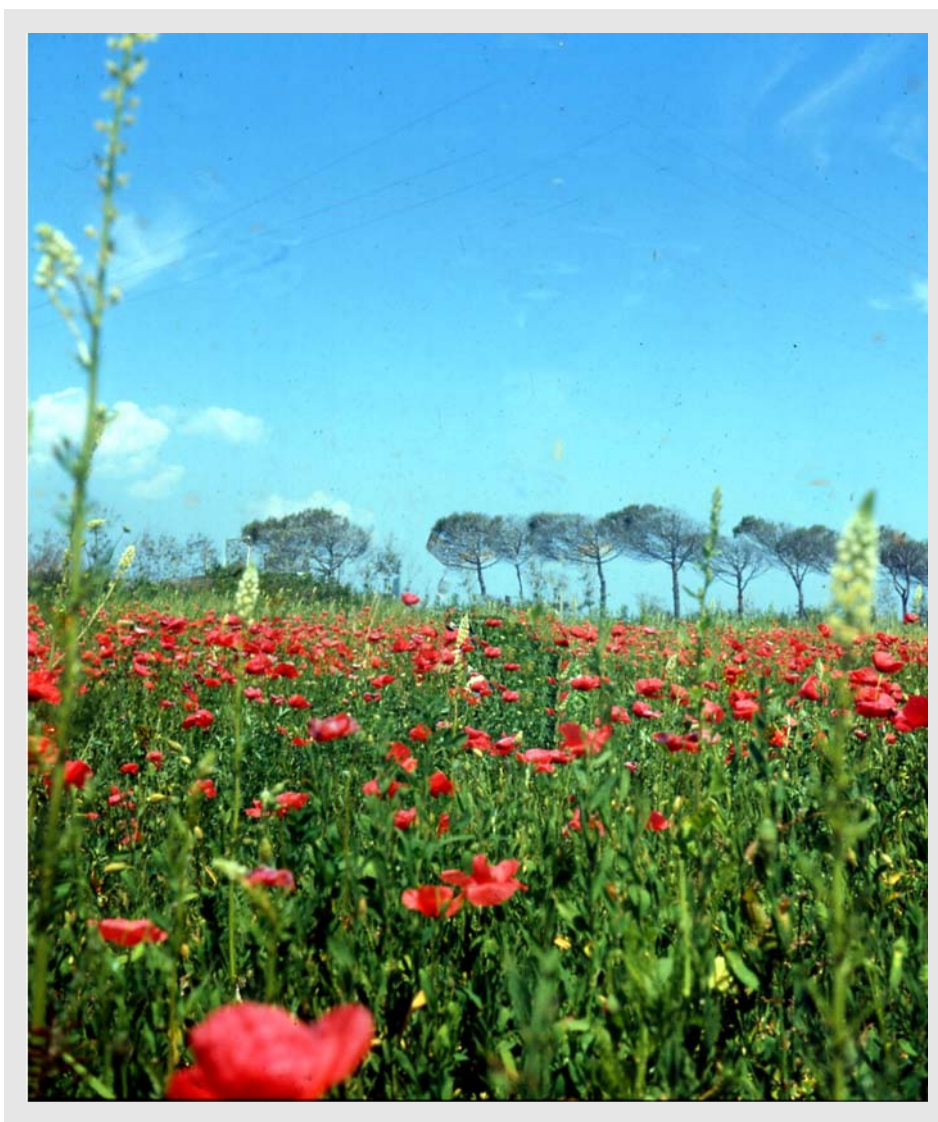


**MINISTERO DELL'INTERNO**

**DIPARTIMENTO PER LE POLITICHE DEL PERSONALE DELL'AMMINISTRAZIONE CIVILE  
E PER LE RISORSE STRUMENTALI E FINANZIARIE  
*DIREZIONE CENTRALE PER LA DOCUMENTAZIONE E LA STATISTICA***

**ANALISI DEI MUTAMENTI DEL CONSUMO TRA LE PERSONE SEGNALATE AI  
PREFETTI PER DETENZIONE PER USO PERSONALE DI SOSTANZE STUPEFACENTI  
DAL 1991 AL 2006**





**MINISTERO DELL'INTERNO**

DIPARTIMENTO PER LE POLITICHE DEL PERSONALE DELL'AMMINISTRAZIONE CIVILE  
E PER LE RISORSE STRUMENTALI E FINANZIARIE  
*DIREZIONE CENTRALE PER LA DOCUMENTAZIONE E LA STATISTICA*

**ANALISI DEI MUTAMENTI DEL CONSUMO TRA LE PERSONE SEGNALATE AI  
PREFETTI PER DETENZIONE PER USO PERSONALE DI SOSTANZE STUPEFACENTI  
DAL 1991 AL 2006**

Pubblicazione edita a cura della

**DIREZIONE CENTRALE PER LA DOCUMENTAZIONE E LA STATISTICA  
UFFICIO I ° DOCUMENTAZIONE GENERALE**

Direttore Centrale  
Prefetto Giuseppe MONTEBELLI

Dirigente Ufficio I  
Barbara POMARDI

Comitato di redazione:  
Simona TOMASSINI  
Luigia VENTURA  
Rita CECCHETTI  
Marina COLASANTI  
Antonietta SALA  
Caterina BRIUOLO

## **INDICE**

	Pag.
<i>Introduzione</i>	I
 <i>Parte Prima</i>	
<b>I. 1</b> Sviluppo del fenomeno delle tossicodipendenze e della relativa normativa. I Nuclei Operativi per le Tossicodipendenze	3
<b>I. 2</b> Il ruolo della Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica. I flussi informativi in materia di tossicodipendenza:	11
<b>I. 2a</b> Le persone segnalate ai sensi dell'art. 75 del D. P. R 309/90	12
<b>I. 2b</b> le persone segnalate ai sensi dell'art.121 del D.P.R 309/90	24
<b>I. 2c</b> Il censimento delle strutture socio-riabilitative	27
<b>I. 2d</b> I tossicodipendenti in trattamento presso le strutture socio-riabilitative	30
<b>I. 2e</b> Studio sulle caratteristiche degli utenti	32
 <b>I. 3</b> Gli utenti dei Servizi Pubblici per le Tossicodipendenze	 38
 <b>I. 4</b> I decessi per assunzione di sostanze stupefacenti	 40
 <i>Parte Seconda</i>	
<b>II. 1</b> Il ruolo dei Nuclei Operativi Tossicodipendenze e l'iter di recupero dei soggetti consumatori dall'entrata in vigore del T.U. 309/90 all'introduzione della legge 49/2006	47
<b>II. 2</b> I mutamenti del consumo di sostanze stupefacenti nelle fasce giovanili dei segnalati ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 309/90	53
<b>II. 3</b> I minori segnalati ex art.75 del D.P.R 309/90	61
<b>II. 4</b> Studio della popolazione dei consumatori occasionali	65
 <i>Conclusioni</i>	 67



## ***Introduzione***

La globalizzazione del traffico di stupefacenti e la diminuzione dei prezzi di alcune sostanze, tra cui la cocaina che ha registrato negli ultimi anni un incremento notevole dei consumi sia a livello mondiale che europeo, stanno riportando drammaticamente in primo piano, anche nel nostro Paese, il fenomeno droga, ponendolo tra le priorità politiche da affrontare.

Il presente lavoro intende analizzare i mutamenti del consumo di droga in continua evoluzione sia per la tipologia delle sostanze presenti oggi sul mercato, sia per le modalità di consumo diffuse soprattutto nelle fasce giovanili, più esposte al rischio di entrare nel tunnel della tossicodipendenza.

Lo studio, in particolare, si propone di stimolare una riflessione sul ruolo svolto dai Nuclei Operativi per le Tossicodipendenze delle Prefetture, istituiti in base al D.P.R del 9 Ottobre 1990, n. 309, e sull'efficacia del provvedimento sanzionatorio di cui all'art. 75 del predetto T.U., anche alla luce delle modifiche normative introdotte dalla legge 21 febbraio 2006, n. 49.

Verificando l'andamento delle segnalazioni nei primi quindici anni di applicazione della normativa (1991-2006), grazie ai dati rilevati presso i NOT delle Prefetture ed alle numerose iniziative progettuali realizzate in questi anni, è possibile analizzare i mutamenti nel consumo tra i giovani segnalati per detenzione e consumo personale .

Mentre le stime disponibili a livello nazionale ed internazionale sull'incidenza del consumo nella popolazione generale ed in particolare tra i giovani si basano su studi campionari costosi ma spesso poco attendibili, i dati delle Prefetture sui segnalati si riferiscono alla popolazione reale ed offrono l'opportunità di studiare i "consumatori occasionali", quelle persone cioè che non fanno ancora un uso continuato di droghe e che, non essendo né considerandosi dei tossicodipendenti, non si rivolgono ai servizi pubblici strutturati appositamente per accogliere i consumatori problematici.

Il dato più significativo che emerge è che i soggetti segnalati sono in maggioranza giovani consumatori di cannabinoidi che, senza tale attività di prevenzione, sarebbero rimasti privi della rete di sostegno che a livello locale i NOT in questi anni hanno contribuito a costruire.

Per tali motivi si ritiene che il sistema sanzionatorio, previsto dalla normativa italiana, ha rappresentato e può rappresentare tuttora un argine alla droga ed alla tossicodipendenza soprattutto in una fase in cui si è notevolmente abbassata l'età del primo consumo.

Nel sottolineare l'importanza dell'opera di dissuasione e di recupero svolta dai Nuclei Operativi per le Tossicodipendenze delle Prefetture nei confronti dei consumatori di droga, desidero pertanto manifestare il mio apprezzamento e gratitudine al personale dei N.O.T. per la costante collaborazione e gli spunti di riflessione forniti, che sono risultati di grande utilità per la stesura del presente Rapporto.

*Il Direttore Centrale*  
Prefetto Giuseppe Montebelli



## ***PARTE I***



## ***I.1 Sviluppo del fenomeno della tossicodipendenza e della relativa normativa***

La normativa italiana ha costantemente considerato reato la produzione ed il traffico illecito di stupefacenti, adottando misure repressive e sanzionatorie sempre più incisive, sulla base anche di convenzioni internazionali, mentre ha previsto per il consumo di droghe provvedimenti molto differenti nel corso degli anni.

La legislazione in materia di stupefacenti si è ispirata, all'inizio, all'opzione proibizionista, nonostante una parte dell'opinione pubblica richiedesse un trattamento distinto per la cannabis ed i suoi derivati (cd. droghe leggere) attraverso la legalizzazione.

La prima legge sulla droga, la l. 396 del 18 febbraio del 1923, si inquadra in un ambito politico-sociale radicalmente differente da quello attuale e considerava il consumo di droga come un "vizio". Tuttavia prevedeva la punibilità del consumatore solo qualora la sua condotta potesse rappresentare un pericolo per l'ordine pubblico.

**Legge  
396/1923**

Con la legge n. 1041 del 1954 il consumatore di stupefacenti veniva pienamente equiparato al produttore ed allo spacciatore. Tale legge applicava, sia pure in ritardo, le disposizioni della Convenzione di Ginevra del 1936 che ribadivano la necessità di incriminazioni "a cascata", per evitare possibili impunità per coloro che entrassero anche occasionalmente nel mondo della droga.

**Legge  
1041/1954**

La diffusione della droga in Italia è iniziata alla fine degli Anni `60 ed ha assunto nel corso del decennio successivo proporzioni sempre più vaste.

