradizionale (Svenson, 1999). La scuola è uno dei contesti educativi privilegiati in cui promuovere programmi di peer education, in quanto può favorire l'assunzione di un ruolo responsabile ed attivo da parte degli studenti, dei docenti e dei genitori all'interno dell'istituzione.

Nel 1998 quindici stati membri della Comunità europea, la Repubblica Ceca, l'Unicef, l'WHO Europe e l'UNAIDS hanno costituito un network con l'intento di riunire - in un'ampia e variegata coalizione di progetto - esperti, giovani, ricercatori, associazioni e Ministeri dell'educazione e della sanità per sviluppare nuove linee guida per un intervento di formazione sistematico e significativo nell'ambito dell'educazione alla salute e della prevenzione del disagio giovanile. A tal fine, è stato elaborato il progetto Europeer, denominato "Piano di azione congiunta europea sulla peer education tra i giovani all'interno e all'esterno del contesto scolastico" la cui realizzazione è entrata attualmente nella sua terza fase. Nella prima fase sono state delineate le linee guida internazionali su cui modellare i percorsi formativi realizzati dai singoli partners in diversi contesti educativi. Nella seconda fase, che si è conclusa nel mese di marzo 2002, ogni Paese dell'Unione europea ha condotto su scala nazionale un'analisi dei bisogni tra i giovani e attualmente si sta elaborando una mappatura dei progetti e della letteratura di ricerca. Nel corso dell'anno, gli stati membri si sono preparati a istituire appositi Centri nazionali.

La mission educativa condivisa dal network dei Paesi membri è la seguente: "La mission del Network Europeer è di sostenere, promuovere e sviluppare in Europa le iniziative di peer education tra i giovani focalizzate sull'educazione alla salute e sulla promozione e raggiungimento delle life skills affrontandone le relative problematiche" (Malmo, 2000).

Il network sostiene e promuove, in accordo con quanto previsto dalla Convenzione O.N.U. (1989) sui diritti dei minori, il principio che riconosce nei giovani il fondamento sul quale fondare lo sviluppo delle politiche riguardanti la salute e i progetti nazionali per la lotta al disagio scolastico e sociale. Nei Paesi dell'Europa dell'Est, dove spesso la situazione dei giovani è scioccante in relazione ai temi dei diritti e della salute, la rete Europeer è al momento impegnata nella valutazione e nello sviluppo della peer education e dell'educazione alle life skills per conto di cinque agenzie della Organizzazione delle Nazioni Unite. All'interno del programma Europeer è estremamente difficile e complesso confrontare tra loro i vari progetti realizzati e valutarne i risultati, poiché esistono notevoli differenze determinate dalle caratteristiche demografiche e dalla cultura dei gruppi target, quali il contesto e l'ambiente socio-economico, la formazione e la motivazione ad agire dei vari peer educator, il contenuto e la fasi dei programmi di attuazione, gli scopi e gli obiettivi dei progetti, i relativi percorsi di formazione e le diverse metodologie di valutazione impiegate. Tuttavia, basandosi sulle guidelines, sulla letteratura di ricerca e sui vari monitoraggi internazionali (Svenson-Tripp, 2001) effettuati, si è riusciti ad individuare alcuni modelli teorici e metodi di valutazione a cui fa riferimento la maggior parte dei Paesi europei per realizzare i progetti di peer education in ambito di prevenzione della salute.

La scala della partecipazione di Hart (1992): un modello per tutti i Paesi Europei

La scala di Hart analizza, in ordine crescente, le varie modalità di partecipazione che gli studenti possono mettere in atto a scuola, sottolineando le responsabilità dei docenti nel promuovere o meno le condizioni per una loro partecipazione reale ed efficace ai progetti di prevenzione che li riguardano.

Manipolazione. Se nei giovani non viene promosso lo sviluppo di un buon livello di efficacia personale e collettiva, essi tendono più facilmente al conformismo per vincere l'ansia; se non conoscono o non comprendono le problematiche dell'ambiente in cui sono inseriti, perché non sono stati adeguatamente informati, non possono partecipare in modo consapevole alla realtà che li circonda facendosi condizionare e manipolare da parte degli adulti e del gruppo.

Marginalità. Si tratta del gradino direttamente superiore alla "manipolazione": gli adulti sostengono una causa fingendo che sia stata direttamente indicata dagli studenti. In questo caso, i giovani sono strumentalizzati dagli adulti che mirano a sostenere la propria causa in maniera indiretta.

Rinforzo. Ai giovani viene data la possibilità di esprimere le proprie opinioni, ma nella pratica le possibilità di scelta sull'argomento trattato ed il relativo stile comunicativo sono molto limitate e gli studenti hanno ben poche o addirittura nessuna possibilità di formulare proprie opinioni. In questo modo, viene comunque rinforzato indirettamente il ruolo decisionale degli adulti

Subordinati, ma ben informati. A questo livello si può parlare di partecipazione consapevole: i giovani comprendono gli scopi del progetto; sanno chi ha deciso di coinvolgerli e ne conoscono i motivi; svolgono un ruolo significativo; hanno accettato di partecipare al progetto dopo che ne sono stati spiegati i contenuti, gli obiettivi e i percorsi.

Consultati e informati. Il progetto è definito e gestito dagli adulti, ma gli studenti ne comprendono i processi e le loro opinioni sono prese in seria considerazione per apportare modifiche ai programmi in atto. I progetti vengono avviati dagli adulti, ma i giovani sono coinvolti nel processo decisionale.

Iniziativa e gestione da parte di studenti. Il processo decisionale avviene condividendo le proprie opinioni con gli adulti. Progetti di questo tipo sono rari e non certo perché gli adolescenti non desiderino rendersi protagonisti, ma principalmente perché sono poco consultati durante la fase di elaborazione dei programmi che li riguardano o perché non possiedono sufficienti strumenti ed occasioni di partecipazione attiva e consapevole ai vari momenti della vita scolastica.

Il programma di sperimentazione italiano

Finalità ed obiettivi

A livello internazionale i programmi di educazione alla salute superano oramai il concetto riduttivo di "malattia" o del "disturbo patologico" e definiscono "la salute" come benessere psico-fisico e valorizzazione delle potenzialità di ogni individuo (O.M.S. 1990). In questa prospettiva la scuola riconosce la promozione della salute come finalità sottesa a tutto il curriculum formativo. In quest'ottica, è stato realizzato il programma triennale di sperimentazione (2000 -2003) del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca: "La peer education: una strada europea per la lotta alla droga fra i giovani del 2000" con tre finalità principali:

PARTE 4

- seguire le indicazioni della Comunità europea (peer education for health – guidelines 1998) e dell'O.M.S. (life skills program, 1997) in ambito di prevenzione delle tossicodipendenze fra i giovani per avviare una sperimentazione nazionale con criteri di valutazione definiti e standard di qualità certi;
- offrire alle Province coinvolte, attraverso un'attiva collaborazione con l'Università, percorsi innovativi per prevenire e combattere le dipendenze e la dispersione scolastica fra le nuove generazioni;
- promuovere la nascita di un sistema di servizi integrato sul territorio che veda la scuola come catalizzatore delle esperienze messe in atto.

Il programma ha avuto come obiettivo fondamentale quello di attivare progetti di educazione alle life skills (le competenze psicosociali) utilizzando la metodologia della peer education (educazione fra pari), affinché ogni studente fosse messo in grado di inserirsi attivamente nella propria comunità scolastica: attraverso l'esercizio della cittadinanza studentesca l'alunno può implementare quelle skills necessarie ad una piena integrazione sociale. La partecipazione studentesca diventa uno strumento per prevenire e combattere il disagio giovanile, per sostituire all'estraneità il senso di appartenenza, per evitare la frustrazione e l'auto-emarginazione.

Il programma ha riconosciuto nella scuola il suo centro catalizzatore e nel raccordo con la ricerca universitaria il suo fondamento scientifico.

Soggetti coinvolti

Il progetto coinvolge 20 Province, 120 scuole superiori, 480 classi di II o III anno, studenti, docenti, genitori, dirigenti scolastici, università, IRRE, Enti locali che hanno costituito una coalizione di progetto a livello provinciale e di singolo istituto scolastico e si articola in una molteplicità di progetti formulati dalle singole classi su aree di miglioramento legate alla prevenzione delle dipendenze.

Schema delle modalità di lavoro adottate

Il comitato tecnico – scientifico costituito a livello nazionale ha provveduto ad elaborare i percorsi di formazione e di valutazione sugli aspetti progettuali comuni a tutte le Province coinvolte.

In ogni scuola sono stati individuati e formati i docenti – tutor - che hanno definito il gruppo target fra gli studenti; ogni classe, opportunamente guidata, ha individuato l'area di miglioramento e i peer educator – studenti - che sono stati scelti e formati con criteri modulati secondo i diversi progetti da realizzare in ogni contesto territoriale. Il docente referente per l'educazione alla salute, presente in ogni provincia, ha svolto un ruolo di monitoraggio e di consulenza durante ciascuna fase del progetto definendo gli incontri con l'Università per garantire i percorsi di implementazione e di valutazione.

Scelte operative e di pianificazione / i docenti tutor

Alla luce di quanto esposto, la peer education costituisce una strategia particolarmente efficace per l'educazione alle life skills in ambiente scolastico, poiché è uno strumento pedagogico innovativo ed alternativo che può migliorare il rapporto tradizionale insegnante/allievo, "trasformando" gli studenti in agenti di cambiamento. "Ciò comporta per gli insegnanti il dovere di accompagnamento dei giovani, non solo nel mondo della cultura ma nella vita della scuola e della società organizzata per facilitare i percorsi, evitare gli insuccessi, rafforzare le motivazioni alla crescita" (Carta europea di Roma, 1994). I docenti, per sfruttare al meglio le opportunità offerte dalla peer education devono "ripartire" da ciò che i propri studenti pensano sulle tematiche da affrontare anche se i loro pareri possono sembrare superficiali o non convenzionali; è fondamentale che gli

studenti percepiscano che la collaborazione con il proprio docente è improntata ad atteggiamenti di apertura, di rispetto e di fiducia reciproci. Nella peer education gli studenti, assumendo varie iniziative appositamente predisposte per coinvolgere i coetanei, diventano veri e propri agenti di cambiamento delle conoscenze, degli atteggiamenti, delle credenze e dei comportamenti all'interno di un determinato gruppo target. Prima di scegliere i futuri peer educator, bisogna considerare gli obiettivi che il singolo progetto si prefigge; le esperienze finora realizzate si sono proposte per lo più la diminuzione dell'uso di sostanze tossiche o della microcriminalità o la prevenzione dei comportamenti dannosi alla salute. Il ruolo dell'adulto è importante e delicato: egli deve evitare il pericolo dell'insorgere di disagio nei peer educator a causa dell'insufficiente elaborazione delle informazioni e dell'ansia provocata dalla responsabilità assunta nei confronti del gruppo.

Formulare e definire un progetto di peer education comporta difficoltà particolari legate soprattutto alla compresenza in tutte le fasi (monitoraggio dei bisogni, individuazione degli obiettivi, definizione del percorso, attuazione e valutazione) di docenti e studenti: nell'attuazione di un corretto programma di peer education non si assiste mai ad una confusione di ruoli o di competenze. Preparare bene i peer educator significa fornire informazioni chiare circa l'obiettivo e l'argomento da affrontare, renderli consapevoli del loro ruolo, raccomandare riservatezza e coerenza di comportamento. Sostenere validamente i peer educator, significa rispettare correttamente il ruolo che è stato loro assegnato e contemporaneamente essere disponibili alle richieste di chiarimento o di aiuto, costituire un punto di riferimento per tutta la durata del progetto con una continua attività di monitoraggio e revisione tanto costante quanto discreta.

Da tutto ciò si evince l'estrema delicatezza della posizione del docente tutor che deve essere opportunamente formato nella convinzione che gli studenti e la classe siano una risorsa imprescindibile del percorso educativo. L'instaurarsi di un rapporto di fiducia tra i peer educator e il docente tutor è, di per sé, un risultato positivo in quanto esperienza di comunicazione efficace e di cooperazione costruttiva tra giovani ed adulti e costituisce un elemento indispensabile per il successo del progetto. Naturalmente ogni progetto di peer education è originale ed ha percorsi di sviluppo propri; in tutti però il gruppo target, i peer educator e i docenti tutor sono il perno intorno al quale ruota l'azione educativa. La presenza e il continuo monitoraggio da parte della coalizione di progetto permetterà di integrare i percorsi individuati nel Piano dell'offerta formativa (P.O.F.) di ogni scuola. E', inoltre, indispensabile la collaborazione attiva di un "supervisore" che coordini le varie fasi e le persone coinvolte, formatori, educatori, valutatori.

La pianificazione prevede le seguenti operazioni:

- analisi dei bisogni ed individuazione degli obiettivi prioritari;
- creazione della coalizione di progetto idonea;
- analisi della tipologia del gruppo classe;
- individuazione dei criteri per scegliere i peer educator;
- individuazione dei docenti tutor;
- sviluppo di un modello di progetto;
- nomina di un coordinatore di progetto;
- definizione delle metodologie e dei tempi di valutazione;
- sviluppo di un piano d'azione;
- predisposizione delle attività di formazione dei peer educator;
- predisposizione delle attività di sostegno;
- predisposizione della formazione dei docenti;
- realizzazione delle attività in classe.

PARTE 4

E' importante definire obiettivi precisi e circostanziati che permettano di condurre un'azione ben definita e di enucleare indicatori e criteri di valutazione precisi che permettano di misurare l'efficacia dei processi. Qualunque sia l'obiettivo prescelto, è indispensabile che sia condiviso dalla classe e considerato efficace per il raggiungimento del benessere individuale e collettivo. Durante lo svolgimento del progetto i peer educator avranno modo di migliorare le proprie competenze psicosociali e grazie alla loro azione sarà possibile per gli adulti entrare in relazione più profonda con gli studenti non essendo percepiti come "invasori" del loro mondo per imporre i propri valori, ma come facilitatori di apprendimento e presenze competenti a cui rivolgersi con fiducia perché capaci di ascolto senza pregiudizi. Se il piano d'azione deve essere puntuale, il modello di progetto va concepito come un insieme di azioni dinamico e flessibile in grado di adattarsi e modificarsi in rapporto all'evoluzione delle dinamiche relazionali, agli esiti della valutazione in itinere e secondo i suggerimenti dei peer educator. Nelle prime fasi del progetto potrebbe essere necessario un maggiore controllo da parte dei docenti tutor che progressivamente dovrebbe attenuarsi fino alla completa autonomia dei peer educator nell'ambito del percorso e delle attività concordate insieme.