Di fronte all'inadeguatezza della normativa che si caratterizzava per un approccio meramente repressivo al problema - prevedendo la punibilità del consumatore considerato alla stregua di un delinquente - veniva richiesto, da parte della società civile, un intervento politico che tenesse conto anche degli aspetti socio-sanitari del fenomeno droga.

Nel corso degli Anni `70 si è rafforzata la necessità di distinguere i consumatori di droga dagli spacciatori e dai trafficanti giungendo all'emanazione della legge 22 dicembre 1975, n. 685 che applicava le direttive impartite dalle Convenzioni di New York del 1961 e di Vienna del 1971.

**Legge  
685/1975**

La premessa fondamentale di tale svolta nella legislazione italiana, che ha

rappresentato il primo tentativo organico di creare uno strumento per la soluzione del problema, era la crescente consapevolezza della natura di "malattia sociale" dell'abuso di droghe e la visione dell'assuntore di sostanze stupefacenti quale persona comunque bisognosa di un supporto medico, psicologico e sociale.

La legge n. 685 del 1975 ha costituito quindi una tappa molto importante nel cammino della lotta alla droga in quanto la tossicodipendenza veniva considerata una condizione patologica invece che un comportamento antisociale da reprimere.

Pur ribadendo l'illiceità della detenzione di droga, la legge contemplava un'ipotesi di non punibilità, caratterizzata da due elementi essenziali: uno soggettivo, legato alla finalità di "uso personale" non terapeutico della droga, l'altro oggettivo, costituito dalla "modica quantità" di sostanza detenuta.

Con la citata normativa, inoltre, le comunità terapeutiche, che negli ultimi anni si erano notevolmente diffuse e cominciavano a collaborare attivamente con i servizi pubblici, venivano riconosciute ufficialmente.

Per la prima volta lo Stato si serviva di una molteplicità di organi, enti ed istituzioni pubbliche e private, investiti di compiti ben definiti, per una strategia globale di lotta alla droga.

Insieme al controllo repressivo del fenomeno, tramite il rafforzamento delle azioni di contrasto delle Forze dell'Ordine, si sviluppavano le attività di prevenzione, cura e riabilitazione.

Nonostante tutto, nel corso degli Anni `80 il trend del consumo di droga assumeva dimensioni preoccupanti, connotate dal notevole aumento dei decessi per "overdose" o droga-correlati (incidenti stradali, ecc...), dall'insorgenza di patologie connesse al consumo di droga (AIDS, epatiti virali) e dall'aumento della microcriminalità collegata al narcotraffico. Veniva deciso quindi di avviare anche un monitoraggio continuo del fenomeno a livello nazionale, al fine di comprendere meglio la situazione.

A tale scopo il Comitato Nazionale di Coordinamento per l'Azione Antidroga istituiva nel 1984, presso il Ministero dell'Interno- Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica, un Osservatorio Permanente sul fenomeno droga. Negli stessi anni venivano presentati una ventina di progetti

di riforma che testimoniano il grande interesse delle diverse forze politiche per l'argomento e le difficoltà di affrontare in modo efficace un problema così complesso.

Durante gli Anni '90 l'Italia - come la maggior parte dei Paesi europei - dovette far fronte all'incremento ed alla diffusione delle droghe, con ogni mezzo: dall'azione di contrasto delle Forze dell'Ordine alle politiche di prevenzione, dalla formazione ed educazione nelle scuole ai programmi di trattamento e riabilitazione sociale.

Quale strumento legislativo d'intervento veniva promulgata la legge 26 giugno 1990 n. 162 che si proponeva non solo di combattere la produzione e il commercio di droga ma anche di scoraggiare il consumatore attraverso una serie di sanzioni dirette a prevenire l'uso di droghe con interventi in campo sociale, psicologico e medico. **L.162/1990**

Nello stesso anno, le norme in vigore venivano raccolte in un apposito Testo Unico il D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309 in materia di disciplina degli stupefacenti e delle sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza. **T. U 309/1990**

Con il D.P.R. 309/90 si unificavano le leggi n. 685 e 162 ed i decreti applicativi emanati dal Ministero della Salute, nell'intento di allinearsi alle risoluzioni adottate dagli Stati membri della Comunità Europea.

La normativa rafforzava il ruolo già svolto dal Comitato Nazionale di Coordinamento per l'Azione Antidroga istituito con D. P. C. M. 30 maggio 1984, assegnandogli una responsabilità diretta nel coordinamento delle politiche - sia a livello nazionale che internazionale - nel campo della prevenzione, della organizzazione delle risposte terapeutiche, della repressione contro la produzione e la diffusione degli stupefacenti e del recupero sociale dei tossicodipendenti.

Anche l'istituzione della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (D.C.S.A.) e della Direzione Investigativa Antimafia (D.I.A.), dava maggiore impulso all'azione delle Forze di Polizia nel campo della riduzione dell'offerta, grazie anche all'adozione di alcune procedure comuni ad altri Paesi, come l'infiltrazione degli agenti-provocatori nelle organizzazioni criminali, gli acquisti simulati di droga, la consegna controllata ed il sequestro dei beni dei trafficanti. **Direzione Centrale per i Servizi Antidroga**

Il D.P.R. 309/90 istituiva il "Fondo Nazionale di Intervento per la Lotta alla Droga" (all'atto della sua istituzione circa 200 miliardi annui di Lire), grazie al quale venivano finanziati in quegli anni numerosi progetti finalizzati al contrasto del fenomeno, con il coinvolgimento di enti pubblici e privati in un'azione sinergica diretta a promuovere l'informazione e la prevenzione soprattutto nella popolazione giovanile, nonché il recupero ed il reinserimento sociale dei tossicodipendenti

Gli obiettivi dichiarati dal D.P.R. 309/90 erano:

- combattere nel modo più efficace la diffusione di tutte le sostanze stupefacenti, potenziando l'attività della Polizia Giudiziaria;
- dichiarare sempre illecito l'uso degli stupefacenti per uso personale e voluttuario;
- creare una serie di sanzioni in ordine di gravità crescente (da quelle amministrative a misure penali non detentive, a misure detentive);
- abolire il concetto di "modica quantità" introdotta con la legge n. 685/75, sostituendola con quella "dose media giornaliera" come discriminante tra le sanzioni amministrative e quelle penali detentive.

In base al D.P.R. 309/90 era vietato l'uso personale di sostanze stupefacenti o psicotrope elencate in apposite tabelle e consentito l'uso terapeutico di preparati medicinali a base di sostanze stupefacenti o psicotrope.

Pur essendo comune il trattamento giuridico, le sostanze elencate nelle tabelle erano in realtà molto diverse tra loro per effetti e pericolosità. La legge sanzionava penalmente in misura elevata le attività illecite (senza autorizzazione) di produzione, importazione, vendita (art. 73 e art. 74) ed in via amministrativa la detenzione finalizzata al consumo personale (art. 75). Non veniva sanzionato l'uso terapeutico di preparati medicinali a base di sostanze stupefacenti (art. 72 comma 2).

Il D.P.R. 309/90 prevedeva dunque un sistema sanzionatorio articolato in sanzioni penali e sanzioni amministrative, le prime di competenza della Magistratura e le seconde delle Prefetture-UTG.

Per quanto riguarda le norme che sanzionavano la produzione ed il traffico illecito di stupefacenti esse non si differenziavano in modo sostanziale dalla disciplina precedente alla riforma del 1990. Il sistema era costituito da 2

gruppi di reati, che si distinguono tra reati a carattere individuale e a carattere associativo. In ciascuno dei sottogruppi le sanzioni si differenziavano e si basavano sulla natura della sostanza stupefacente, a seconda cioè che si trattasse di droghe pesanti (indicate nelle Tabelle I- III del D.P.R. 309/90) o leggere (Tabelle I - IV).

Il T.U. 309/90, oltre al potenziamento della risposta sanzionatoria nei confronti delle attività illecite, introduceva l'assoggettamento a sanzioni amministrative - come il ritiro del porto d'armi, del passaporto, della patente di guida e del permesso di soggiorno in caso di persone straniere - “per tutti coloro che, per uso personale, illecitamente importino, acquistino o comunque detengano sostanze stupefacenti” (Art. 75).

Prima del referendum popolare dell'aprile del 1993, l'uso personale era rigidamente legato al quantitativo della sostanza usata, che non doveva, comunque, superare la "dose media giornaliera". Il ricorso all'Autorità Giudiziaria ed alle sanzioni penali, avveniva soltanto se la condotta illecita era più volte reiterata (Art. 76).

**Referendum  
popolare 1993**

Successivamente, con Referendum abrogativo del 1993, si reintroduceva il concetto di “modica quantità”, intesa come il fabbisogno di un consumatore medio, al fine di evitare che il rigido meccanismo di determinazione della dose media giornaliera portasse alla penalizzazione di quasi tutte le detenzioni finalizzate al consumo.

La portata innovativa della legge non veniva però intaccata dal referendum del 1993, anzi ne risultava rinvigorita in quanto attribuiva un ruolo fondamentale al Prefetto, la cui azione di controllo del fenomeno attraverso il procedimento amministrativo previsto ai sensi dell'art. 75, risultava sempre più orientata verso l'attività di aiuto alla persona.

L'art. 75 del T.U. 309/90 prevedeva la costituzione dei Nuclei Operativi per le Tossicodipendenze (NOT) successivamente istituiti in tutte le Prefetture e nelle Province autonome di Aosta, Trento e Bolzano.

**Nuclei Operativi  
per le  
tossicodipendenze**

Le Prefetture hanno rivestito in questi anni, grazie alla normativa predetta, un ruolo fondamentale nella prevenzione del consumo problematico di droghe soprattutto nei confronti dei giovani consumatori occasionali, che rappresentano la maggioranza dei segnalati (l'età media infatti si aggira sui 23-

24 anni), i quali non percependosi come tossicodipendenti non si sarebbero rivolti ad alcuna struttura in grado di supportarli.

Il colloquio con il funzionario delegato e gli assistenti sociali incaricati presso il N.O.T. ha svolto, in questi anni, un'importante attività di dissuasione e di recupero nei confronti della popolazione dei consumatori di droga intercettati dalle Forze dell'Ordine sul territorio nazionale.

Durante il colloquio il detentore di sostanze viene informato sulla norma giuridica e sulla pericolosità dell'uso ed abuso di sostanze. Inoltre gli operatori del NOT nell'individuare le motivazioni che hanno indotto al consumo di droghe, hanno il compito di attivare nel soggetto la capacità di autoresponsabilizzarsi, individuando un percorso terapeutico finalizzato anche a prevenire ulteriori violazioni.

Prima dell'entrata in vigore della legge 49/2006 il consumatore di stupefacenti poteva evitare l'applicazione delle sanzioni amministrative sottoponendosi ad un programma terapeutico, l'inosservanza del quale consentiva di richiamare il soggetto per un nuovo colloquio. A conclusione del programma terapeutico il procedimento veniva archiviato. In caso contrario o in caso di mancata presentazione al colloquio si procedeva ad irrogare le sanzioni amministrative.

Legge  
18/2/1999, n.  
45

Il Testo Unico 309/90 è stato modificato prima dalla legge 18 febbraio 1999, n. 45 che:

- ha attuato il decentramento alle Regioni di gran parte delle risorse finanziarie (75%) del Fondo Nazionale di Intervento per la Lotta alla Droga;
- ha istituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per gli Affari Sociali un Osservatorio permanente sull'andamento del fenomeno della tossicodipendenza;
- ha riqualificato i servizi pubblici (Ser.T.) e del privato sociale e il relativo personale.

La legge  
49/2006

Il T.U. è stato successivamente modificato dalla legge 21 febbraio 2006, n. 49 che, rafforzando l'intento repressivo, ha, tra l'altro, introdotto il limite quantitativo massimo come criterio che distingue il consumatore dallo spacciatore, dando alle Forze dell'Ordine la competenza per valutare se si tratti

di soggetti da avviare presso le Prefetture, per il relativo procedimento amministrativo, o all'Autorità penale.

Altra modifica rilevante è quella che ha equiparato, inserendole in un'unica "tabella", tutte le sostanze dagli effetti psicoattivi.

Le sanzioni da irrogare sono la sostanziale riproposizione di quelle già previste nell'art. 75 della precedente normativa, variando solo per la maggiore durata e per l'impossibilità di sospendere le stesse qualora l'interessato accetti di sottoporsi al programma terapeutico, essendo prevista solo la revoca dei provvedimenti a conclusione positiva del programma di recupero.

Tuttavia non è escluso che, alla fine del colloquio, il Prefetto possa decidere, in casi di particolare tenuità della violazione e limitatamente alla prima volta, qualora ricorrano anche elementi tali da far presumere che la persona si asterrà per il futuro dal commettere nuovamente gli illeciti di cui al c. 1, decidere di procedere al formale invito a non fare più uso di stupefacenti.

Nell'ammonizione è previsto, inoltre, l'avvertimento delle conseguenze derivanti da una mancata ottemperanza all'invito che riguardano non solo i danni alla salute e all'incolumità propria ed altrui, ma anche i risvolti giuridici previsti, ai sensi dell'art. 75 e 75 bis, in caso di recidiva.

Per quanto riguarda le sostanze stupefacenti, gli elementi caratterizzanti la nuova normativa sono:

- l'unificazione di tutte le sostanze in un'unica tabella, senza distinzione di pericolosità e di sanzione fra i derivati della cannabis l'eroina e la cocaina;
- l'individuazione di una quantità di principio attivo che discrimini automaticamente fra la fattispecie amministrativa e quella penale (segnalazione e procedimento in Prefettura nel caso di quantità inferiore, denuncia e procedimento penale qualora la quantità detenuta sia superiore).

La normativa precedente, pur stabilendo l'illiceità e la sanzionabilità della detenzione di sostanze stupefacenti per uso personale, inseriva il procedimento sanzionatorio/amministrativo in un più ampio contesto finalizzato ad un'azione dissuasiva e educativa rispetto all'uso di sostanze stupefacenti.

Prima dell'entrata in vigore della legge 49/2006 era infatti possibile:

definire il procedimento in base ai seguenti atti:

- ammonizione ed archiviazione, nel caso di segnalazione per cannabis e per una sola volta, qualora ricorressero elementi che facevano presumere che la persona si sarebbe astenuta per il futuro dal commettere nuovamente l'illecito;
- invio ad un Servizio per le tossicodipendenze per lo svolgimento di un programma terapeutico in regime di sospensione del procedimento sanzionatorio, su richiesta dell'interessato e se ritenuto opportuno; nel caso di conclusione positiva del programma documentata dalla relazione del Servizio per le tossicodipendenze (Ser.T), il Prefetto archiviava il procedimento, mentre, in caso contrario, venivano irrogate le sanzioni amministrative;
- applicazione delle sanzioni amministrative qualora il soggetto non si fosse presentato al colloquio presso il N.O.T o avesse interrotto definitivamente il programma di recupero.

La legge 49/2006 ha accentuato l'aspetto repressivo nei confronti dei soggetti segnalati ex art. 75, ed ha privato il NOT della possibilità di proporre un programma terapeutico in alternativa alle sanzioni. La nuova legge, infatti, non prevede la possibilità di un invio ad un programma terapeutico in regime di sospensione del procedimento amministrativo, neanche se emerge una situazione di consumo problematico di sostanze stupefacenti.

Le sanzioni devono essere comunque irrogate nel caso di condotte reiterate anche per consumo di cannabis e solo successivamente l'interessato viene invitato a svolgere un programma terapeutico o informativo- educativo a conclusione del quale, mediante apposita documentazione rilasciata dal servizio, le sanzioni vengono revocate.

Tale previsione normativa, che non tiene conto dei tempi lunghi dei programmi di recupero che durano dai tre mesi ad un anno, ha comportato che i soggetti segnalati sono meno propensi a seguire il programma in quanto non ne vedono il vantaggio dal momento che vengono comunque sanzionati e ritengono l'invito a curarsi presso i servizi un prolungamento dell'applicazione della sanzione.

## ***I.2 Il ruolo della Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica***

### ***Flussi informativi in materia di tossicodipendenza***

La Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica del Dipartimento per le Politiche del personale dell'Amministrazione civile e per le Risorse strumentali e finanziarie cura, dall'entrata in vigore del T.U 309/90, la raccolta delle informazioni dei dati concernenti i soggetti segnalati ai Prefetti per detenzione per uso personale di sostanze stupefacenti, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 309/90.

Viene rilevata l'entità, la distribuzione geografica, il tipo di sostanza usata, il numero di colloqui svolti, delle sanzioni irrogate e dei casi archiviati per conclusione del programma terapeutico.

La Direzione cura altresì, tramite le Prefetture - Uffici Territoriali del Governo, sin dal 1984 (anno di istituzione dell'Osservatorio Permanente sul fenomeno droga presso il Ministero dell'Interno<sup>1</sup>) un censimento delle strutture socio-riabilitative e dei tossicodipendenti in trattamento nei medesimi centri di riabilitazione.

I dati vengono raccolti ed elaborati nelle seguenti pubblicazioni :

- “Tossicodipendenti in trattamento presso le strutture socio-riabilitative alle date del 31 marzo – 30 giugno – Analisi dei casi di decesso per assunzione di sostanze stupefacenti”<sup>2</sup>;
- “Tossicodipendenti in trattamento presso le strutture socio – riabilitative alle date del 30 settembre – 31 dicembre. Analisi dei casi di decesso per assunzione di sostanze stupefacenti”;
- “Censimento delle strutture socio riabilitative”.

Fino al 31.12.1997 sono stati raccolti ed elaborati anche i dati relativi ai tossicodipendenti in trattamento presso i Servizi Sanitari Pubblici (Ser.T). Dal 1° gennaio 1998 tale rilevazione è curata direttamente dal Ministero della Salute.

I flussi dei dati vengono inseriti nella Relazione Annuale al Parlamento sullo stato delle Tossicodipendenze e nel Compendio delle Statistiche Ufficiali dell'Amministrazione dell'Interno.

---

<sup>1</sup> L'Osservatorio sul fenomeno droga che nel 1999 fu trasferito alla Presidenza del Consiglio dei Ministri e successivamente presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Nel 2004 era stato inserito nel Dipartimento Nazionale Politiche Antidroga, organismo soppresso nel 2006. A partire dal 2006 fa parte del Ministero della Solidarietà Sociale.

<sup>2</sup> I dati sui decessi per overdose a livello nazionale sono forniti dalle Forze dell'Ordine e trasmessi, tramite le Prefetture, alla D.C.S.A che ne cura la rilevazione.

### ***I. 2a Persone segnalate ai sensi dell'Art.75 del D.P.R 309/90 (1990-2006)***

Dall'analisi delle informazioni contenute nella banca dati si evidenzia che, nel periodo compreso fra l'11 luglio 1990 (data di entrata in vigore della normativa summenzionata) ed il 31 dicembre 2006, il numero dei tossicodipendenti segnalati ai Prefetti dalle Forze dell'Ordine per detenzione di sostanze stupefacenti per consumo personale ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 309/1990 è pari a 516.427 mentre le segnalazioni effettuate dalle Forze dell'Ordine sono state 653.377, tenendo presente che una stessa persona può essere stata segnalata più volte in uno stesso anno o in anni diversi.

A tale proposito è interessante evidenziare che, sul totale dei segnalati più dell'80% risultano avere una sola segnalazione mentre il 20% circa risultano soggetti plurisegnalati.

Le persone segnalate, divise per sesso, sono state 481.253 maschi (93,20 %) e 35.174 femmine ( pari al 6,8%).

Dal dato complessivo dei segnalati risulta che n. 46.734 soggetti (pari al 9% circa) sono minori di 18 anni, in maggioranza di sesso maschile (pari al 93% circa)

Analizzando i dati sui soggetti segnalati ai Prefetti, si può notare che, dalla metà degli anni '90, inizia ad aumentare il numero delle segnalazioni ( cfr. Tab.1).

Il trend delle segnalazioni mostra un considerevole incremento a partire dal 1994 (25.920 persone segnalate) che si conferma anche negli anni successivi fino al 1999, anno in cui i segnalati sono 44.139. Nel 2000 vi è stata una lieve flessione, poi il numero dei segnalati è aumentato; nel 2004, è stato raggiunto l'apice con 47.989 persone segnalate e 50.141<sup>3</sup> segnalazioni e, nell'anno successivo, si è registrata una lieve flessione (45.047 persone segnalate e 47.097 segnalazioni). Nel 2006 sono state segnalate 37.640<sup>4</sup> persone e si sono registrate 39.705 segnalazioni ma il dato è da considerarsi provvisorio anche a causa delle iniziali difficoltà di applicazione della nuova normativa.( cfr.Graf.1)

---

<sup>3</sup> Il numero di segnalazioni risulta nell'anno di riferimento sempre superiore al numero delle persone segnalate in quanto un soggetto può essere segnalato più volte.

<sup>4</sup> I dati sono stati rilevati al 14 Giugno 2007.

**Tabella 1**

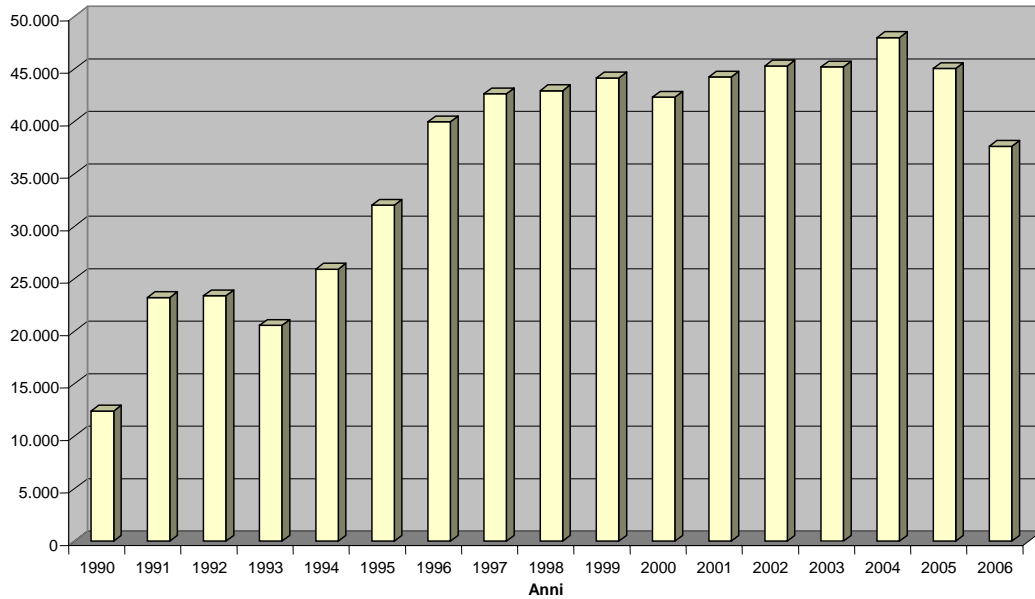
**TREND DELLE SEGNALAZIONI EX ART. 75 D.P.R. 309/90 COME MODIFICATO DALLA LEGGE 49/2006 (v.a)**