Formazione

La formazione è stata affidata all'Associazione Crescere Onlus che ha elaborato, in collaborazione con il comitato tecnico – scientifico nazionale, specifici moduli su life skills e peer education indirizzati a docenti, studenti e genitori, garantendo momenti formativi di carattere nazionale e provinciale.

In generale, il contenuto dei programmi di formazione dei peer educator può essere diviso in quattro sezioni:

1. miglioramento, sviluppo di conoscenze legate all'area di miglioramento scelta;
2. acquisizione di strategie per lavorare in gruppo;
3. acquisizione e sviluppo di skills di comunicazione efficace;
4. supervisione e sostegno.

La prima e l'ultima sezione sono strettamente legate ad ogni singolo progetto e alle dinamiche relazionali che si genereranno all'interno di ogni gruppo; la seconda e la terza presentano contenuti e modalità più generici. La prima sezione risponde alla necessità di fornire conoscenze chiare e corrette circa l'obiettivo e il contenuto del progetto per mettere in grado i futuri peer educator di rispondere alle domande dei coetanei o di intervenire nella vita del gruppo per correggere credenze, visioni distorte e per decodificare messaggi più o meno espliciti. Devono, quindi, comprendere pienamente l'argomento trattato, essere regolarmente aggiornati ed avere la possibilità di consultare facilmente i docenti tutor e gli esperti in caso di necessità.

La seconda sezione formativa affronta le problematiche relative alle differenze interpersonali, alla comprensione e al rispetto dell'altro, esaminando anche le dinamiche che portano al pregiudizio ed alla discriminazione. Proprio accettando il confronto e mettendosi in discussione, analizzando le proprie credenze, i pregiudizi e le debolezze, gli studenti potranno acquisire metodi e strategie efficaci per lavorare in gruppo con i propri compagni. Nella terza sezione i giovani affronteranno la formazione volta all'acquisizione delle "life skills" indispensabili per l'esercizio del loro ruolo. Inoltre dovranno acquisire tecniche per comunicare in modo semplice ed immediato, per condurre efficacemente le attività di gruppo, sapendo moderare eventuali dibattiti, per gestire le proprie emozioni, per riportare la discussione nei confini del problema in esame e nei termini di un confronto costruttivo. La quarta sezione prevede che anche il monitoraggio e la revisione delle azioni realizzate siano un

momento formativo per i peer educator. Gli interventi di sostegno dovranno prevedere regolari incontri di supervisione, la cui frequenza dipenderà dall'età e dal grado di maturità dei peer educator, che saranno aiutati a definire e pianificare i loro interventi e a mediare eventuali conflitti e differenze d'opinione; seguiranno momenti di sostegno tecnico per dare ulteriori informazioni, fornendo risposte ed aiuto nell'organizzazione delle diverse attività curricolari o extracurricolari.

Per la riuscita del progetto è decisivo anche il ruolo del docente coordinatore della scuola che delinea le caratteristiche del programma e provvede alla organizzazione del piano d'azione. Egli dovrà creare e curare i rapporti con la coalizione di progetto, con gli enti coinvolti in rete, con le famiglie, i peer educator ed il gruppo target. Il docente tutor, che può coincidere o meno con il docente coordinatore, si occuperà della supervisione dei momenti formativi dei peer educator e dovrà mantenere regolari contatti con i giovani per verificare l'eventuale necessità di un intervento di sostegno; è quindi indispensabile che sappia comunicare con loro e che condivida l'avventura del gruppo nel processo di miglioramento intrapreso.

Per concludere, le attività di sostegno ai peer educator possono essere così sintetizzate:

- fornire informazioni aggiornate e dare accesso al servizio di consulenza degli esperti;
- organizzare attività di formazione continua per tutta la durata del progetto;
- organizzare incontri strutturati e periodici nel corso dei quali possano essere delineati nuovi interventi all'interno della classe;
- "riorientare" i peer educator al compito quando necessario;
- assicurarsi che la nuova dinamica di gruppo avvii funzioni bene e contribuisca alla soluzione dei problemi che emergono durante il percorso;
- ottenere un feed-back continuo da parte dei ragazzi garantendo il sostegno psicologico quando le cose non funzionano come dovrebbero e intervenire quando sorgono problemi tra i peer educator.

Valutazione

La valutazione del programma è stata affidata al Centro Interuniversitario per la Ricerca sulla Genesi e sullo Sviluppo delle Motivazioni Prosociali ed Antisociali dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza". Il Centro è costituito da 5 facoltà di psicologia: Padova, Roma, Napoli "Università Federico II", Milano "Università Cattolica del Sacro Cuore", Firenze.

I tre anni di valutazione hanno previsto la somministrazione di questionari appositamente elaborati per tutte le componenti scolastiche coinvolte direttamente nel progetto, interviste telefoniche al docente referente provinciale e schede di analisi degli incontri di implementazione, per un totale di 10.984 questionari esaminati:

- questionari del gruppo di progetto: n. 6.287
 - dirigenti scolastici: 158
 - studenti: 3.019
 - docenti: 1.073
 - genitori: 2.037
- questionari del gruppo di controllo: n. 4.697
 - dirigenti scolastici: 85
 - studenti: 2.582
 - docenti: 645
 - genitori: 1.655

PARTE 4

I primi risultati che stanno emergendo dalla fase di valutazione finale sono soddisfacenti: si sono rilevati miglioramenti nel clima della classe, nella motivazione, nell'apprendimento e negli indici di rischio di disagio psico-sociale.

Esempio di percorso realizzato ed inserito nel Piano dell'Offerta Formativa Area di miglioramento: lotta all'uso di ecstasy al sabato sera (Padova)

Situazione delle classi: in alcune classi emerge il fenomeno ecstasy in seguito al ricovero di un compagno in ospedale per aver mescolato ecstasy ed alcool. Altri studenti affermano di aver fatto uso di anfetamine durante il sabato sera; quando la classe si riunisce con il docente - tutor per individuare l'area di miglioramento su cui lavorare alcuni ragazzi suggeriscono di affrontare insieme l'argomento.

Soggetti coinvolti: nove classi del primo e del secondo anno, associazioni di volontariato, A.S.L.

Attività: si decide insieme alla classe di conoscere meglio i luoghi, i linguaggi, la musica, i gruppi che animano la città durante la notte del sabato, attesa per tutta la settimana.

Finalità generali: sviluppo del senso di efficacia personale e collettiva, potenziamento della capacità di resistere alle pressioni del gruppo dei pari, sviluppo del pensiero critico e divergente, applicazione del metodo della peer education per la prevenzione delle dipendenze fra gli adolescenti, sperimentazione di nuove modalità di lavoro fra pari e fra studenti e insegnanti, elaborazione di un curriculum opzionale condiviso con la classe da inserire nel P.O.F.

Obiettivi specifici: acquisizione di conoscenze circa la pericolosità dell'ecstasy, rafforzamento dei comportamenti e degli atteggiamenti positivi e di resistenza all'uso di droghe attraverso un'alleanza solidale ed assertiva tra giovani e tra giovani ed adulti, introduzione di elementi di critica nella cultura "underground" dei giovani assuntori mettendo in evidenza paradossi e incoerenze della vita da "sballo" ricercata.

Criteri di scelta dei peer educator: sensibilità al problema, competenza nella comunicazione con i coetanei, popolarità, eventuale coinvolgimento personale in tali esperienze. La scelta è effettuata dagli studenti del gruppo di interclasse coinvolto. Inoltre, per alcune attività, sono stati individuati come peer educator gli stessi rappresentanti eletti dagli studenti.

Sequenze:

- costituzione di una coalizione di progetto e tavolo di lavoro costituito da: esperti A.S.L. e di associazioni di volontariato, rappresentanti degli studenti, peer educator, docenti tutor, genitori rappresentanti delle classi coinvolte, dirigente scolastico, docenti referenti alla salute;
- 10 incontri settimanali di formazione dei peer educator: informazione scientifica sulle conseguenze cliniche del consumo di sostanze stupefacenti; esercitazioni nelle tecniche di comunicazione empatica ed assertiva; nozioni sulla peer education;
- esame del problema e scelta delle modalità di conduzione di una campagna di dissuasione e delle attività da realizzare in classe.

Si parte con l'elaborazione di un questionario da distribuire all'interno della propria scuola. Il docente - tutor riesce a coinvolgere il consiglio di classe e i rappresentanti di classe e d'Istituto che appoggiano l'iniziativa. Dopo aver analizzato la "fotografia" dei diversi gruppi di giovani e delle loro attività notturne si decide di ritrovarsi ogni sabato sera per sei settimane per conoscere ed approfondire la realtà notturna della propria città. Vengono elaborate schede, interviste, questionari.

Il gruppo di interclasse viene suddiviso in 5 sottogruppi (ognuno è coordinato da un peer educator). Ogni sottogruppo si occuperà di una realtà giovanile. Ogni lunedì si esamineranno i dati, i video, i nastri registrati con l'aiuto dei docenti e degli esperti, soprattutto si cercheranno di analizzare i "vissuti" e le pressioni del gruppo sui ragazzi in base ai diversi ambienti frequentati. Inoltre, sono stati elaborati spot per la produzione di T-shirt da distribuirsi gratuitamente nelle scuole e nei luoghi di aggregazione giovanili.

Questa prima fase è durata per quattro mesi. Nella seconda parte dell'anno si è passati all'individuazione di percorsi e di attività di prevenzione da realizzare con i propri coetanei anche di altre classi e di altre scuole innescando un meccanismo di rotazione fra i peer educator. I docenti - tutor si sono impegnati nell'elaborazione con il supporto di esperti dell'A.S.L. di strumenti di valutazione delle esperienze realizzate; il collegio dei docenti ha deciso, in seguito, di inserire tale percorso formativo all'interno del P.O.F. Inoltre, è stata prevista una mostra aperta al pubblico che raccolga tutti i lavori dei ragazzi realizzata in collaborazione con l'Assessorato per le politiche giovanili della città.

- verifica periodica tramite riunioni del gruppo di progetto;
- valutazione di una parte del percorso da parte dell'A.S.L. secondo criteri e modalità individuate insieme ai consigli di classe.

Modalità di lavoro: orario curricolare con ore di compresenza in gruppi di interclasse, orario extra-curricolare per le attività "notturne" con la supervisione del docente - tutor.

Il programma di sperimentazione triennale illustrato è uno dei progetti finanziati dalla Presidenza del Consiglio con i fondi per la lotta alla droga e decreto del Ministro degli Affari Sociali del 28 luglio 2000.

Il fenomeno delle sostanze stupefacenti tra i giovani

La popolazione giovanile considerata nel presente approfondimento si riferisce ai soggetti fino ai 19 anni di età. E' sembrato importante concentrare l'attenzione dell'osservazione e della descrizione del fenomeno proprio all'interno di tale ambito in cui, affermandosi sulla scena del consumo nuovi comportamenti e modalità di assunzione, è necessaria una programmazione adeguata nell'organizzazione della risposta istituzionale che possa fare riferimento a dati provenienti sia da studi specifici di tipo epidemiologico, sia da sistemi di rilevamento continui sull'impatto dei giovani con le strutture istituzionali di contrasto del mercato e di intervento terapeutico e riabilitativo.

In linea con quanto riportato nella prima parte della presente relazione vengono presentati tutti i flussi che possono fornire informazioni di dettaglio sulla popolazione giovanile:

- uso di sostanze tra la popolazione scolarizzata (indagine ESPAD);
- domanda di trattamento;
- decessi droga correlati;
- criminalità droga correlata;
- segnalazioni per possesso di sostanze;

Uso di sostanze tra la popolazione scolarizzata

In base ai dati disponibili sull'uso di sostanze nella popolazione giovanile, ci si riferisce di seguito all'indagine ESPAD Italia 2003 realizzata dal Consiglio Nazionale delle Ricerche – Sezione di Epidemiologia dell'Istituto di Fisiologia Clinica, relativa all'utilizzo di sostanze lecite ed illecite nella popolazione scolarizzata in età 15-19 anni. La numerosità del campione selezionato, come rappresentativo dell'intera popolazione di riferimento, è stata pari a 27.392 soggetti. Come descritto precedentemente (parte 1 - Prevalenza del fenomeno nella popolazione), la sostanza più utilizzata dai giovani con meno di 20 anni è l'hashish/marijuana: nell'ultimo anno è stata utilizzata dal 27,4% del campione intervistato, più tra i maschi che tra le femmine (32,7% vs. 22,9%). La cocaina, la seconda sostanza più consumata, è stata utilizzata nell'ultimo anno dal 4,5% degli studenti, e anche in questo caso più tra i maschi (6,3%) che tra le femmine (3%).

Altro dato di rilievo è rappresentato dalla diffusione dell'eroina "fumata" dal 2,6% dei 15-19enni (dal 3,5% dei ragazzi e dal 2% delle ragazze); si tratta di una modalità più "soft" di consumo, meno invasiva rispetto all'uso con "ago e siringa", ma anche meno riconducibile ai luoghi comuni del "tossico di strada". Sempre secondo quanto rilevato tramite l'indagine ESPAD, l'ecstasy risulta assunta dal 2,6% degli studenti (3,8% tra i maschi e 1,6% tra le femmine).