Anno	maschi	femmine	totale	minori	Totale segnalazioni	form invito	rich progr	archiviati	sanzioni	con colloqi	senza colloquio	totale colloqui**
1990	11.345	1.067	12.412	654	13.091*	1.469	2.651	91	843	114	729	4.320
1991	21.370	1.849	23.219	1.326	25.013	4.917	7.107	1.399	3.721	1.071	2.637	14.179
1992	21.580	1.800	23.380	1277	24.807	5297	6.302	2239	3.826	2807	1019	16.383
1993	19.084	1.480	20.564	1.138	21.476	6.434	5.324	3.121	4.620	3.379	1	17.163
1994	24.311	1.609	25.920	1626	27.082	11.762	6.692	3.333	7.465	5.544	1.921	26.036
1995	29.973	2.048	32.021	2077	33.841	12.875	7.117	3.793	7.965	5.790	2.175	27.588
1996	37.571	2.400	39.971	2795	42.872	14.432	8.584	3.931	7.632	4.980	2.652	29.747
1997	40.144	2.481	42.625	3.550	45.348	17.515	7.902	4.479	7.922	5.846	2.076	32.689
1998	40.542	2.402	42.944	3.924	45.865	18.781	6.987	4.707	8.452	5.839	2.613	33.023
1999	41.533	2.606	44.139	3.986	47.060	19.842	7.005	4.224	7.002	4.857	2.145	32.950
2000	39.762	2.556	42.318	3.861	44.527	18.139	6.877	4.451	6.907	4.674	2.233	44.527
2001	41.523	2.704	44.227	3.765	46.556	18.304	6.554	4.862	8.054	5.010	3.044	31.038
2002	42.451	2.827	45.278	3723	47.380	20.197	8.039	4.868	8.193	5.113	3.080	34.496
2003	42.284	2.910	45.194	3.746	47.043	21.612	7.454	5.406	8.228	5.119	3.109	35.289
2004	45.040	2.949	47.989	4003	50.141	22.002	9.265	6.224	7.814	4.990	2.824	37.480
2005	42.258	2.789	45.047	3754	45.047	18.651	8.099	6.393	7.955	5.271	2.684	33.085
2006	35.227	2.413	37.640	2.912	39.705	15.149	5.913	5.750	7.229	5.405	1.824	27.279

\* Il numero delle segnalazioni è superiore al numero dei soggetti segnalati in quanto in uno stesso anno una persona può essere segnalata più di una volta

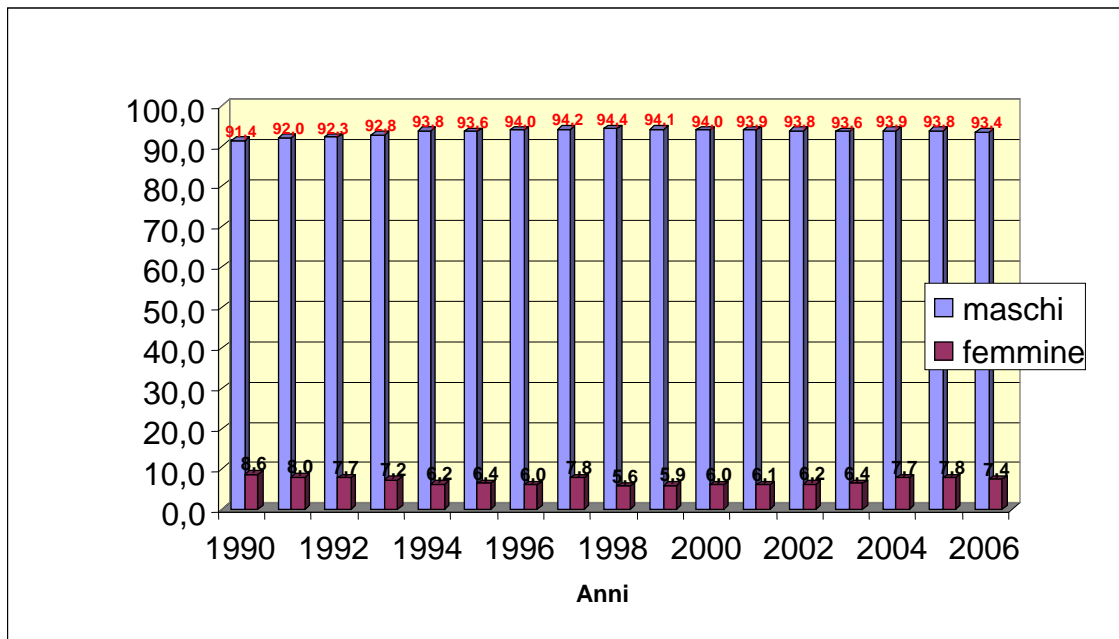
\*\* Si fa presente che uno stesso soggetto può essere sottoposto a diversi colloqui

**Grafico1 - Trend dei segnalati ex art. 75 (1990-2006) v.a.**



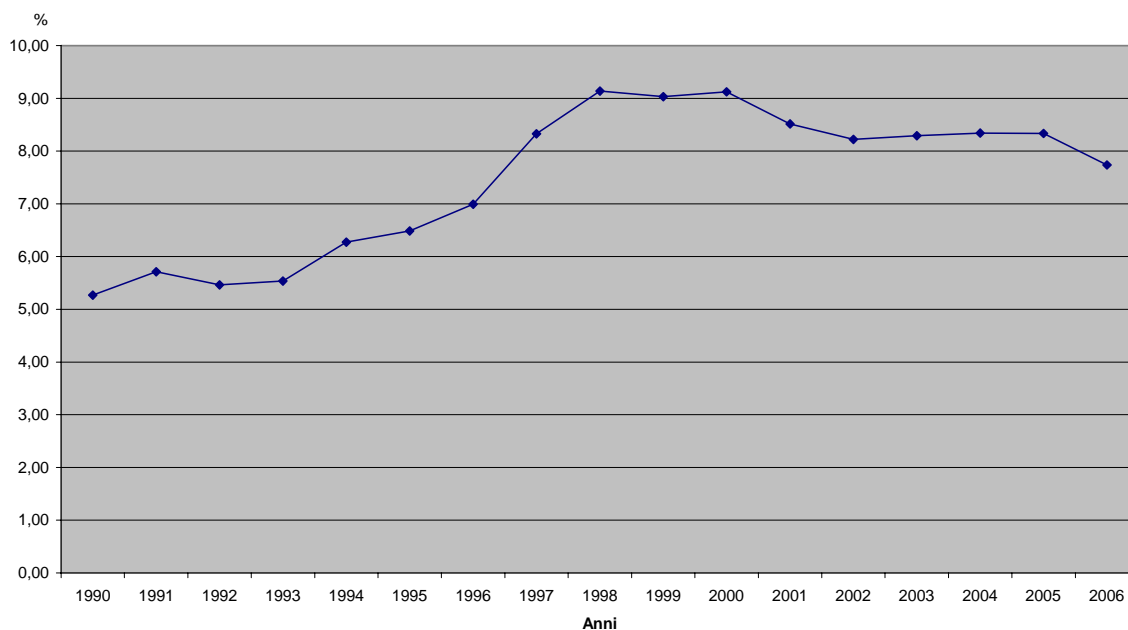
Per quanto riguarda le caratteristiche generali dei segnalati, si tratta di soggetti in maggioranza di sesso maschile (più del 90%) anche se la percentuale delle persone di sesso femminile, segnalate ai sensi del predetto art. 75, è in lieve ma costante aumento dal 2000 al 2005.(cfr. Graf.2)

**Grafico 2 - Andamento delle segnalazioni ex art. 75 (v.%)**



L'età media delle persone segnalate è compresa tra i 24ed i 25 anni. Il numero dei minori segnalati è aumentato fino al 1999 poi è diminuito lievemente fino al 2003. Nel 2004 i minori segnalati sono 4.003 e negli ultimi due anni si è verificato un decremento in parte attribuibile alla provvisorietà dei dati. (cfr Graf.3)

**Grafico 3 - Andamento dei minori segnalati ex art. 75  
(1991 – 2006) val. %**



Anche il numero dei colloqui risulta, nei quindici anni di applicazione della legge, quasi raddoppiato rispetto al 1991, anno che si può considerare di riferimento visto che la normativa è entrata in vigore soltanto l'11 luglio del 1990.

Riguardo alle sostanze di segnalazione relativamente alla popolazione dei segnalati, nei primi anni '90 predominavano le segnalazioni per sostanze c.d. "pesanti", ovvero eroina più altri oppiacei e cocaina. A partire dal 1993, è iniziato a diminuire il numero dei segnalati per eroina. La diminuzione si fa sempre più rilevante negli anni, toccando il valore minimo assoluto di 2721 persone segnalate nel 2003.

Al contrario i segnalati per cannabinoidi sono aumentati progressivamente fino al 2004; nel 2005 e nel 2006 vi è stata una lieve flessione.(cfr. Tab.2)

Nella tabella 2 viene evidenziato l'andamento percentuale dei segnalati in base alle diverse sostanze di segnalazione.

**Tabella 2**

<b>Andamento percentuale dei segnalati in base alle diverse sostanze di segnalazione (1991-2006)<sup>1</sup></b>								
Anni	Eroina	Altri Oppiacei (*)	Cocaina	Amfetamine e LSD	Ecstasy e analoghi	Cannabinoidi (**)	Altre Sostanze (***)	Totale <sup>2</sup> Sostanze
1991	50,52	1,07	5,17	0,14	0,13	42,53	0,44	100,00
1992	43,19	0,66	6,23	0,28	0,39	48,91	0,34	100,00
1993	32,98	0,42	6,27	0,47	1,11	58,31	0,44	100,00
1994	26,86	0,47	4,74	0,45	1,27	65,83	0,37	100,00
1995	24,27	2,19	3,23	0,50	2,11	67,28	0,41	100,00
1996	19,39	3,44	3,75	0,55	2,73	69,48	0,66	100,00
1997	14,49	1,20	5,25	0,57	1,37	76,30	0,82	100,00
1998	11,59	0,68	6,10	0,45	1,00	79,07	1,10	100,00
1999	9,61	0,56	7,87	0,39	1,16	79,37	1,04	100,00
2000	9,34	0,68	6,71	0,20	1,00	80,74	1,33	100,00
2001	7,91	0,59	6,56	0,23	1,07	81,77	1,88	100,00
2002	6,56	0,55	8,15	0,22	0,99	81,20	2,33	100,00
2003	5,47	0,44	9,43	0,21	0,88	80,53	3,04	100,00
2004	6,11	0,58	10,38	0,17	0,90	78,72	3,15	100,00
2005	6,47	0,76	11,87	0,20	0,74	76,45	3,51	100,00
2006	8,13	0,7	14,4	0,25	0,65	73,99	1,88	100,00

(\*) Morfina, metadone ed altri oppiacei

(\*\*) Hashish e marijuana

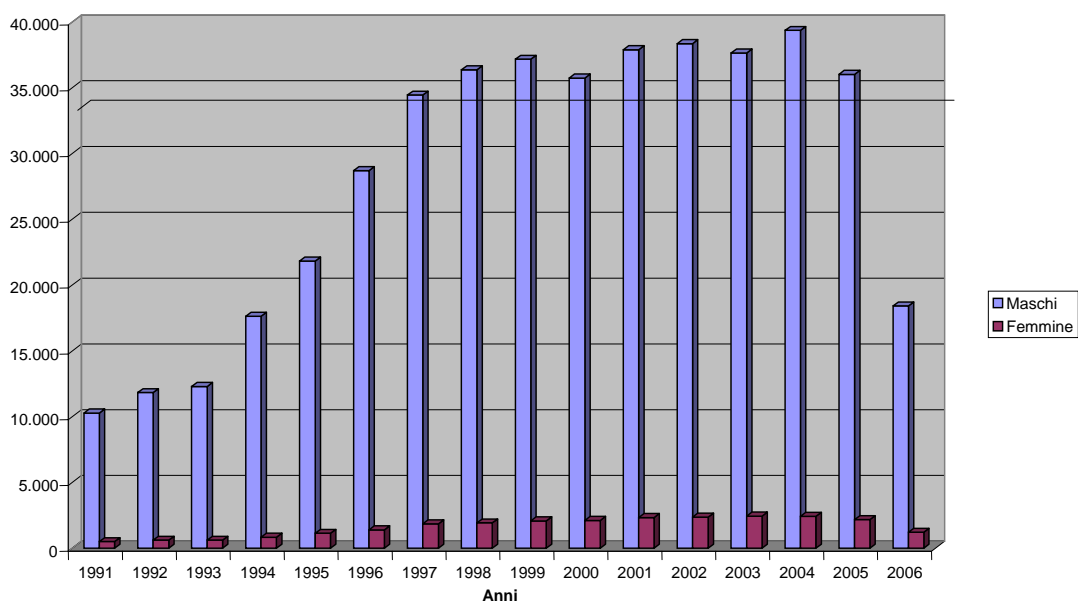
(\*\*\*) Tra cui benzodiazepine

La percentuale di persone di entrambi i sessi segnalate per cannabinoidi è passata da un valore del 42,53% del 1991 al valore massimo, raggiunto nel 2001, pari all'81,77% per poi subire una flessione negli anni successivi fino al valore minimo pari al 74% del 2006, restando, tuttavia la prima sostanza di segnalazione.

<sup>1</sup> Per rendere confrontabili i dati, nell'analisi seguente verrà preso in considerazione l'anno 1991, in quanto il D.P.R. 309 è entrato in vigore in data 11 Luglio 1990

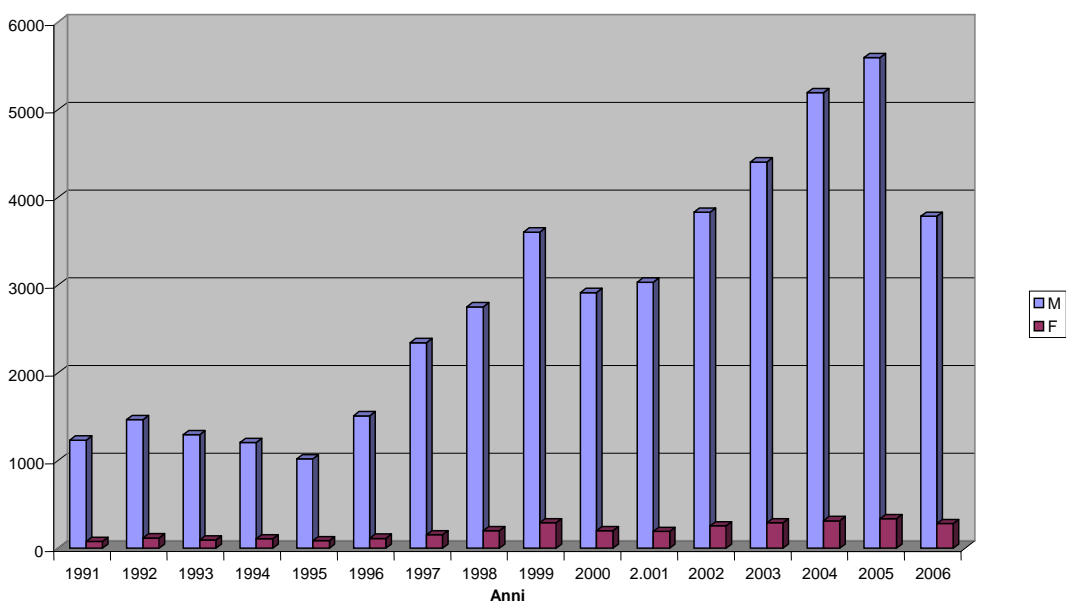
<sup>2</sup> Si rammenta che uno stesso soggetto può essere segnalato per una o più sostanze d'abuso

**Grafico 4 - Distribuzione per sesso dei segnalati per consumo di cannabinoidi (1991-2006) v.a**



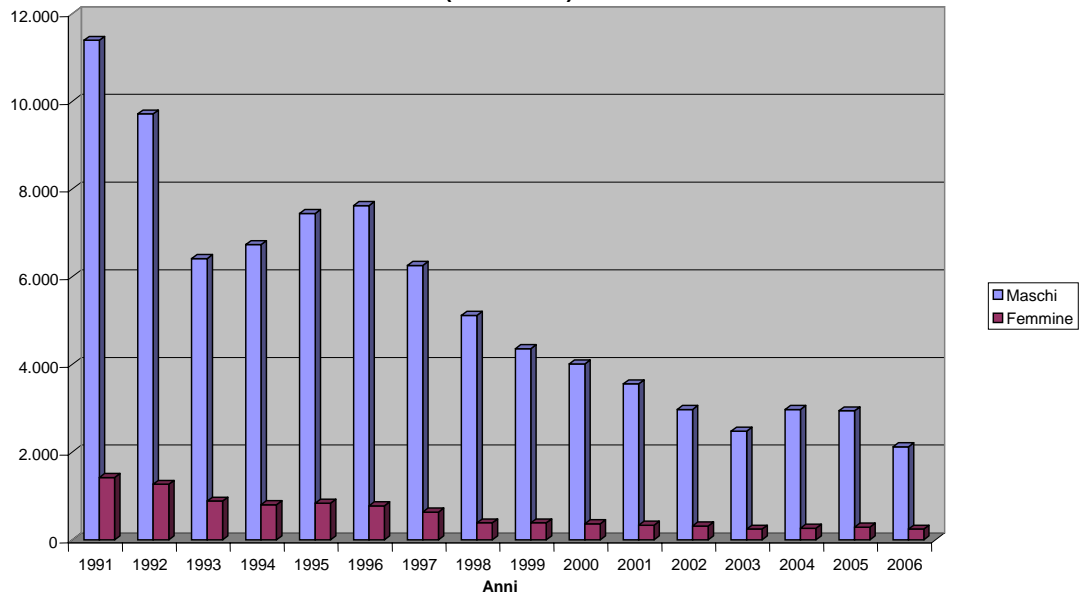
Per quanto riguarda la cocaina, la cui diffusione a livello mondiale è in aumento da alcuni anni anche tra i giovani e le donne, il trend dei segnalati è stato crescente fino al 1993, poi ha mostrato una flessione nei tre anni successivi ed un incremento a partire dal 1997 raggiungendo un valore percentuale del 10 e dell'11% circa rispettivamente nel 2004 e nel 2005. Nel 2006, sebbene i dati attuali debbano considerarsi provvisori, la percentuale dei segnalati per cocaina è stata pari al 14,4% del totale, ed è stata la seconda sostanza di segnalazione dopo i cannabinoidi.

**Grafico 5 - Distribuzione per sesso dei segnalati per consumo di cocaina (1991-2006) v. a**

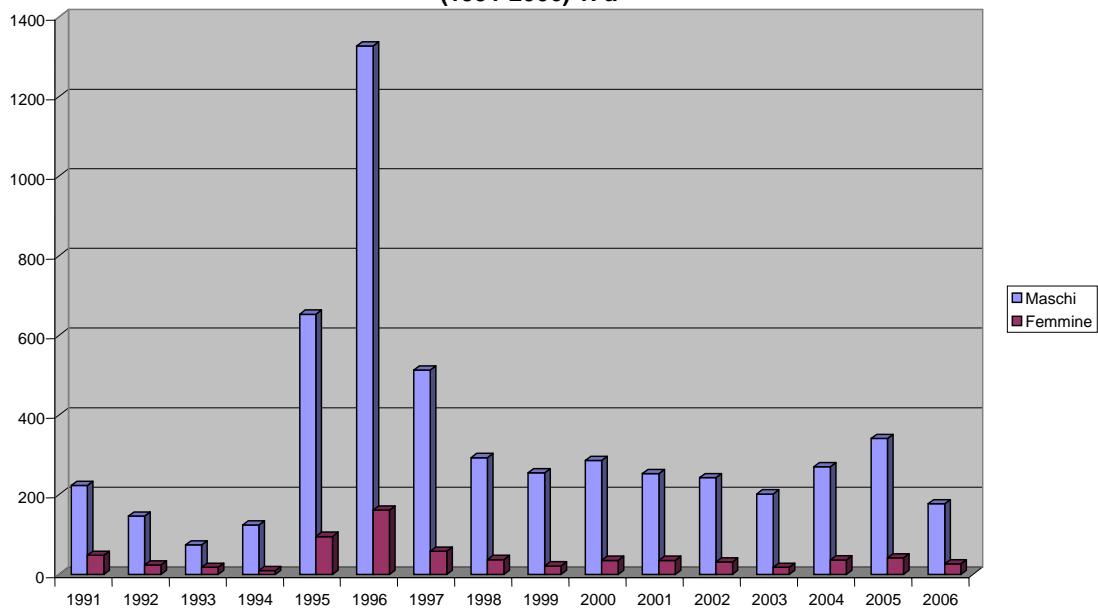


Per quanto riguarda l'eroina, la percentuale di segnalati è passata dal valore del 50,52% del 1991 al valore del 5,47% del 2003. Negli ultimi due anni la percentuale è risalita fino a oltre l'8 % nel 2006.