Tabella 1 - Percentuali di consumatori, negli ultimi 12 mesi, delle sostanze più utilizzate tra i 15-19enni – ESPAD 2003

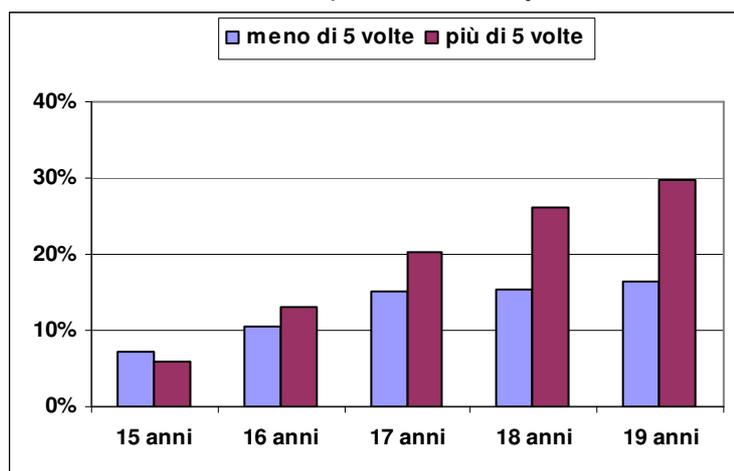
	M	F	T
HASHISH/MARIJUANA	32,7	22,9	27,4
COCAINA	6,3	3,0	4,5
EROINA	3,5	2,0	2,7
ECSTASY	3,8	1,6	2,6

Fonte: Istituto di Fisiologia Clinica, Consiglio Nazionale delle Ricerche.

PARTE 4

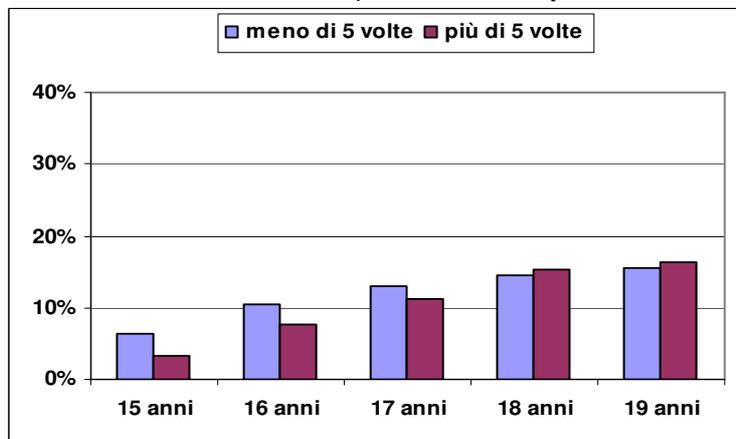
Di seguito vengono descritte, per le quattro sostanze riportate nella tabella 1, le caratteristiche socio-demografiche (sesso ed età) dei consumatori, nonché i tassi di prevalenza specifici disaggregati per aree territoriali regionali. L'analisi del gruppo di soggetti che ha utilizzato hashish/marijuana nell'ultimo anno consente di evidenziare alcune considerazioni, relative alle consuetudini assuntive: mentre per le ragazze fino ai 17 anni l'uso sporadico è più frequente rispetto a quello più assiduo (le proporzioni tra uso sporadico e frequente sono sostanzialmente simili tra le 18 e le 19enni), tra i maschi con età superiore ai 15 anni l'uso più assiduo è sempre più frequente rispetto all'uso sporadico, e ciò è ancor più vero man mano che si cresce. Altra distinzione per genere riguarda il consumo frequente (aver fumato più di 5 volte negli ultimi 12 mesi) che cresce proporzionalmente con l'aumentare dell'età, soprattutto per i maschi, più del consumo sporadico (fumato meno di 5 volte negli ultimi 12 mesi). Infatti, se le ragazze che "fumano hashish/marijuana raramente" sono il 6,4% tra le 15enni e il 15,5% tra le 19enni, e quelle che fumano più frequentemente sono, rispettivamente, il 3,2% ed il 16,2%; nei ragazzi che fanno un uso sporadico di tali sostanze si registra il 7,3% tra i 15enni ed il 16,3% tra i 19enni, mentre i fumatori più assidui ne i 15enni risultano essere il 5,9% e il 29,8% tra i 19enni (grafici 1 e 2).

Grafico 1 - Distribuzione della percentuale di utilizzatori di hashish/marijuana negli ultimi 12 mesi tra i maschi, secondo la frequenza d'uso - ESPAD 2003



Fonte: Istituto di Fisiologia Clinica, Consiglio Nazionale delle Ricerche.

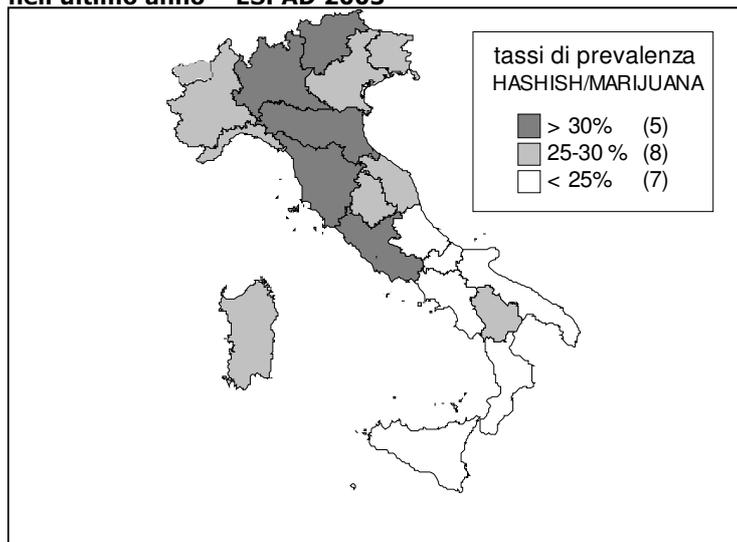
Grafico 2 - Distribuzione della percentuale di utilizzatori di hashish/marijuana negli ultimi 12 mesi tra le femmine, secondo la frequenza d'uso - ESPAD 2003



Fonte: Istituto di Fisiologia Clinica, Consiglio Nazionale delle Ricerche.

A livello territoriale (grafico 3), i tassi di prevalenza del consumo di cannabinoidi (riferiti all'ultimo anno) fanno registrare valori superiori al 30% in alcune regioni del Centro e del Nord (Toscana 35,6%; Lombardia 33%; Lazio 31,6%; Emilia-Romagna 31%; Trentino Alto Adige 30,5%), intermedi (compresi tra il 25 e il 30%) in Liguria (29,2%), Piemonte e Valle d'Aosta (29,1%), Sardegna (28,7%), Basilicata (28,5%), Marche e Umbria (entrambe col 28,1%), Veneto (27,6%), e Friuli Venezia Giulia (26,1%), laddove i valori più bassi (inferiori al 25%) si rilevano prevalentemente al Sud (Puglia 24,7%; Abruzzo 24,2%; Sicilia 22,4%; Campania 20,5%; Calabria 19,4%; Molise 18,8%).

Grafico 3 - Distribuzione regionale dei tassi di prevalenza dell'uso di cannabinoidi nell'ultimo anno - ESPAD 2003

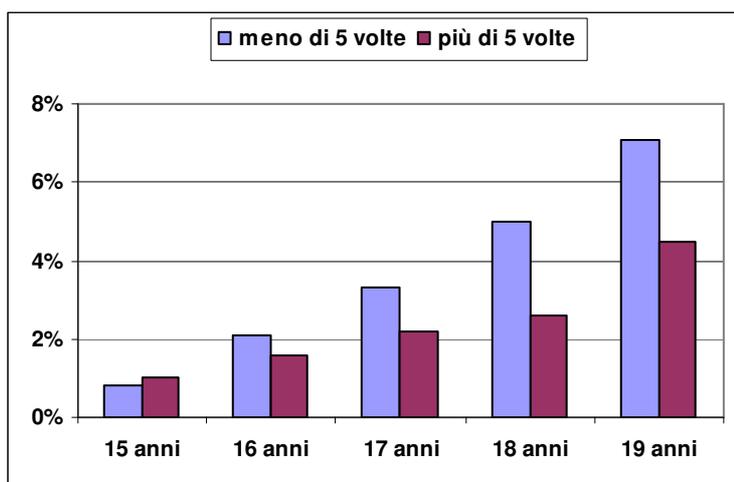


Fonte: Istituto di Fisiologia Clinica, Consiglio Nazionale delle Ricerche.

Relativamente al gruppo di consumatori di cocaina, l'analisi per sesso ed età (grafici 4 e 5) evidenzia da un lato, anche per questa sostanza, che il consumo cresce al crescere dell'età, e dall'altro come, a differenza di quanto rilevato per i cannabinoidi, sia per le ragazze che per i ragazzi l'uso sporadico sia la modalità assuntiva principale, in tutte le età, esclusa in quella più piccola dei maschi (in cui l'uso sporadico è pari allo 0,8% mentre quello più assiduo è pari all'1%). Tuttavia, non sembra trascurabile il dato relativo all'assunzione di cocaina, sporadica o meno, tra i maggiorenni, sia femmine che, soprattutto, maschi.

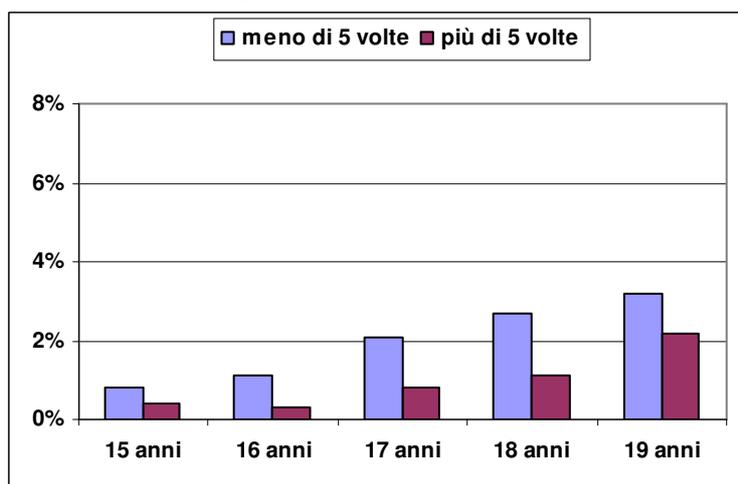
PARTE 4

Grafico 4 - Distribuzione della percentuale di utilizzatori di cocaina negli ultimi 12 mesi tra i maschi, secondo la frequenza d'uso - ESPAD 2003



Fonte: Istituto di Fisiologia Clinica, Consiglio Nazionale delle Ricerche.

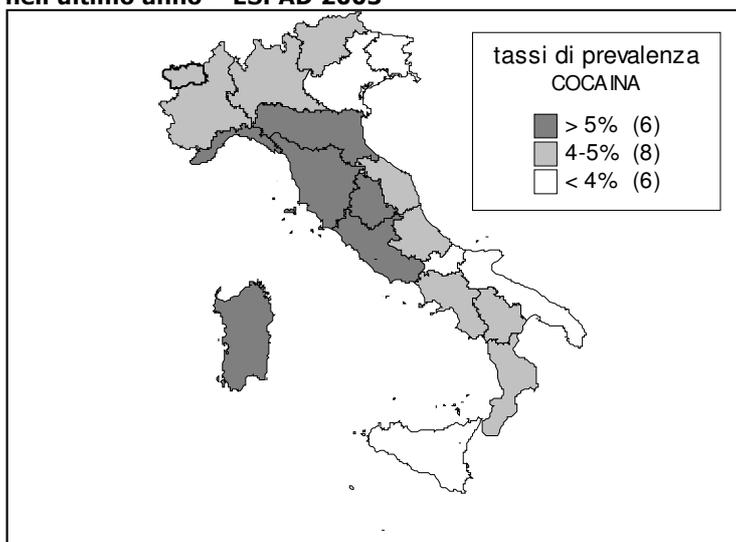
Grafico 5 - Distribuzione della percentuale di utilizzatori di cocaina negli ultimi 12 mesi tra le femmine, secondo la frequenza d'uso - ESPAD 2003



Fonte: Istituto di Fisiologia Clinica, Consiglio Nazionale delle Ricerche.

I tassi di prevalenza del consumo di cocaina (grafico 6) fanno registrare tassi superiori al valore nazionale (4,5%) nel Lazio (6,7%), Emilia-Romagna (6,1%), Umbria (5,4%), Liguria (5,3%) e in Sardegna (5,1%); valori intermedi, compresi tra il 4 e il 5%, si registrano in alcune regioni del Nord (Piemonte e Valle d'Aosta 4,8%; Trentino Alto Adige 4,6%; Lombardia 4,5%), del Centro (Marche 4,9%; Abruzzo 4,8%) e del Sud (Calabria 4,7%; Campania 4,6%; Basilicata 4,4%). I tassi più bassi, inferiori al 4%, si rilevano nel Friuli Venezia Giulia (3,8%), in Sicilia (3,6%), nel Veneto (3,5%), in Puglia (3,4%) e nel Molise (3,1%).

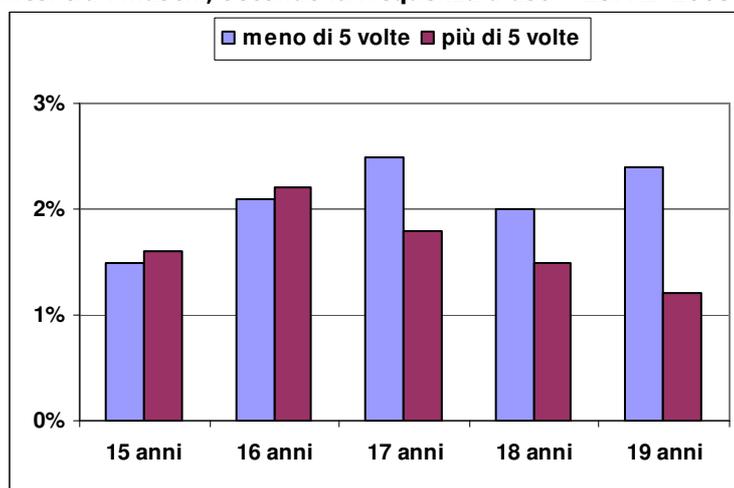
Grafico 6 - Distribuzione regionale dei tassi di prevalenza dell'uso di cocaina nell'ultimo anno - ESPAD 2003



Fonte: Istituto di Fisiologia Clinica, Consiglio Nazionale delle Ricerche.