**Grafico 6 - Distribuzione per sesso dei segnalati per consumo di eroina (1991-2006) v.a**



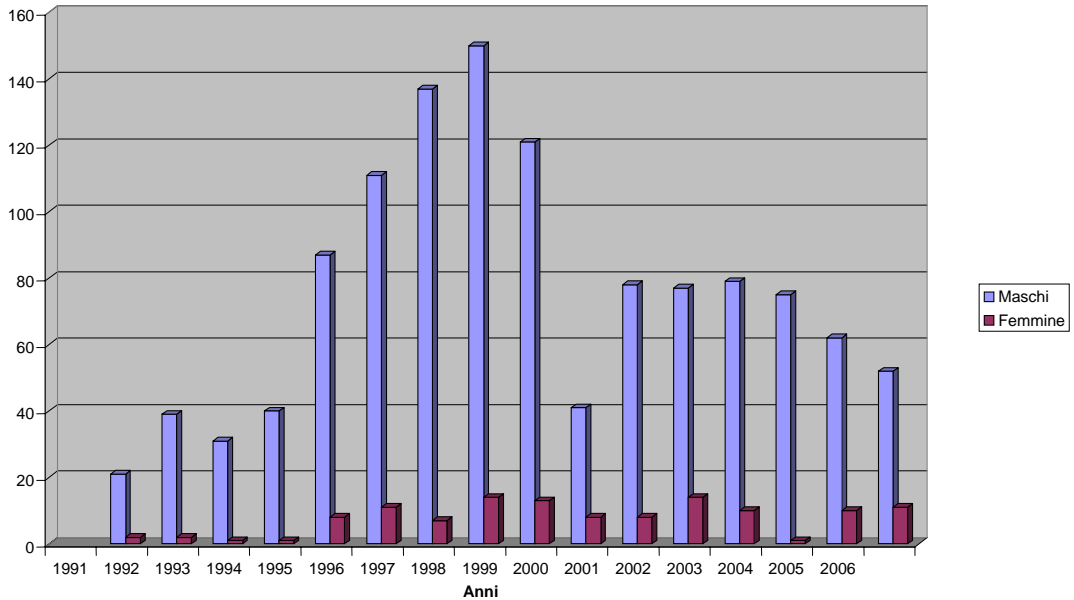
**Grafico 7 - Distribuzione per sesso dei segnalati per consumo di altri oppiacei (1991-2006) v. a**



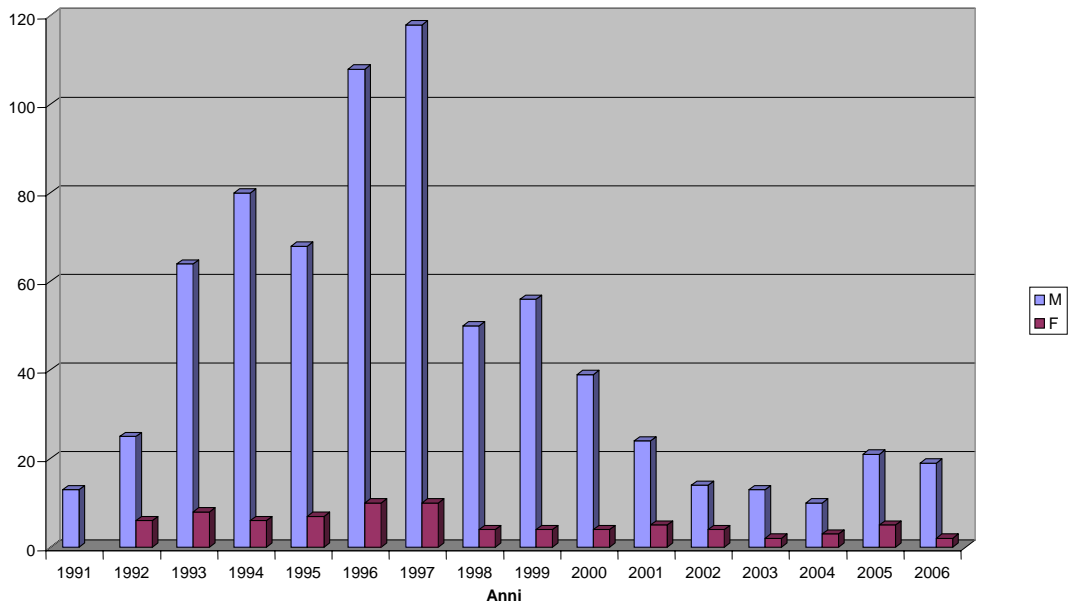
Anche il consumo di altri oppiacei tra cui metadone e morfina tra i segnalati mostra un picco nel 1996 (1488 persone segnalate per tali sostanze, pari al 3,44% del totale), successivamente la percentuale diminuisce fino al valore di 0,7% del 2006.

Per le amfetamine, il picco si verifica nel 1998 (164), mentre per l'LSD il maggior numero di segnalati si registra nel 1997 (128). Tuttavia la percentuale di segnalati per queste sostanze si mantiene su valori molto contenuti.

**Grafico 8 - Distribuzione per sesso dei segnalati per consumo di amfetamine (1991-2006) v.a**

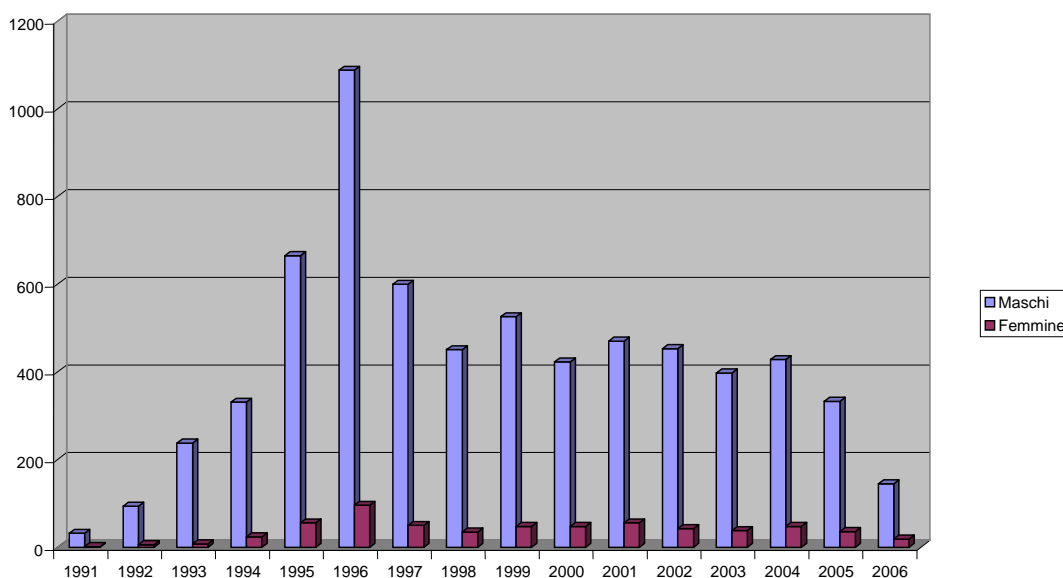


**Grafico 9 - Distribuzione per sesso dei detentori di LSD (1991-2006) v.a**



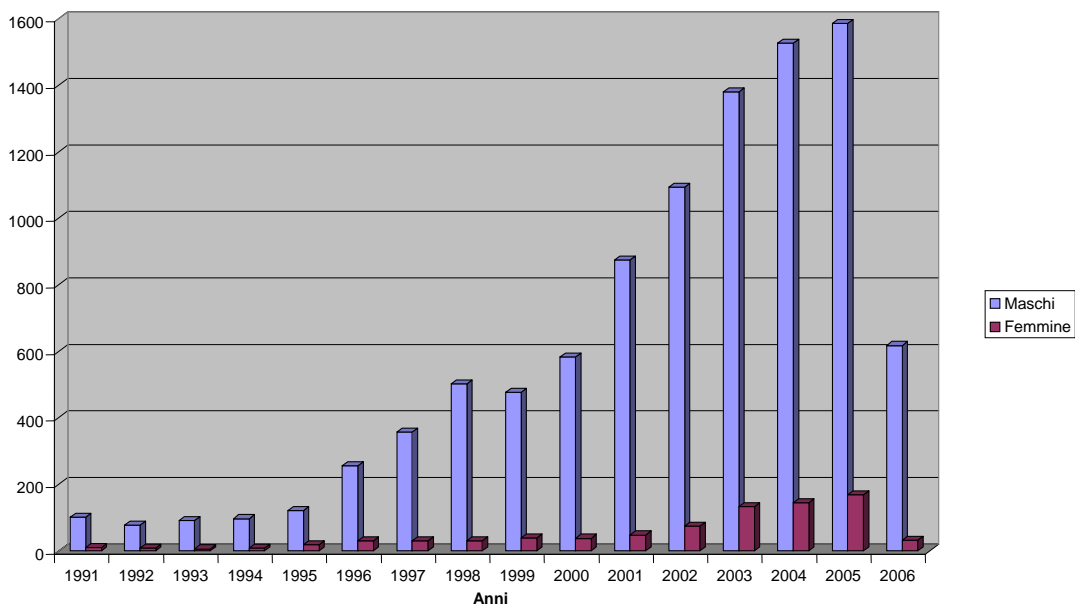
L'andamento delle segnalazioni per ecstasy ed analoghi prodotti, oggetto nel corso degli ultimi anni di numerose campagne informative ed allarmi soprattutto per la diffusione tra i giovani, ha avuto un incremento nei primi anni '90 con un valore assoluto massimo nel 1996 pari a 1184 soggetti. A partire dall'anno successivo il numero di segnalati ha cominciato a decrescere, attestandosi nel 2004 e nel 2005 rispettivamente su 476 e 369 persone segnalate.

**Grafico 10 - Distribuzione per sesso dei detentori di ecstasy e analoghi (1991-2006) v.a**



Infine, in linea anche con quanto esposto nel Rapporto dell'International Narcotics Control Board (INCB), relativo all'anno 2006, si è verificato un incremento dei soggetti segnalati ai Prefetti per consumo di sostanze come le benzodiazepine ed i barbiturici, sia fra le persone di sesso maschile sia, in misura alquanto minore, fra quelle di sesso femminile.(cfr.Graf. 11)

**Grafico 11 - Distribuzione per sesso dei detentori di altre sostanze (1991-2006)\* v.a**



\*Tra cui benzodiazepine, barbiturici ecc.

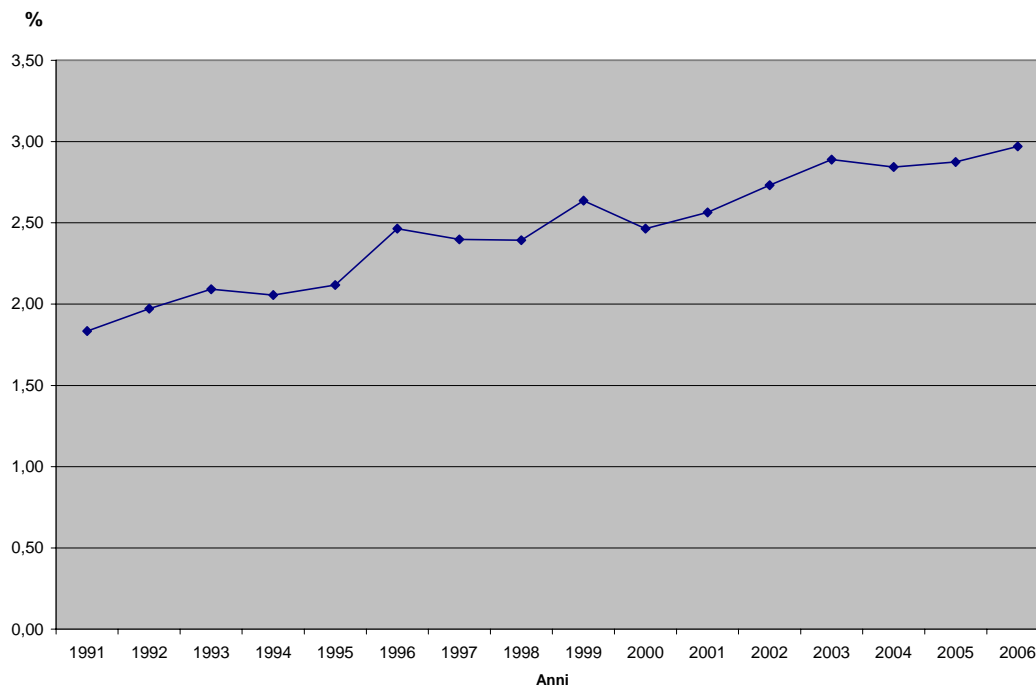
Poiché un soggetto può essere segnalato dalle Forze dell'Ordine per detenzione di una o più sostanze d'abuso per consumo personale, è stato possibile anche analizzare, negli ultimi 15 anni, l'andamento del fenomeno della poliassunzione di sostanze stupefacenti nella popolazione dei segnalati ex art. 75/DPR 309/90.

La distinzione tra sostanze pesanti e leggere non più valida dopo l'entrata in vigore della legge 21 febbraio 2006, n. 49, è servita tuttavia per studiare meglio il fenomeno.

In linea con quanto riportano gli studi a livello internazionale ( Tab. 3 e Graf.12) è aumentata, anche se lievemente, negli anni la quota di persone che detengono per uso personale diverse sostanze stupefacenti cui spesso si è associato anche l'abuso di alcolici. Il poliabuso viene riferito dai soggetti segnalati nel corso dei colloqui svolti presso le Prefetture. Tale fenomeno è purtroppo diffuso anche nelle fasce più giovani della popolazione. I dati sulla detenzione di più sostanze d'abuso, come mostra la tabella seguente, hanno registrato una lieve flessione nel 2006 ma il numero di segnalati che consumano svariate sostanze d'abuso è senz'altro superiore a quella rilevata: alcuni studi effettuati a livello locale indicano che, negli ultimi anni, una quota pari al 30% circa dei soggetti segnalati ha riferito la poliassunzione.

**Tabella 3**

ANNI	pesanti + leggere Maschi	Pesanti + leggere Femmine	Pesanti + leggere Totale	% segnalati per + sostanze
1991	384	42	426	1,83
1992	423	38	461	1,97
1993	410	20	430	2,09
1994	480	53	533	2,06
1995	617	61	678	2,12
1996	901	84	985	2,46
1997	946	76	1.022	2,40
1998	950	78	1.028	2,39
1999	1.085	79	1.164	2,64
2000	963	80	1.043	2,46
2001	1.052	82	1.134	2,56
2002	1.150	87	1.237	2,73
2003	1.212	94	1.306	2,89
2004	1.266	99	1.365	2,84
2005	1.285	100	1.295	2,87
2006	1.015	103	1.118	2,97

**Grafico 12 – Trend dei detentori segnalati per più sostanze (1991 – 2006 v. %)**

Per quanto riguarda la dislocazione geografica, il maggior numero di soggetti segnalati, tra il 1991 ed il 1995 è stato registrato nel Nord ovest. A partire dal 1996 il Centro

ha registrato valori prossimi a quelli del Nord ovest e lo ha superato nel 2004 per poi diminuire lievemente. Per il Sud, l'andamento del fenomeno è stato in costante crescita e, a partire dal 2004, i segnalati in questa area del Paese hanno presentato i valori più elevati forse anche perché alcune regioni dell'Italia meridionale sono divenute, nel tempo, il crocevia per la rotte del narcotraffico. Per le Isole, il trend dei segnalati è stato in lieve ma costante aumento.(cfr.Tab.4)

**Tabella 4**

<b>Trend dei segnalati per aree geografiche (1991-2006)</b>						
Anni	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud	Isole	Totale
1991	7.023	3.317	6.569	3.847	2.463	23.219
1992	7.468	3.498	5.683	3.676	2.730	23.380
1993	6.301	3.368	5.605	3.279	2.011	20.564
1994	7.395	4.158	7.352	4.454	2.561	25.920
1995	9.456	4.679	8.830	5.866	3.190	32.021
1996	12.182	5.586	10.840	7.377	3.986	39.971
1997	12.293	5.783	11.781	8.085	4.683	42.625
1998	12.775	5.691	11.368	8.123	4.987	42.944
1999	12.686	6.352	11.756	7.886	5.459	44.139
2000	12.582	5.625	9.458	8.407	5.145	42.318
2001	12.613	5.748	10.105	9.858	5.903	44.227
2002	13.090	5.725	10.268	10.131	5.148	45.278
2003	11.594	5.962	11.458	9.982	6.198	45.194
2004	9.610	6.887	11.708	12.116	7.414	47.989
2005	10.701	6.798	9.275	11.103	7.170	45.047
2006*	8.597	5.904	7.906	9.099	6.134	37.640

## I. 2b Segnalazioni ex art. 121 del D.P.R 309/90 (Anni 1991-2006)

L'art 121 del D.P.R 309/90 come modificato dalla legge 21 febbraio 2006, n. 49 ha stabilito che: L'Autorità giudiziaria o il prefetto nel corso del procedimento, quando venga a conoscenza di persone che facciano uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, deve farne segnalazione al Servizio pubblico per le Tossicodipendenze (Ser.T),<sup>3</sup> competente per territorio.

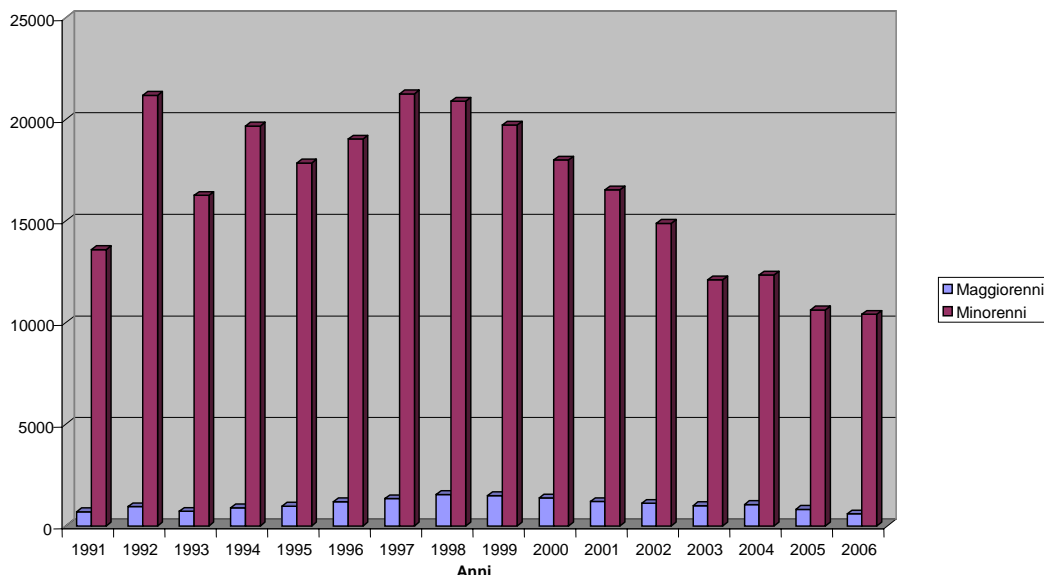
L'adesione al programma terapeutico e, prima ancora, la presentazione al colloquio presso il Ser. T, è discrezionale.

La persona segnalata può rispondere alla chiamata e decidere di intraprendere un percorso di recupero, oppure non aderire all'invito. In ogni caso la Prefettura non interviene sulle scelte della persona segnalata.

Pertanto, l'art. 121 si configura come un'ipotesi residuale utile soprattutto a persone segnalate per overdose che necessitano di cure immediate in ambiente sanitario.

Dalle informazioni contenute nella banca dati risulta che le segnalazioni ex art. 121 del D.P.R. 309/90, risultano crescenti, fino al 1992, poi di nuovo in aumento nell'anno 1994 (20.557). I soggetti segnalati in base all'art. 121 diminuiscono nel 1995 per poi mostrare un andamento crescente fino al 1997(22.593 soggetti).

**Grafico13 - Trend dei segnalati ex art.121 del D.P.R 309/90 (1991-2006) v.a**



<sup>3</sup> I Servizi pubblici per le Tossicodipendenze sono organismi costituiti in seno alle ASL istituiti dalla legge 162/90. Ad essi competono le attività pubbliche di prevenzione, riabilitazione e reinserimento relativamente alle tossicodipendenze ed alle patologie correlate.

Dall'anno successivo inizia un decremento progressivo fino al valore minimo raggiunto nel 2006 pari a 9.734 soggetti segnalati.

Poiché la segnalazione non comporta provvedimenti sanzionatori nei confronti dei soggetti in questione e non vi è obbligo per i Ser.T di dare notizie circa l'eventuale iter terapeutico e socio-riabilitativo seguito da queste persone, la rilevazione ci ha fornito solo il numero dei soggetti disaggregati per sesso e l'entità dei minorenni sul totale.

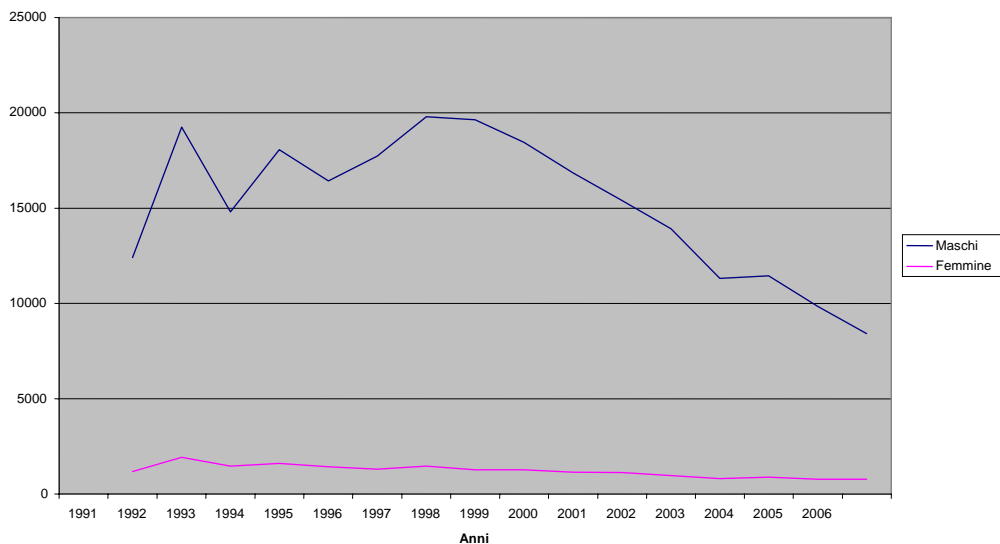
Oltre il 91% dei segnalati ex art. 121 maggiorenni sono maschi. In alcuni anni tale percentuale è arrivata anche al 93,5%. A partire dal 1995, la percentuale dei soggetti di sesso femminile è diminuita fino al valore del 6% nel 1998, per poi risalire negli anni successivi fino all'8,41% nel 2006.