Il consumo di eroina tra gli studenti, che comprende il fumarla come principale modalità d'assunzione, evidenzia (grafici 7 e 8) come la sporadicità dell'utilizzo sia più frequente rispetto al consumo assiduo (caratteristico della sostanza), e ciò tra le ragazze di tutte le età considerate e per i ragazzi soprattutto per le età superiori ai 16 anni. Relativamente a questa sostanza, si evidenzia, inoltre, che il massimo uso si rileva tra i 17enni, sia maschi che femmine, per poi sostanzialmente diminuire con il crescere dell'età.

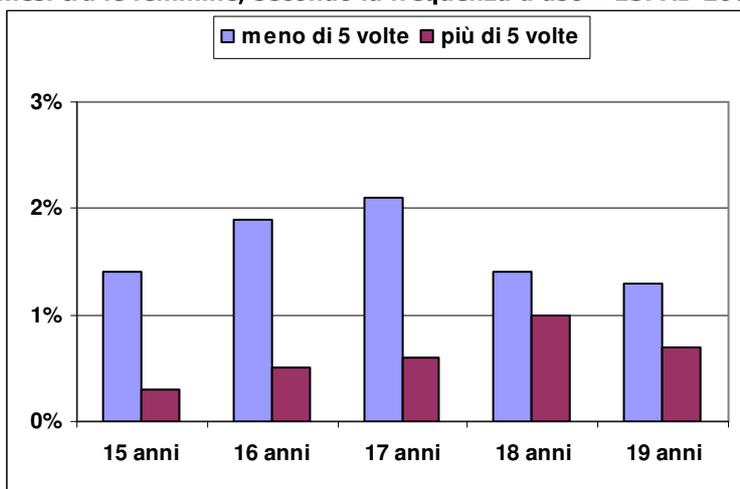
Grafico 7 - Distribuzione della percentuale di utilizzatori di eroina negli ultimi 12 mesi tra i maschi, secondo la frequenza d'uso - ESPAD 2003



Fonte: Istituto di Fisiologia Clinica, Consiglio Nazionale delle Ricerche.

PARTE 4

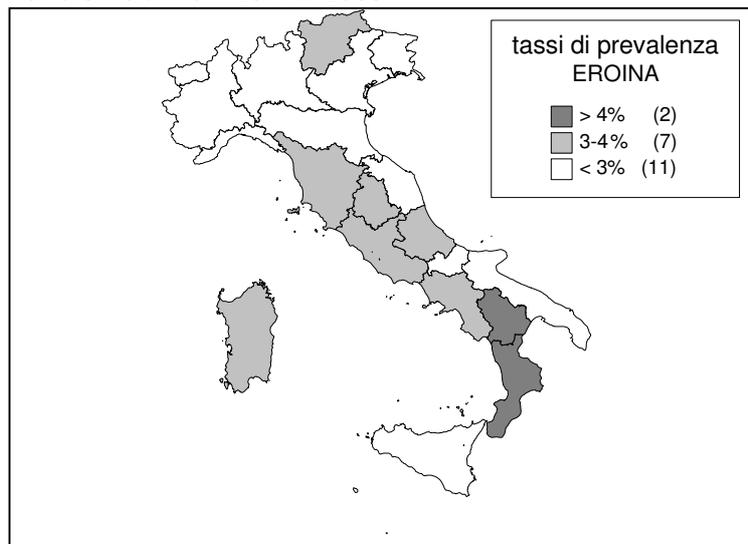
Grafico 8 - Distribuzione della percentuale di utilizzatori di eroina negli ultimi 12 mesi tra le femmine, secondo la frequenza d'uso - ESPAD 2003



Fonte: Istituto di Fisiologia Clinica, Consiglio Nazionale delle Ricerche.

I tassi di prevalenza del consumo di eroina (grafico 9) evidenziano le situazioni più problematiche in Basilicata, in cui la prevalenza d'uso negli ultimi 12 mesi si attesta al 5,1%, e in Calabria, in cui si registra un tasso pari al 4,5%; i valori intermedi (compresi tra il 3 e il 4%) si rilevano prevalentemente nelle regioni del Centro (Umbria 3,5%; Abruzzo 3,3%; Toscana e Lazio al 3,1%) ma anche in Trentino Alto Adige (3,9%), Sardegna (3,6%) e Campania (3,4%). I tassi più bassi (inferiori al 3%) si registrano soprattutto nelle regioni del Nord (Piemonte Valle d'Aosta e Lombardia al 2,8%; Friuli e Liguria al 2,7%; Veneto al 2,2%) ma anche in Sicilia (2,9%), nelle Marche e nell'Emilia-Romagna (entrambe al 2,5%), nel Molise (2,4%) e in Puglia (2,1%).

Grafico 9 - Distribuzione regionale dei tassi di prevalenza dell'uso di eroina nell'ultimo anno - ESPAD 2003



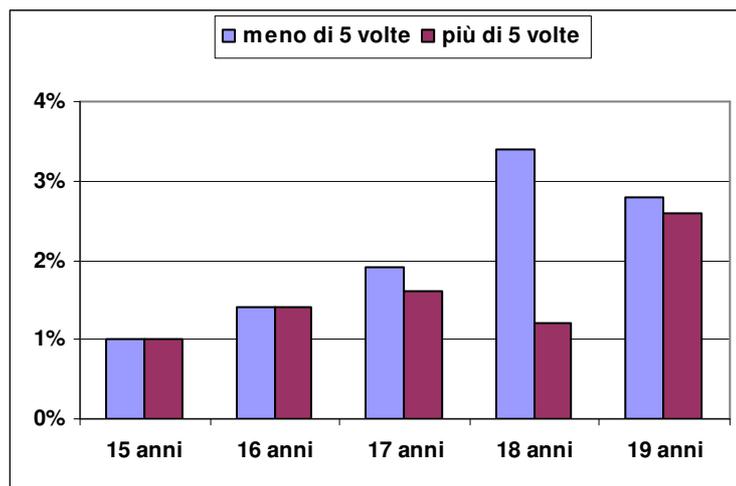
Fonte: Istituto di Fisiologia Clinica, Consiglio Nazionale delle Ricerche.

L'assunzione di ecstasy tra le ragazze (grafico 11), sia in modo sporadico che in maniera più assidua, presenta un andamento crescente al crescere dell'età: se tra le 15enni è assunta dallo 0,3-0,4% del totale delle

intervistate in modo, rispettivamente, assiduo e sporadico, tra le 19enni le consumatrici sporadiche sono l'1,5%, mentre quelle più assidue sono pari all'1,1%.

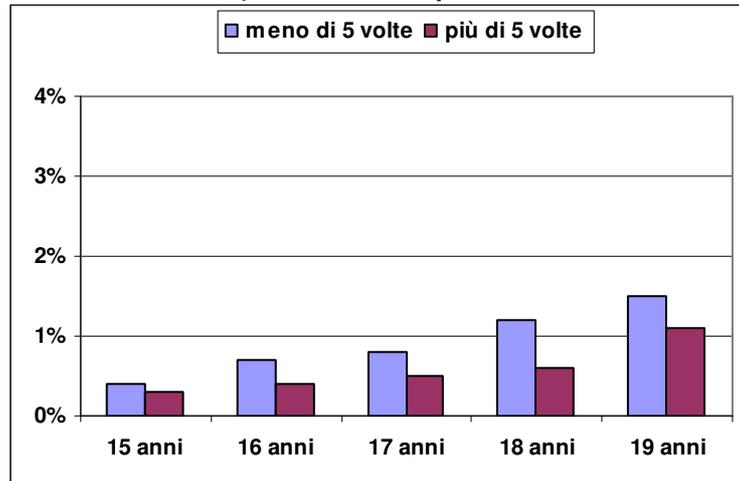
Tra i ragazzi (grafico 10) si rileva un andamento simile fatta eccezione per i 18enni ai quali corrisponde un'elevata proporzione di utilizzatori sporadici (3,4%) e, di contro, una bassa proporzione di utilizzatori occasionali (1,2%). Si noti, infine, come tra i 19enni si registrino alti valori nell'uso sporadico (2,8%) e, soprattutto, in quello più assiduo (2,6% di essi).

Grafico 10 - Distribuzione della percentuale di utilizzatori di ecstasy negli ultimi 12 mesi tra i maschi, secondo la frequenza d'uso - ESPAD 2003



Fonte: Istituto di Fisiologia Clinica, Consiglio Nazionale delle Ricerche.

Grafico 11 - Distribuzione della percentuale di utilizzatori di ecstasy negli ultimi 12 mesi tra le femmine, secondo la frequenza d'uso - ESPAD 2003



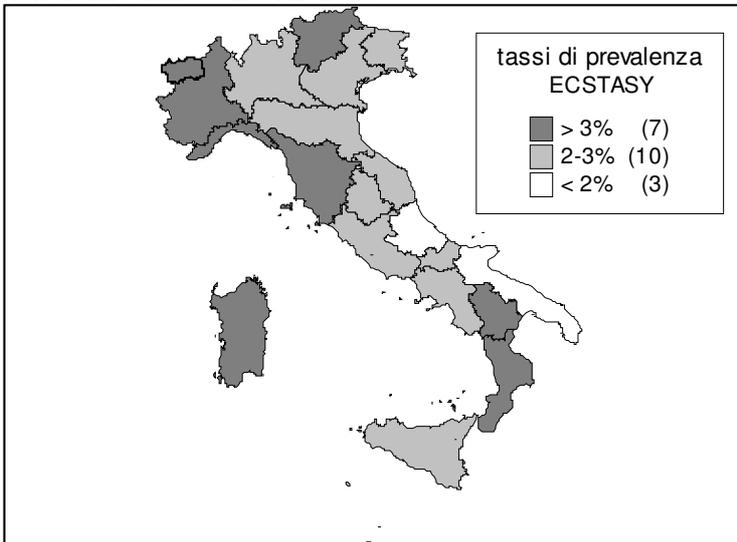
Fonte: Istituto di Fisiologia Clinica, Consiglio Nazionale delle Ricerche.

Infine, relativamente ai tassi di prevalenza del consumo di ecstasy (grafico 12) si registrano valori sensibilmente superiori alla media nazionale (2,6%) in diverse regioni afferenti alle diverse macroaree: nel Nord-ovest in Piemonte e Valle d'Aosta (3,4%) e Liguria (3,3%), nel Nord-est in trentino Alto Adige (3,2%), al Centro in Toscana (3,1%), nel Sud in Basilicata (ben 4,1%, il valore massimo a livello regionale) e in Calabria (3,3%) e nelle Isole in Sardegna (3,3%). Se in Puglia e nell'Abruzzo si

PARTE 4

registrano i tassi di minore entità (rispettivamente, l'1,6% e l'1,5%), nelle restanti regioni ci si attesta su valori medi, compresi tra il 2 e il 3% (Marche, Lazio e Umbria al 2,9%; Lombardia e Friuli Venezia Giulia al 2,5%; Sicilia ed Emilia-Romagna al 2,4%; Molise al 2,3%; Veneto al 2,2%; Campania al 2%).

Grafico 12 - Distribuzione regionale dei tassi di prevalenza dell'uso di ecstasy nell'ultimo anno - ESPAD 2003



Fonte: Istituto di Fisiologia Clinica, Consiglio Nazionale delle Ricerche.

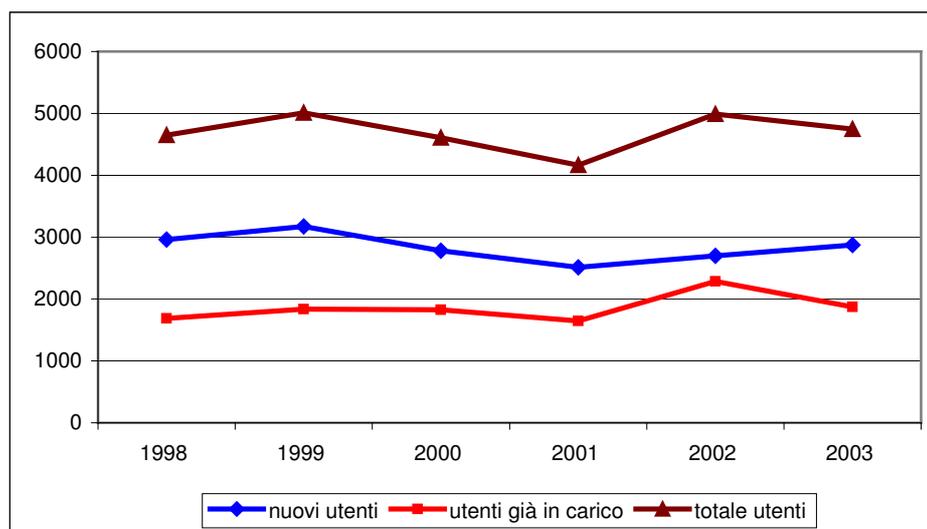
Domanda di trattamento

Di seguito verranno analizzati i dati relativi alla domanda di trattamento, relativi ai soli soggetti che hanno meno di 20 anni; tale flusso, basandosi su dati aggregati pervenuti dal Ministero della salute attraverso le schede ministeriali standard, non consente di analizzare la sostanza d'abuso (primaria e secondaria).

Presso le strutture pubbliche di trattamento delle tossicodipendenze risultano in carico nel 2003, 4.746 giovani utenti (di età inferiore ai 20 anni), di cui il 4% ha meno di 15 anni. Tale collettivo corrisponde al 3% della popolazione complessiva dei servizi; se però ci si riferisce soltanto al gruppo dei nuovi utenti in carico, la quota dei giovani rappresenta l'8,5% della nuova utenza.

I giovani al di sotto dei 20 anni, dal 1998 ad oggi, sono aumentati del 2%, da considerare che la serie di dati presenta un andamento discontinuo, (grafico 13); i giovani rappresentano comunque sempre la stessa quota della popolazione totale in tutta la serie considerata.

Grafico 13 - Distribuzione dei giovani in carico nei Ser.T., totale e distinti tra nuovi e già in carico. Anni 1998-2003.



Elaborazioni su dati del Ministero della salute.

Se rispetto alla popolazione complessiva i nuovi utenti sono pari al 21%, considerando la sola popolazione giovanile la quota di nuovi utenti è pari al 61%.

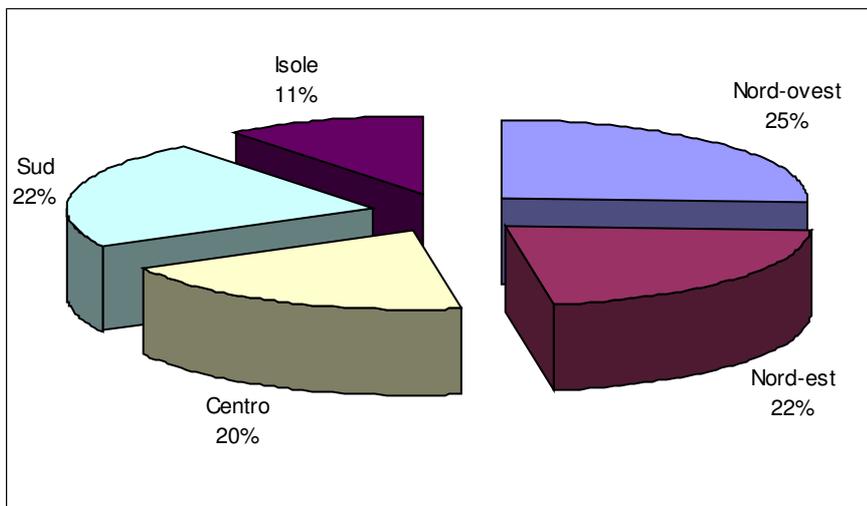
Analizzando la distribuzione per sesso emerge un dato degno di rilievo: si rileva, tra i giovani, una maggior presenza femminile rispetto all'utenza complessiva. La quota di giovani di sesso maschile, infatti, è pari al 78%, con una presenza quindi di 4 ragazzi circa per ogni ragazza, laddove nell'utenza complessiva gli uomini sono l'87% e si osserva un rapporto di 7 maschi per ogni femmina.

La maggior presenza di pazienti femmine risulta ancora più evidente se ci si riferisce alla nuova utenza: su 100 nuove utenti femmine 14 hanno un'età inferiore ai 19 anni. Tali caratteristiche si mantengono costanti nei sei anni considerati.

La distribuzione dei giovani utenti a livello territoriale (grafico 14) è pressoché simile a quella dell'utenza generale nelle regioni del Centro (20%) e delle Isole (10% circa); nelle regioni del Sud e del Nord-ovest, invece, si hanno quote più basse di utenti giovani (22% vs. 24% al Sud e 25% vs. 29% nel Nord-ovest); nel Nord-est, invece, la presenza di giovani utenti risulta essere maggiore rispetto all'utenza complessiva (ben il 22% vs. 17%).

PARTE 4

Grafico 14 - Distribuzione percentuale per area geografica dei giovani in carico presso i Ser.T. Anno 2003.



Elaborazioni su dati del Ministero della salute

Infine, si riporta un ultimo dato a livello nazionale, relativo al tasso specifico di utenti: questo risulta pari a 15 utenti 15-19enni ogni 10.000 abitanti della stessa età, mentre per l'utenza generale esso è risultato pari a 51 utenti x 10.000. Ciò evidenzerebbe come la quota di utenti problematici tra i giovani afferenti ai servizi sia sostanzialmente inferiore rispetto alla quota relativa alla popolazione complessiva.

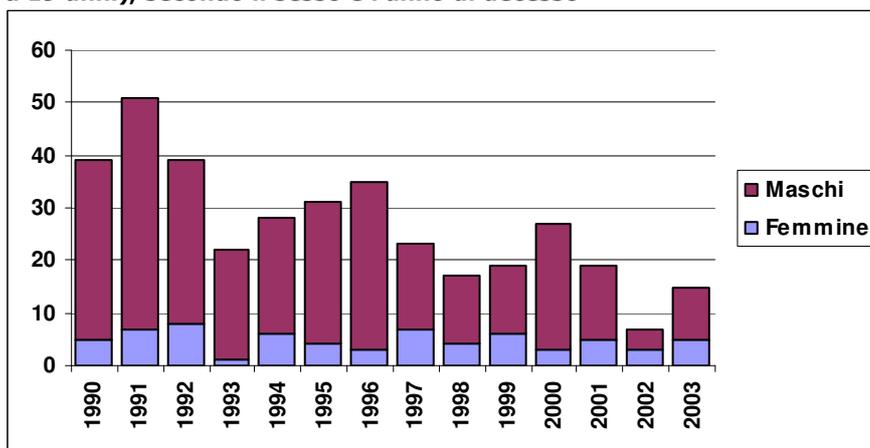
Decessi droga correlati

Come anticipato nella prima parte (parte 1 – Decessi droga correlati) della presente relazione, l'unica fonte di dati relativa ai decessi droga correlati, è quella afferente dalla Direzione centrale dei servizi antidroga (D.C.S.A.) i cui dati riguardano prevalentemente segnalazioni di polizia giudiziaria che attengono ad una morte da droga "stimata" sulla base di soli elementi circostanziali, in quanto raccolti attraverso canali diversi dagli Istituti di Medicina Legale.

Il trend (periodo di riferimento 1990-2003), seppur in modo non costante, conferma sostanzialmente quanto registrato a livello generale (parte 1 – grafico 4.1) evidenziando una complessiva diminuzione dei decessi tra i giovani con meno di 20 anni (grafico 15).

Infatti, dopo il picco massimo rilevato nel 1991 (51 decessi, di cui 7 erano ragazze) e la drastica riduzione del '93 (22 morti, di cui una ragazza), si assiste ad un lieve aumento, culminato nel 1996 (35 decessi, di cui 3 ragazze), a cui segue una nuova contrazione nel numero dei decessi, che toccano il nuovo massimo nel 2000 (27 morti, di cui 3 ragazze). Negli ultimi due anni si registra il numero minimo di decessi per overdose, seppur raddoppiati dal 2002 al 2003 (da 7 a 15 decessi).

Grafico 15 - Distribuzione del numero dei decessi droga correlati tra i giovani (fino a 19 anni), secondo il sesso e l'anno di decesso



Elaborazione su dati del Ministero dell'interno - D.C.S.A.

Considerando, che i minori stranieri deceduti sono stati 2-3 casi in alcuni anni (prevalentemente gli anni dei "picchi"), si può concludere che i decessi in questione riguardano sostanzialmente i giovani italiani.

Criminalità droga correlata

Denunce

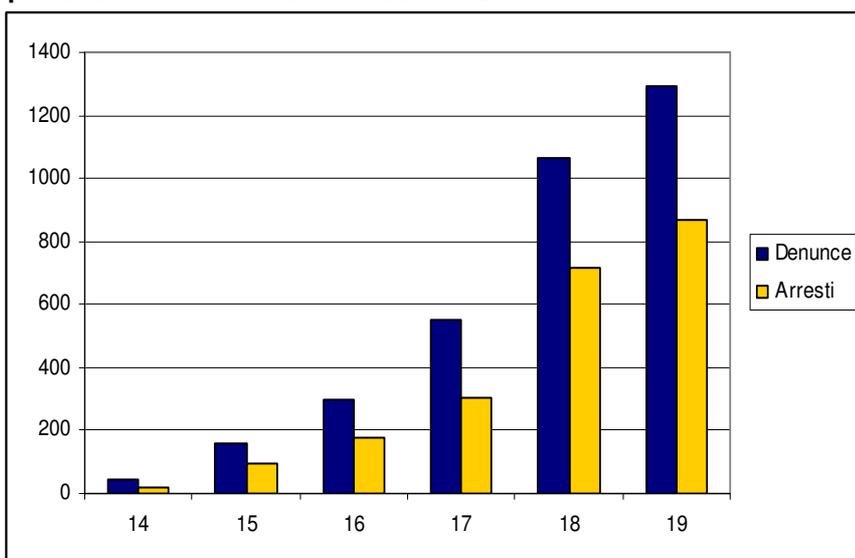
Di tutte le denunce effettuate nel corso del 2003, 3.411 hanno coinvolto giovani fino ai 19 anni d'età, primariamente per produzione traffico e vendita di sostanze stupefacenti, laddove circa il 6% ha anche altri capi di imputazione (circa il 3% per art.26, poco meno del 2% per art.74 ed 1% per art.80).

Tra i denunciati si conferma la netta prevalenza di soggetti di nazionalità italiana e di sesso maschile, nonostante si rilevi un complessivo, seppur non costante nel tempo, aumento della quota di italiani (passata nel quadriennio 2000-2003 da poco più del 72% a circa il 77%) ed un decremento della percentuale di uomini progressivamente scesa da quasi il 97% a poco più del 92%.

In linea con quanto rilevato dal 2000 al 2002, la distribuzione per età (grafico 16), simile in entrambi i sessi e tra italiani e stranieri, evidenzia che al crescere di questa, aumenta proporzionalmente il numero sia di deferiti all'Autorità Giudiziaria che di persone sottoposte a provvedimento restrittivo.

PARTE 4

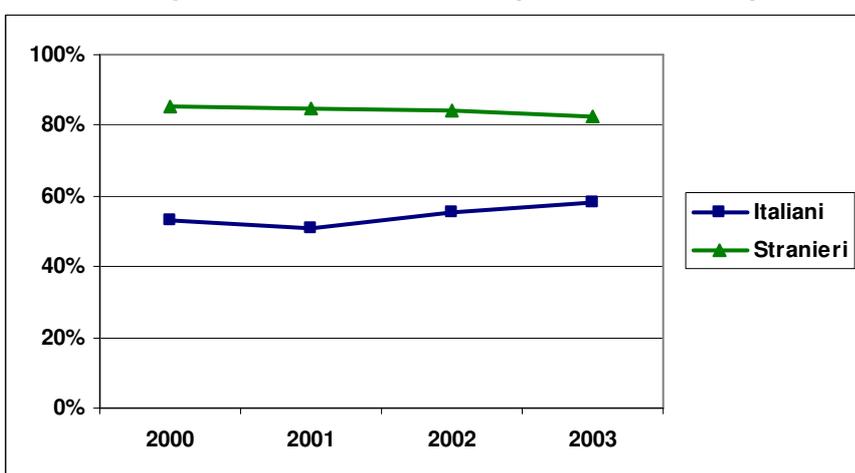
Grafico 16 - Distribuzione per sesso ed età del numero di denunce e di provvedimenti restrittivi effettuati nel 2003.



Elaborazione su dati della Direzione centrale servizi antidroga (D.C.S.A.)

Nell'intero periodo considerato, la quota di soggetti arrestati sul totale dei denunciati è passata da quasi il 62% del 2000 a quasi il 64% del 2003, registrando costantemente valori più elevati tra gli stranieri rispetto agli italiani (grafico 17); tra questi ultimi la percentuale di persone sottoposte a limitazione della libertà è passata da poco più del 53% nel 2000 a più del 58% nel 2003, mentre tra gli stranieri è diminuita passando da poco più dell'85% a quasi l'83%.

Grafico 17 - Distribuzione percentuale dei provvedimenti restrittivi adottati nei confronti dei giovani denunciati suddivisi per nazionalità nel periodo 2000-2003.



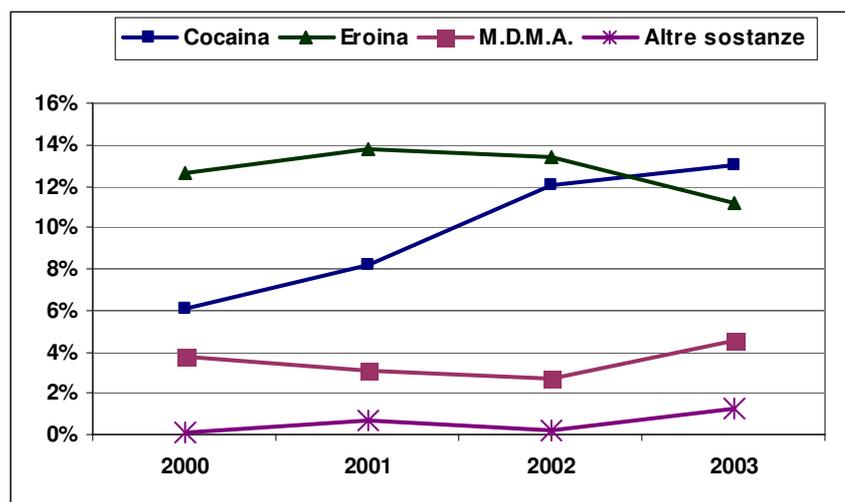
Elaborazione su dati della Direzione centrale servizi antidroga (D.C.S.A.)

Similmente a quanto rilevato negli scorsi anni, nella maggior parte dei casi le denunce hanno riguardato un'unica sostanza, per lo più cannabinoidi, seguiti da cocaina ed eroina.

Negli anni, comunque, anche se non in modo costante, la quota di deferiti per una sola sostanza è diminuita, passando dall'86% nel 2000 a poco più del 74% nel 2003.

Limitando l'analisi solo a questi casi (grafico 18), a fronte di un progressivo decremento della percentuale di denunce per cannabinoidi ed una complessiva, seppur non costante, diminuzione di quella per eroina (rispettivamente passate da poco più del 77% a circa il 70%, e da quasi il 13% a poco più dell'11%), si rileva un aumento della quota di deferiti per cocaina, passata da circa il 6% al 13%.

Grafico 18 - Distribuzione percentuale delle denunce tra i giovani per le diverse sostanze (cannabinoidi esclusi) effettuate nel periodo 2000-2003.



Elaborazione su dati della Direzione centrale servizi antidroga (D.C.S.A.)

Tale aumento (tabella 2) è evidenziabile complessivamente in tutte le fasce di età pur risultando, comunque, più accentuato per quanto riguarda i più giovani (meno di 15 anni) in cui più del 19% è stato denunciato per questa sostanza (con un incremento di 13 punti percentuali rispetto al 2000).

Nel triennio precedente, di contro, nella stessa classe di età si è registrata, rispetto alle altre, la quota più elevata di denunce per eroina che, nel 2001 arrivava a sfiorare il 30%, mentre nel 2003 è scesa all'8% circa. Quanto detto, comunque, risente del basso numero di 15enni coinvolti in tali reati che, in tutti gli anni considerati, non supera le 71 unità.

Come precedentemente accennato, i cannabinoidi sono la sostanza più rappresentata in tutte le classi d'età ed in ogni anno considerato, con valori che, per il 2003, si attestano attorno al 70%.

Infine, per quanto riguarda l'ecstasy, si può notare come i valori relativi ai soggetti di età superiore ai 17 anni, siano più elevati rispetto ai più giovani, in tutti gli anni considerati.

PARTE 4

Tabella 2 - Distribuzione percentuale per età dei soggetti coinvolti e sostanza delle denunce effettuate nel 2003.

Sostanze		<15	15-16	17-18	>18
2000	Cannabinoidi	69,4%	73,1%	79,5%	75,9%
	Eroina	24,5%	18,7%	10,7%	11,8%
	Cocaina	6,1%	6,0%	5,0%	7,3%
	M.D.M.A.	0,0%	1,8%	4,3%	4,2%
	Altre sostanze	0,0%	0,3%	0,6%	0,8%
2001	Cannabinoidi	57,7%	75,8%	76,2%	72,4%
	Eroina	29,6%	14,9%	12,8%	13,7%
	Cocaina	11,3%	6,6%	7,7%	9,4%
	M.D.M.A.	0,0%	2,3%	2,9%	4,0%
	Altre sostanze	1,4%	0,4%	0,5%	0,5%
2002	Cannabinoidi	62,8%	71,5%	73,0%	69,5%
	Eroina	27,9%	16,5%	12,0%	13,5%
	Cocaina	9,3%	10,2%	11,5%	13,7%
	M.D.M.A.	0,0%	1,4%	3,1%	2,8%
	Altre sostanze	0,0%	0,5%	0,3%	0,5%
2003	Cannabinoidi	72,2%	73,9%	72,1%	66,3%
	Eroina	8,3%	12,1%	9,9%	12,6%
	Cocaina	19,4%	9,9%	11,9%	15,0%
	M.D.M.A.	0,0%	2,2%	5,1%	4,8%
	Altre sostanze	0,0%	1,9%	1,1%	1,4%

Elaborazione su dati della Direzione centrale servizi antidroga (D.C.S.A.)

Per quanto riguarda i quantitativi sequestrati, dopo un primo incremento relativo a tutte le sostanze dal 2000 al 2001, si rileva una costante diminuzione dal 2001 al 2003 per quanto riguarda i cannabinoidi (per l'hashish e la marijuana, rispettivamente, da quasi 514 Kg a poco meno di 403 e da circa 7.723 Kg a poco meno di 2.488), mentre si registra un progressivo incremento per eroina ed ecstasy (passati, rispettivamente, da quasi 112 kg nel 2001 a poco meno di 185 nel 2003 e da 12.072 compresse a 26.839).

Infine, relativamente alla cocaina, a fronte di un aumento nel biennio 2001-2002 (in cui si registrano quantitativi pari, rispettivamente, a 25 Kg. e 78 Kg.), nell'ultimo anno l'ammontare dei sequestri è pari a poco più di 40 Kg.

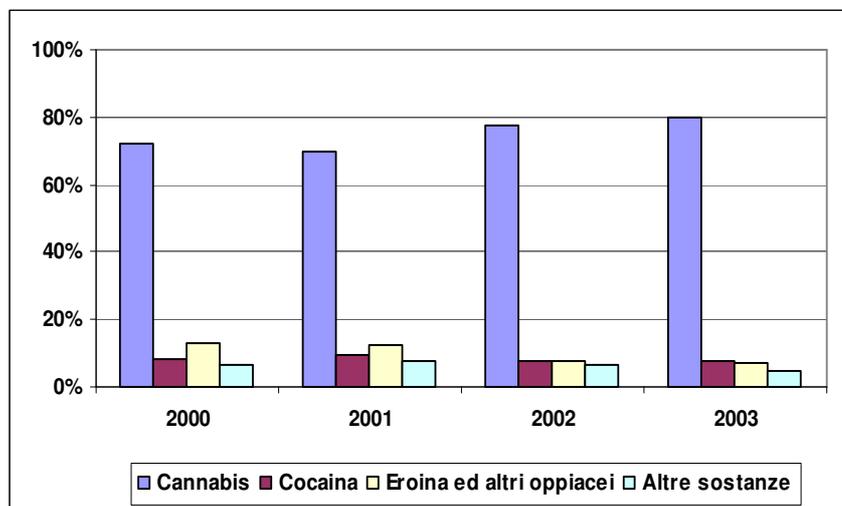
Giustizia

I giovani assuntori di sostanze stupefacenti transitati, nell'anno 2003, presso le diverse strutture della Giustizia Minorile (Ministero della Giustizia - Ufficio II - Servizio Statistico) sono stati 938 (in tale flusso sono compresi anche i soggetti di 20 e 21 anni che costituiscono solo il 3% circa del totale); la principale sostanza d'uso è la cannabis, consumata in poco più dell'80% dei casi seguita, con percentuali decisamente più basse, da cocaina (circa 8%) ed eroina (circa 7%).

Effettuando una analisi sul periodo 2000-2003 (grafico 19) risulta possibile rilevare che mentre la quota di consumatori di cannabis presenta un andamento leggermente variabile ma di complessiva crescita nel corso degli anni (dal 72% del 2000 all'attuale 80% circa), l'assunzione di oppiacei diminuisce costantemente (da circa 13% del 2000 all'attuale poco più che 7%); sostanzialmente stabile rimane, invece, il consumo di

cocaina che, ad eccezione del 2001 in cui tale quota tocca quasi il 10%, negli altri anni si assesta generalmente attorno all'8%.

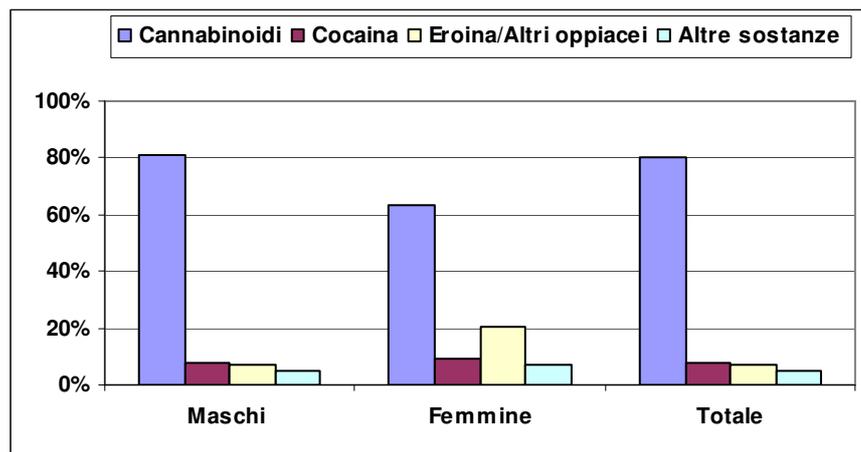
Grafico 19 - Distribuzione percentuale dei minori, transitati nei servizi della Giustizia minorile, per principale sostanza assunta (anni 2000-2003)



Elaborazione su dati del Ministero della giustizia - Dipartimento giustizia minorile

Quanto riscontrato a livello generale, varia effettuando una distinzione in base al sesso (grafico 20); se i maschi prediligono l'uso di cannabinoidi in circa l'81% dei casi rispetto al 64% (circa) delle femmine, queste ultime presentano valori più elevati, rispetto all'altro sesso, soprattutto per quanto attiene agli oppiacei (ca 20% vs. ca 7%).

Grafico 20 - Distribuzione percentuale dei minori, transitati nei servizi della Giustizia minorile, per sesso e principale sostanza assunta (anno 2003).



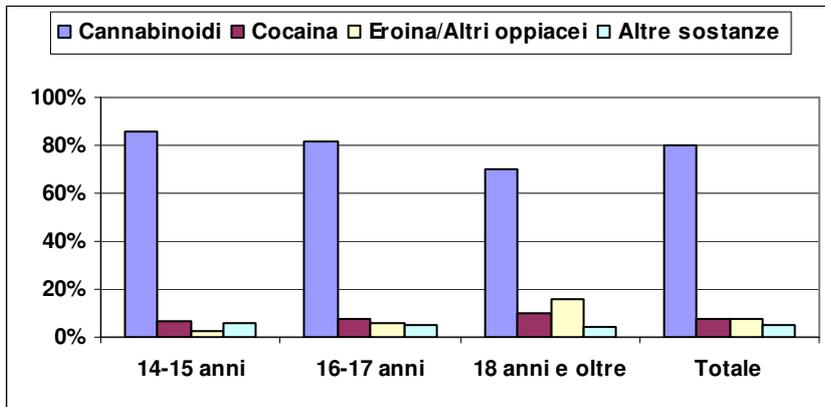
Elaborazione su dati del Ministero della giustizia - Dipartimento giustizia minorile

Analizzando i dati in base all'età (grafico 21) è possibile rilevare come al crescere di questa si registri una diminuzione delle quote percentuali dei consumatori di cannabis (si va da circa l'86% per i 14-15 anni a circa il 70% per i diciottenni ed oltre) ed un aumento dei valori relativi all'uso di cocaina (si va da circa il 6% per i 14-15 anni a circa il 10% per i 18 anni ed oltre) e soprattutto di oppiacei (si va da circa il 2% per i 14-15 anni a

PARTE 4

circa il 16% per i 18 anni ed oltre); tale andamento viene rilevato anche da una analisi effettuata sul quadriennio 2000-2003 (per maggiori approfondimenti relativi a tale flusso è possibile fare riferimento alla parte 1 - nuovi indicatori da sviluppare/Criminalità droga-correlata).

Grafico 21 - Distribuzione percentuale dei minori, transitati nei servizi della Giustizia minorile, per età e principale sostanza assunta (anno 2003).



Elaborazione su dati del Ministero della giustizia - Dipartimento giustizia minorile

Segnalazioni

I giovani di età inferiore ai 19 anni, segnalati nel corso del 2003 in esecuzione dell'art.75 del D.P.R. n.309/90, risultano essere 5.608. Il 6,5% di questi ha meno di 15 anni, il 27,8% ha tra 15 e 17 anni ed il restante 65,8% ha 18 e 19 anni. I giovani fino a 19 anni di età rappresentano il 26% del totale dei soggetti segnalati (nuovi e già noti), e, considerando solo i nuovi segnalati, essi raggiungono il 30%.

All'interno del collettivo di età inferiore ai 20 anni, le nuove segnalazioni nel corso dell'anno riguardano il 92,5% dei soggetti, ma il 2,5% di questi ha avuto più di una segnalazione nel corso del 2003; se quest'ultimo sottogruppo si considera insieme ai restanti giovani già segnalati in anni precedenti (7,3%), i "pluri-segnalati" raggiungono dunque la rilevante quota del 10% circa della complessiva popolazione giovanile segnalata nel corso dell'anno.

Tale dato sostanzialmente si conferma anche negli anni precedenti (qualche variazione sembra più attribuibile a ritardi nell'inserimento e/o aggiornamento dei dati che ad effettivi cambiamenti nella distribuzione).

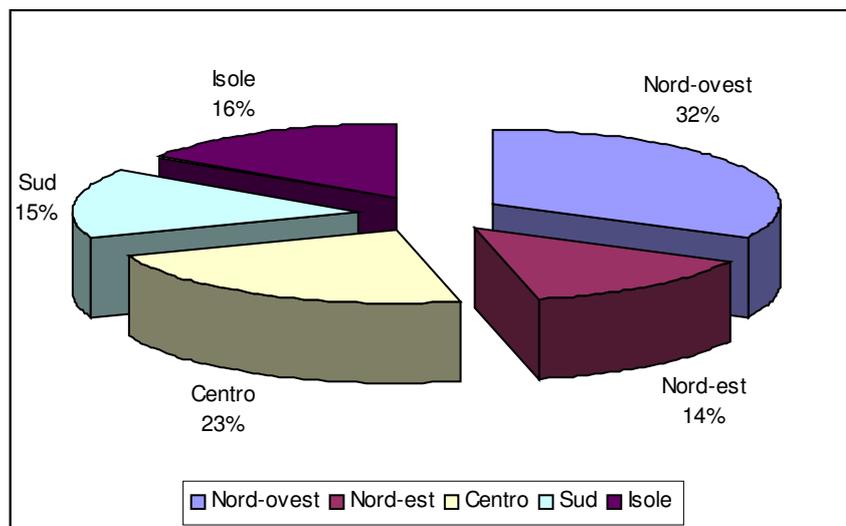
Il rapporto maschi/femmine rilevato tra i giovani, segnalati per la prima volta nel 2003, è di 15 a 1 (i maschi rappresentano il 94% del collettivo); tale dato rimane invariato se riferito all'intera popolazione di "nuovi segnalati"; considerando il gruppo dei "già segnalati", invece, tale rapporto varia passando da 40 ad 1 dell'intera popolazione di segnalati a 31 ad 1 della sola popolazione giovanile.

Considerato che la popolazione di età inferiore ai 15 anni è pari al 6,5% della complessiva popolazione giovanile, e che su questa non si dispone del dettaglio dell'età anagrafica, è stato calcolato il tasso delle segnalazioni solamente tra i giovani di 15-19 anni per 10.000 abitanti (della medesima età): questo risulta essere pari a 18 giovani segnalati ogni 10.000 residenti e tale dato, confrontato col tasso relativo all'intera popolazione segnalata (che si è visto, nella Parte 2 - Segnalazioni alla Prefettura, essere pari a 7 soggetti ogni 10.000) evidenzia il maggiore coinvolgimento

dei 15-19enni, rispetto all'intera popolazione a rischio, nel possesso di sostanze e nella conseguente segnalazione alla Prefettura.

La caratterizzazione territoriale dei giovani segnalati (grafico 22) presenta sostanzialmente la stessa distribuzione osservata su tutta la popolazione segnalata nel 2003 (Parte 2 - Segnalazioni alla Prefettura): se 1/3 dei segnalati si concentra nel Nord-ovest, al Centro si registra la quota del 23% delle segnalazioni dei giovani, laddove nelle Isole, al Sud e nel Nord-est si registrano valori, rispettivamente, del 16, 15 e 14% (gli scostamenti più rilevanti, rispetto al dato su tutte le segnalazioni, riguarda la minor quota nelle Isole, pari al 12% di tutte le segnalazioni, e la maggiore nel Centro, pari al 26%).

Grafico 22 - Distribuzione dei giovani segnalati per area geografica di segnalazione. Anno 2003



Elaborazione su dati del Ministero dell'interno - DCDS.

Il calcolo dei tassi effettuato a livello di macro-aree geografiche, evidenzia dati più elevati rispetto a quanto rilevato a livello nazionale per il Nord-ovest, il Centro e le Isole (con tassi pari a, rispettivamente, 27, 24 e 20 giovani segnalati ogni 10.000 residenti), ed inferiori per il Nord-est ed il Sud (rispettivamente 16 e 9).

Indicatori della domanda di trattamento: i trattamenti nei servizi territoriali per le tossicodipendenze

In questi ultimi anni, le attività di monitoraggio epidemiologico dell'EMCDDA e della rete Reitox degli Osservatori nazionali sulle droghe e le tossicodipendenze sono state ulteriormente sviluppate. In particolare si è cercato, attraverso la collaborazione con gruppi di esperti internazionali, di migliorare la definizione degli indicatori per la descrizione della domanda di trattamento da parte dei soggetti che fanno uso di droghe. Tra i diversi strumenti sviluppati si colloca il protocollo TDI (Treatment Demand Indicator) di descrizione dei casi afferenti alle strutture di servizio. Con l'adozione delle tabelle TDI è nata quindi la necessità di aggiornare, anche nel nostro paese, la struttura del sistema di rilevazione dei dati nelle strutture di intervento. Come facilmente deducibile, l'aggiornamento di un sistema di classificazione dei casi e di raccolta delle informazioni rappresenta un momento di forte impegno sia sul piano organizzativo funzionale che sul piano della comprensione e della relativa condivisione delle nuove modalità di lettura e descrizione dei fenomeni su cui il sistema informativo opera. Si consideri ad esempio che i "casi prevalenti" che rappresentano uno dei tanti indicatori TDI fino ad oggi considerato come somma dei "casi già conosciuti" dalle strutture di servizio e dei "nuovi casi", dovrà essere calcolato escludendo dalla somma i soggetti che sono stati considerati nell'anno precedente e che continuano un trattamento nell'anno in corso.

Per affrontare adeguatamente il cambiamento nei flussi informativi le Amministrazioni centrali dello Stato e le Amministrazioni delle Regioni e delle Province Autonome, utilizzando le risorse economiche del Fondo nazionale di lotta alla droga, si veda a tale proposito la Parte 2 della presente relazione alla voce "gli interventi delle Regioni e delle Province Autonome" e la Parte 3 alla voce "progetti ministeri", ma anche altre risorse, hanno attivato una serie di progetti volti alla messa a punto e sperimentazione di sistemi di raccolta-gestione delle informazioni e di sorveglianza e monitoraggio epidemiologico.

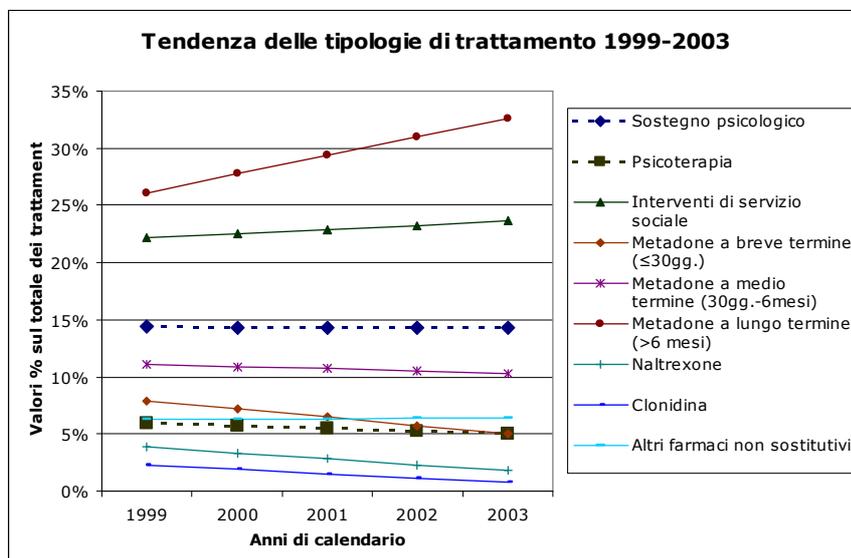
Nel 2003, grazie alla funzionalità di alcuni sistemi informativi a livello delle strutture di servizio sia pubbliche che del privato sociale accreditato, si è potuto iniziare ad analizzare la distribuzione dei trattamenti erogati sulla popolazione "in carico" nel corso dell'anno seguendo le indicazioni del protocollo TDI.

I dati riportati nel presente approfondimento prendono in considerazione inizialmente la distribuzione della quota di soggetti in trattamento per diverse tipologie di intervento, così come appare dalla rilevazione del Ministero della Salute relativa agli attuali flussi informativi sui dati aggregati; successivamente vengono presentati i dati ottenuti analizzando i flussi informativi su singolo record su un campione di soggetti in trattamento relativo alle Regioni e Province Autonome che partecipano al Progetto di "implementazione delle attività dell'Osservatorio Nazionale in materia di raccolta, elaborazione, diffusione dei dati relativi alle aree dell'epidemiologia e della statistica, della riduzione della domanda e delle attività in relazione con l'Europa".

PARTE 4

L'analisi di tendenza della ripartizione per tipologia di trattamento svolto nel corso dell'anno riportata nel grafico 1 e riferita al periodo 1999 – 2003 evidenzia che in Italia il numero di soggetti sottoposti a trattamenti integrati con il metadone a lungo termine si incrementa nel corso del tempo passando da una quota di circa il 26% dei soggetti in trattamento nel 1999 al 33% nel 2003, nello stesso periodo si riduce la quota di soggetti con trattamento a metadone a breve termine e rimane costante la quota dei soggetti con metadone a medio termine. Più in generale gli interventi integrati con metadone passano dal 44% dei trattamenti nel 1999 al 48% nel 2003. Il sistema attuale di classificazione dei trattamenti prevede una suddivisione in trattamenti farmacologici (successivamente articolabili nelle voci di dettaglio), psicosociali e/o riabilitativi. In merito a questi ultimi si deve considerare che la distribuzione di frequenza osservata ne sottostima l'entità in quanto vengono riferiti separatamente solo nel caso in cui i soggetti non abbiano attivato altri trattamenti di tipo farmacologico (al momento, se il soggetto viene sottoposto ad entrambi viene rilevato solo il trattamento farmacologico).

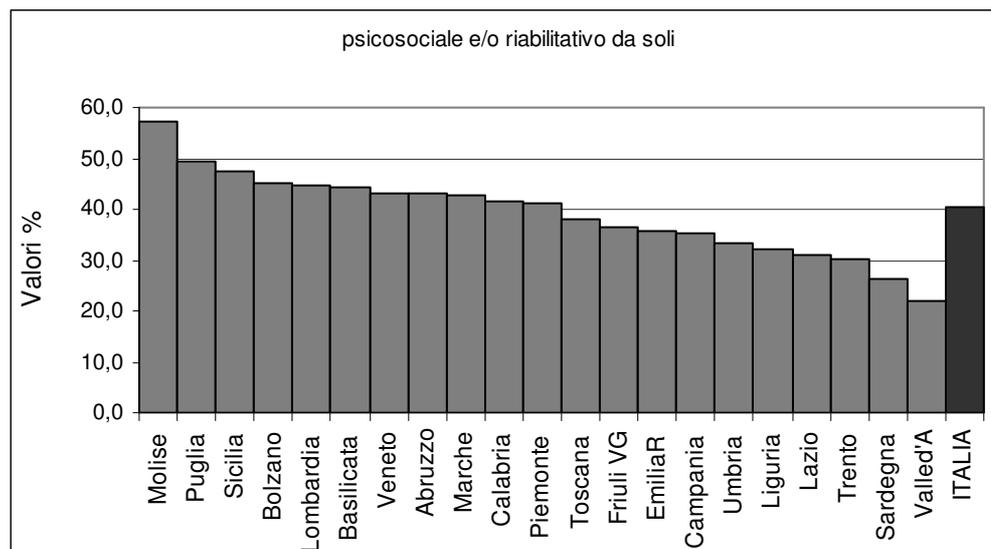
Grafico 1: Tendenze delle tipologie di trattamento nel periodo 1999-2003



Fonte: Elaborazione dei dati del Ministero della Salute

Diversa appare la situazione nella distribuzione per tipologia di trattamento legata alla ripartizione per Regione. In questo caso sono stati presi in considerazione nel grafico 2 il totale degli interventi di solo tipo psicosociale e/o riabilitativo, non integrati da terapie con farmaci.

Grafico2: Distribuzione per Regione della quota di soggetti sottoposti a trattamento psicosociale e/o riabilitativo nel corso del 2003

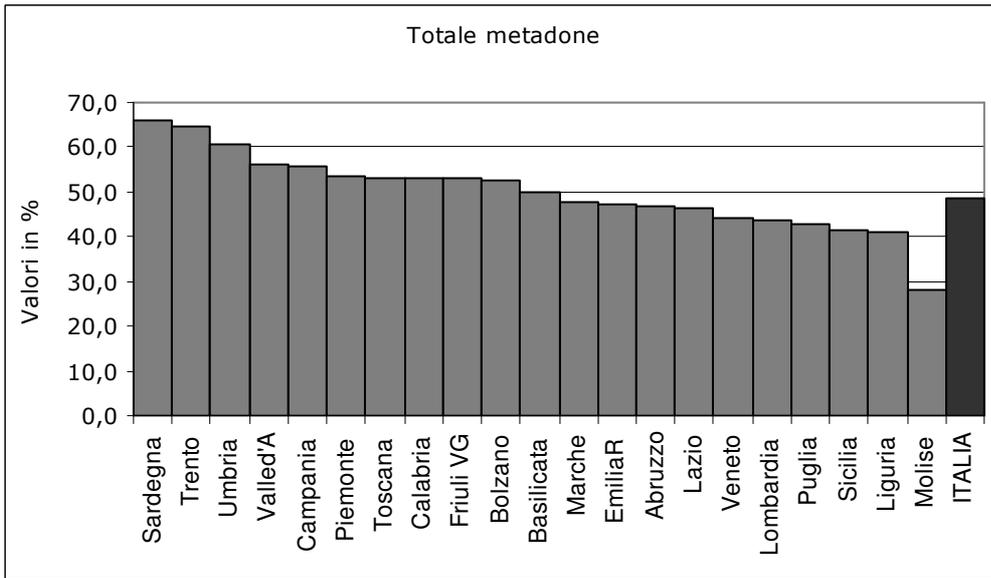


Fonte: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute

Si evidenziano alcuni raggruppamenti come quelli relativi alle Regioni Molise, Puglia e Sicilia con una quota di trattamenti di solo tipo psicosociale superiore al 45%. Le regioni Lombardia, Basilicata, Veneto, Abruzzo, Marche, Calabria e Piemonte con quote oscillanti tra il 40% e il 45% a cui seguono le Regioni Toscana, Friuli V.G., Emilia e Romagna, Campania, Umbria, Liguria, Lazio e Trento con valori che oscillano dal 30% al 40% e la Sardegna e la Valle d'Aosta con valori inferiori al 30%. A questa distribuzione si può contrapporre, al fine di mettere in evidenza la complementarità rilevabile anche dai dati aggregati, la distribuzione per trattamento integrato in cui è presente anche il metadone. In questo caso nel Grafico 3 si possono osservare la Sardegna, la Provincia Autonoma di Trento e l'Umbria che presentano più del 60% dei soggetti in trattamento integrato con metadone nel corso del 2003. Seguono Valle d'Aosta, Campania, Piemonte, Toscana, Calabria, Friuli V.G. la Provincia Autonoma di Bolzano e la Basilicata con valori compresi tra il 50% e il 60%. Tutte le altre regioni mostrano valori compresi tra il 40% e il 50% ad eccezione del Molise con il 28%.

PARTE 4

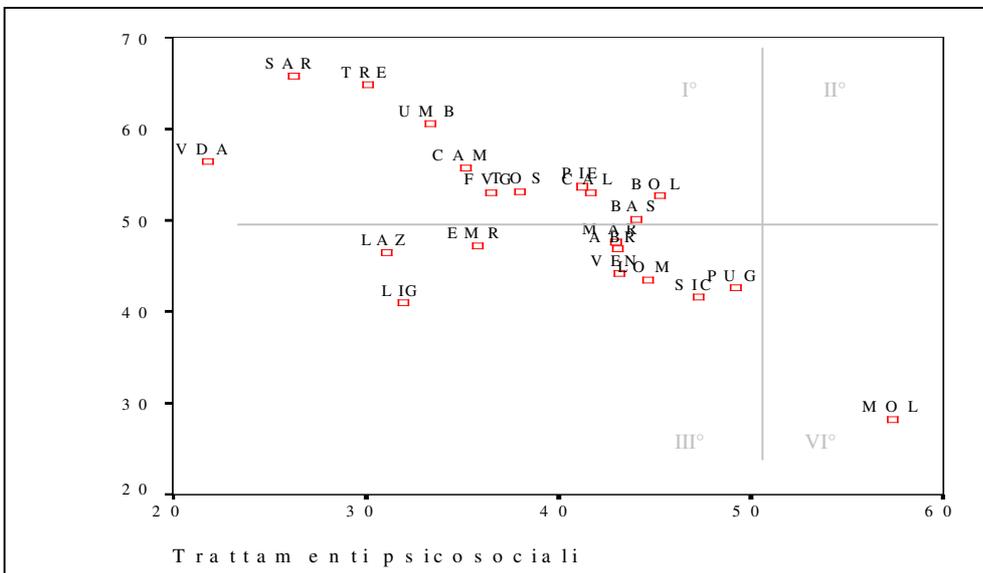
Grafico 3: Distribuzione per Regione della quota di soggetti sottoposti a trattamento integrato con metadone nel corso del 2003



Fonte: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute

Per meglio comprendere la distribuzione dei due parametri, che risentono delle problematiche inerenti sia la definizione del trattamento prevalente nel corso del tempo, sia della sovrapposizione di casi, ne è stata fatta un'analisi della correlazione riportata nel Grafico 4.

Grafico 4: Correlazione tra quota di soggetti sottoposti a trattamento integrato con metadone e trattamento psicosociale nel corso del 2003

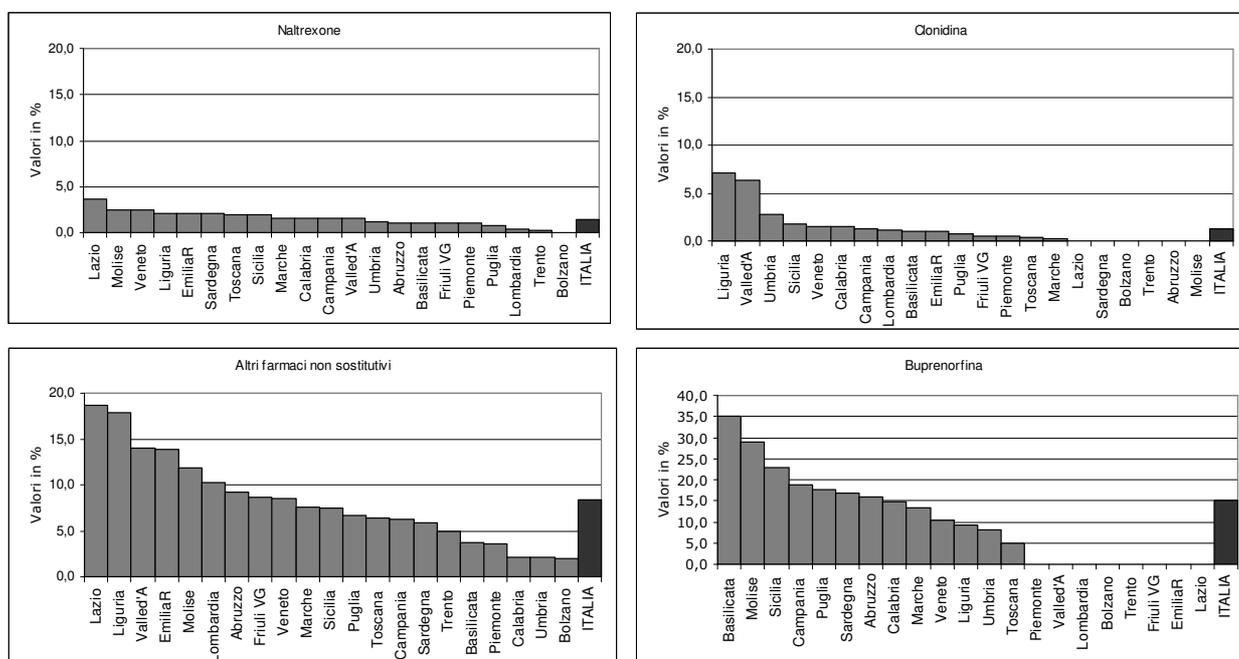


Fonte: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute

Nel grafico 4, le regioni che si collocano nel primo quadrante mostrano un orientamento terapeutico dei SerT prevalentemente orientato a terapie integrate con l'uso del metadone, le regioni che si collocano nel terzo quadrante mostrano un orientamento all'attivazione anche di altre tipologie di trattamento integrato, ma con un minore uso del metadone, e la Regione Molise mostra contemporaneamente una frequenza elevata di interventi psicosociali ed una frequenza bassa di interventi integrati con metadone. Le altre tipologie di trattamento sono riportate nel grafico 5. Si

consideri che l'attuale flusso informativo non permette di separare le associazioni e che l'informazione sull'uso della buprenorfina non viene riferita da tutte le Regioni e Province Autonome.

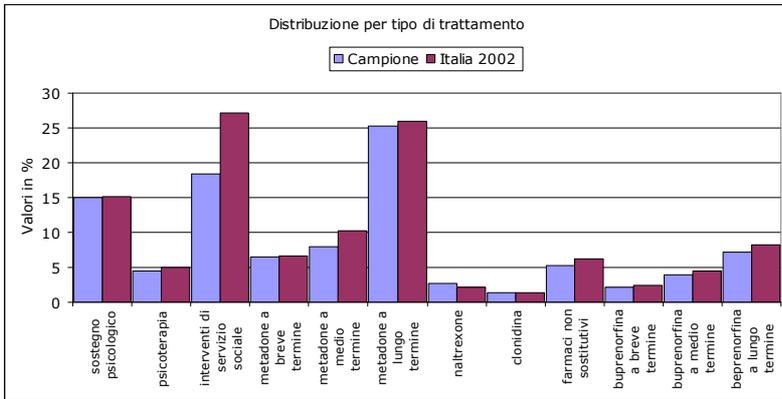
Grafico 5: Distribuzione per Regione della quota di soggetti sottoposti a trattamenti con naltrexone, clonidina, buprenorfina e con farmaci non sostitutivi nel corso del 2003.



Fonte: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute

Ben diversa appare la potenzialità di analisi dell'informazione dei dati sui trattamenti se dal sistema dei dati aggregati si passa al sistema dei dati su singolo record. Nel grafico 5 sono riportati i dati relativi ad un campione di 20.590 soggetti in trattamento nel corso del 2002 nei SerT delle Regioni e Province Autonome che partecipano allo studio che il Consiglio nazionale delle ricerche - Sezione di epidemiologia dell'Istituto di fisiologia clinica ha attivato su incarico della Direzione generale per la prevenzione e il recupero dalle tossicodipendenze e alcolodipendenze e per l'Osservatorio permanente per la verifica dell'andamento del fenomeno delle droghe e delle tossicodipendenze. Il campione considerato, pur di notevole entità numerica, circa il 10% del totale dei soggetti in trattamento nel corso del 2002 in Italia, non è rappresentativo del dato nazionale, anche se il confronto nella distribuzione di frequenza percentuale per tipologia di trattamento evidenzia una differenza significativa solo relativa agli interventi di servizio sociale. Viene presentata quindi l'elaborazione al fine di mettere in evidenza la metodologia di elaborazione che permette di enumerare le possibili combinazioni dei trattamenti nel corso dell'anno e di stratificare i casi secondo altre caratteristiche come la sostanza d'abuso primaria, l'appartenenza o meno ai "casi incidenti" e altre variabili come il sesso e le classi di età.

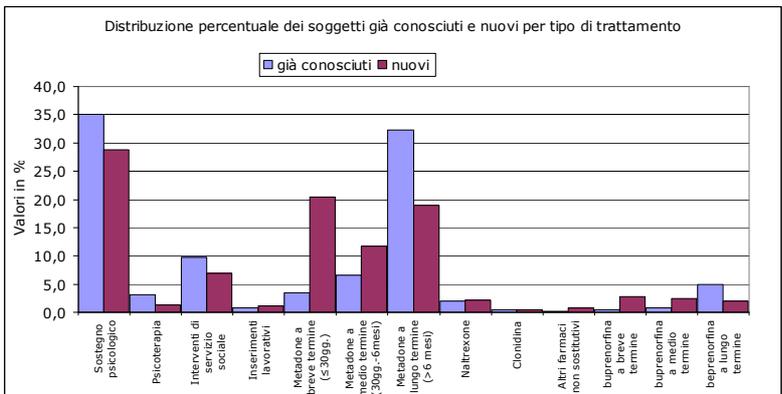
Grafico 5: Distribuzione della quota di soggetti sottoposti a trattamento nei SerT nel corso del 2002, confronto tra i dati del campione e i dati nazionali.



Fonte: Istituto di fisiologia clinica Consiglio nazionale delle ricerche

Selezionando solo i casi con eroina come sostanza d'abuso primaria (il 79,1% del campione), nel grafico 6 è riportata la distribuzione di frequenza percentuale dei trattamenti nei gruppi dei soggetti al primo trattamento e dei soggetti che accedono ad un nuovo trattamento o che continuano dall'anno precedente. Si può evidenziare come i "nuovi" soggetti, quelli al primo trattamento, mostrano una probabilità circa sei volte più elevata di essere sottoposti a trattamenti integrati con metadone a breve termine rispetto ai soggetti "già conosciuti". Tale probabilità è circa doppia anche per i trattamenti a medio termine e diventa circa la metà per i trattamenti a lungo termine. Per i trattamenti integrati con buprenorfina, anche se meno frequenti degli altri, si evidenzia una probabilità circa cinque volte più elevata di accedere a trattamenti brevi e circa tre volte più elevata per i trattamenti a medio termine, per i soggetti "nuovi" rispetto a quelli "già conosciuti". I soggetti al primo trattamento mostrano inoltre una probabilità circa cinque volte più elevata, rispetto ai soggetti che rientrano per un nuovo trattamento, di essere inseriti in un trattamento integrato senza farmaci sostitutivi.

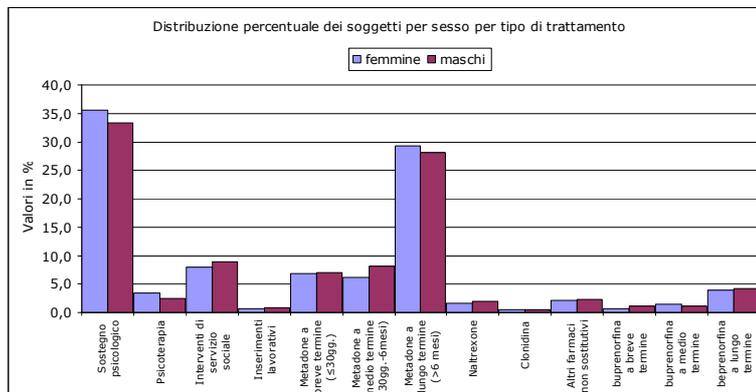
Grafico 6: Distribuzione della quota di soggetti con eroina come sostanza d'abuso primaria sottoposti a trattamento nei SerT nel corso del 2002, distribuzione per tipologia di trattamento dei soggetti "già conosciuti" e "nuovi".



Fonte: Istituto di fisiologia clinica Consiglio nazionale delle ricerche

Continuando l'analisi solo per i soggetti con eroina come sostanza d'abuso primaria, nel grafico 7 sono riportate le due distribuzioni percentuali per tipo di trattamento riferite ai maschi e alle femmine. In questo caso non si evidenziano differenze significative attribuibili al sesso nell'accesso alle diverse tipologie di trattamento

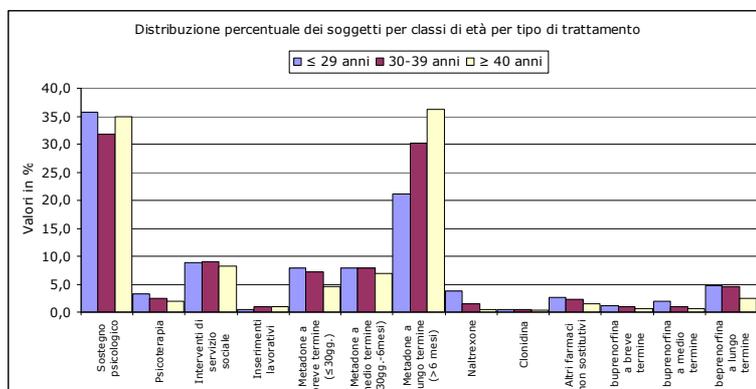
Grafico 7: Distribuzione della quota di soggetti con eroina come sostanza d'abuso primaria sottoposti a trattamento nei SerT nel corso del 2002, distribuzione per tipologia di trattamento dei maschi e delle femmine.



Fonte: Istituto di fisiologia clinica Consiglio nazionale delle ricerche

Ulteriori analisi possono essere fatte, sempre per i soggetti con eroina come sostanza d'abuso primaria, per verificare se l'appartenenza a diverse classi di età può influenzare la probabilità di essere sottoposto a determinati trattamenti. Nel grafico 8 sono riportate le distribuzioni per tipo di trattamento dei soggetti appartenenti alle diverse classi di età. I raggruppamenti sono stati fatti creando tre classi, la prima fino a 29 anni, la seconda tra i 30 e i 39 anni e la terza dai 40 anni ed oltre.

Grafico 8: Distribuzione della quota di soggetti con eroina come sostanza d'abuso primaria sottoposti a trattamento nei SerT nel corso del 2002, distribuzione per tipologia di trattamento nelle classi di età.



Fonte: Istituto di fisiologia clinica Consiglio nazionale delle ricerche

Si può evidenziare che i soggetti di età più elevata hanno una probabilità circa doppia dei più giovani di essere inseriti in un trattamento integrato con metadone a lungo termine e di complemento che i soggetti di età più giovane hanno una probabilità circa doppia rispetto a chi ha raggiunto e/o superato i 40 anni di essere all'interno di trattamenti integrati con buprenorfina a lungo termine o con altri farmaci non sostitutivi. Si consideri come questo dato sia in parte correlato con la caratteristica che i soggetti più giovani sono anche i soggetti che si presentano ai servizi per un primo trattamento. Da quanto riportato si può evidenziare la complessità dell'analisi relativa alla tipologia dei trattamenti attivati dalle strutture di servizio delle tossicodipendenze. Anche la metodologia descrittiva che necessariamente deve fare riferimento oltre che a metodi statistici semplici a metodi più complessi esula dal presente contesto. Si rimanda pertanto per gli ulteriori approfondimenti alle future pubblicazioni.