**Tabella 5**

<b>Trend dei soggetti segnalati ex art. 121 (Anni 1991-2006)<sup>4</sup> v.a.</b>							
<b>Anni</b>	<b>Minorenni</b>			<b>Maggiorenni</b>			<b>Totale segnalati</b>
	<b>Maschi</b>	<b>Femmine</b>	<b>Totale</b>	<b>Maschi</b>	<b>Femmine</b>	<b>Totale</b>	
1991	632	54	686	12.404	1.190	13.594	14.280
1992	844	100	944	19.257	1.927	21.184	22.128
1993	638	75	713	14.800	1.465	16.265	16.978
1994	803	78	881	18.071	1.605	19.676	20.557
1995	910	60	970	16.425	1.429	17.854	18.824
1996	1.070	115	1.185	17.736	1.299	19.035	20.220
1997	1.196	143	1.339	19.792	1.462	21.254	22.593
1998	1.399	146	1.545	19.631	1.262	20.893	22.438
1999	1.361	129	1.490	18.451	1.269	19.720	21.210
2000	1.236	139	1.375	16.844	1.155	17.999	19.374
2001	1.083	115	1.198	15.398	1.129	16.527	17.725
2002	1.007	102	1.109	13.923	966	14.889	15.998
2003	885	104	989	11.301	805	12.106	13.095
2004	946	95	1.041	11.449	890	12.339	13.380
2005	718	93	811	9.847	779	10.626	11.437
2006	531	61	592	8.990	821	10.403	11.495

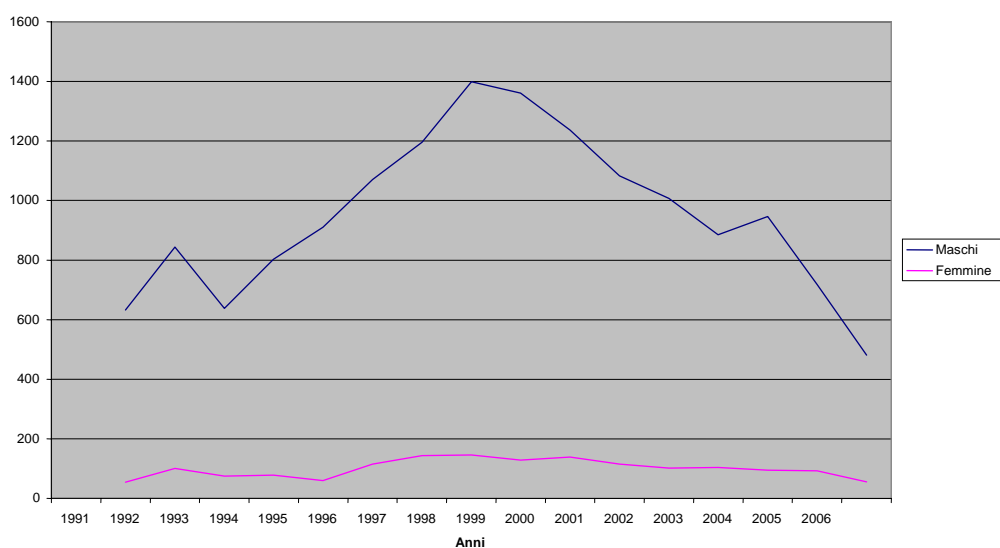
<sup>4</sup> I dati relativi al trend dell'art. 121 del D.P.R 309/90 sono stati rilevati al 14 giugno 2007

**Grafico14 - Trend dei segnalati maggiorenni disaggregati per sesso (1991-2006) v%**



Per quanto riguarda i minorenni, la maggioranza dei segnalati sono stati maschi con un valore sempre prossimo al 90% ed in alcuni anni anche superiore al 92%, mentre le femmine in diversi anni hanno toccato valori mediamente intorno al 10% e nel 2005 hanno raggiunto la percentuale dell'11,47%.

**Grafico 15 - Trend dei minorenni segnalati ex art. 121 disaggregati per sesso (1991-2006) v.%**



### ***I.2c Il censimento delle strutture socio-riabilitative***

La pubblicazione relativa ai centri di recupero rappresenta uno strumento particolarmente utile per la consultazione da parte degli utenti e delle loro famiglie in quanto offre una panoramica delle attività di recupero realizzate a livello nazionale<sup>5</sup>.

Dal 1984 l'Osservatorio permanente sul fenomeno droga del Ministero dell'Interno ha censito solo le comunità terapeutiche. Dal 1992 sono state rilevate tutte le strutture socio-riabilitative, disaggregate a livello regionale e provinciale, delle quali le comunità terapeutiche costituiscono una parte.

Con il tempo, in relazione alle esigenze dell'utenza ed all'estendersi delle attività rivolte alla "riduzione del danno"<sup>6</sup>, queste strutture hanno subito trasformazioni consistenti, sviluppando varie tipologie di intervento. Molti centri di accoglienza hanno quindi organizzato la loro attività suddividendola in orari diversificati ed offrendo sempre più spesso programmi terapeutici serali.

A partire dal 1° Marzo 1995, in base al criterio indicato nell'Atto di intesa tra Stato e Regioni per la definizione dei criteri e modalità per l'iscrizione all'albo regionale degli enti ausiliari, si è provveduto a classificare le strutture nel seguente modo:

Strutture socio-riabilitative:

- a) ***residenziali*** con ospitalità ed attività di recupero in regime residenziale;
- b) ***semiresidenziali/diurne***, con ospitalità ed attività quotidiana di almeno 8 ore e per non meno di 5 giorni la settimana (minimo 40 ore settimanali);
- c) ***non residenziali/ambulatoriali*** con ospitalità e attività inferiori alle 40 ore settimanali.

Come può vedersi nel seguente Grafico n.16, nei primi anni '90 si è verificato un aumento delle strutture socio-riabilitative esistenti nel nostro Paese.

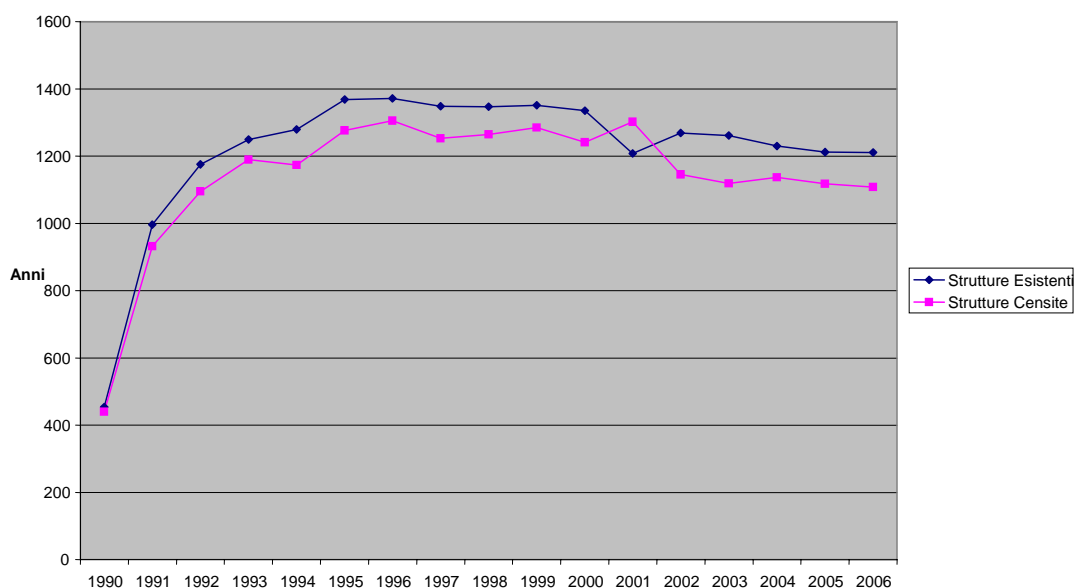
Tale aumento è dovuto agli effetti della Legge 162 del 1990 che ha determinato un incremento dei servizi sanitari, sia pubblici che privati, per corrispondere alla sempre crescente domanda di trattamento delle tossicodipendenze.

---

<sup>5</sup> Le strutture per la tossicodipendenza sono in prevalenza private in quanto quelle pubbliche rappresentano soltanto il 3% circa del totale

<sup>6</sup> Le politiche di riduzione del danno, sviluppate nei servizi sanitari nel Merseyside in Gran Bretagna negli anni '80 ed importate in Italia negli anni '90, si ponevano due obiettivi: diminuire l'incidenza della sieropositività da HIV e migliorare le condizioni generali dei tossicodipendenti.

**Grafico16 - Trend delle strutture esistenti e censite (1990-2006)**



L'incremento delle strutture (cfr. Tab. 6) arriva sino a 1372 nel 1996 e da quell'anno in poi si verifica una lenta diminuzione che si fa sempre più consistente a partire dall'anno 2002 (1269 strutture) fino ad arrivare a 1212 strutture esistenti nel 2005.

**Tabella 6**

<b>DATI SULLE STRUTTURE SOCIO-RIABILITATIVE (ANNI 1990 – 2006)</b>		
<b>ANNI</b>	<b>ESISTENTI</b>	<b>CENSITE</b>
1990	454	440
1991	996	932
1992	1.175	1.095
1993	1.249	1.189
1994	1.279	1.173
1995	1.368	1.276
1996	1.372	1.305
1997	1.348	1.253
1998	1.347	1.264
1999	1.351	1.285
2000	1.335	1.241
2001	1.302	1.208
2002	1.269	1.145
2003	1.261	1.119
2004	1.230	1.137
2005	1.212	1.117
2006	1.178	1.113

Al 31 Dicembre 2006 risultavano n. 1.178 strutture socio-riabilitative a fronte delle 1.212 esistenti nell'anno precedente.

La percentuale più alta di strutture è situata al Nord (53,31%) e la regione con il maggior numero di strutture è la Lombardia (194)<sup>7</sup>.

Anche le strutture censite (1113) risultano diminuite nel 2006 rispetto alle 1137 del 2004 e alle 1117 del 2005.

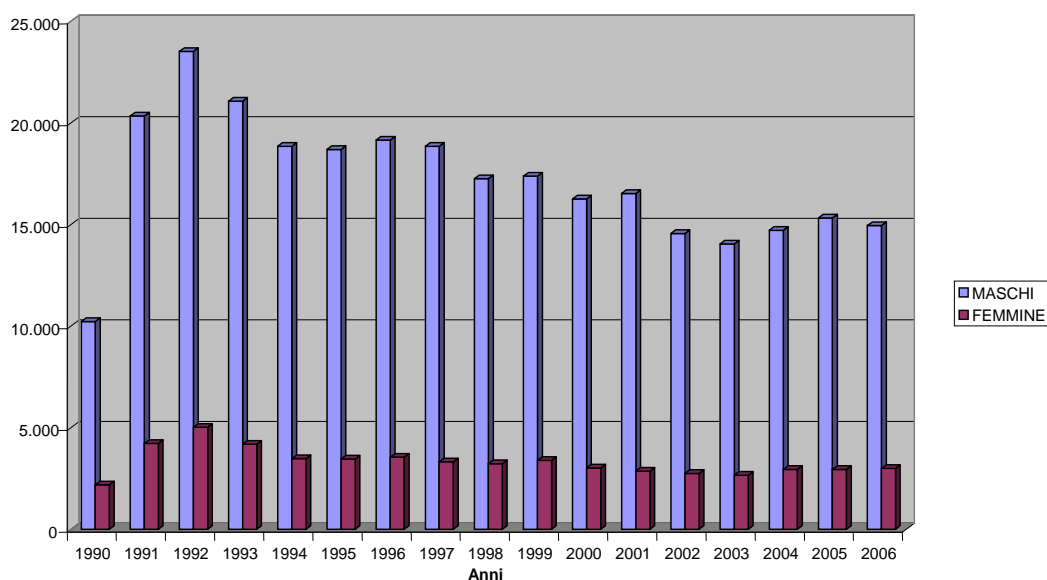
---

<sup>7</sup> Relazione Annuale al Parlamento Anno 2006

## I. 2d Tossicodipendenti in trattamento presso le strutture socio-riabilitative

Anche il numero dei tossicodipendenti in trattamento presso le strutture è variato nel corso degli anni. Come mostrano il Grafico 17 e la Tabella 7

**Graf.17 - Trend degli utenti in trattamento presso le strutture socio-riabilitative (1990-2006) v.a**



**Tabella 7**

<b>UTENTI IN CARICO PRESSO LE STRUTTURE SOCIO-RIABILITATIVE (ANNI 1990 – 2006)</b>			
Anni	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
1990	10.222	2.191	12.413
1991	20.337	4.224	24.561
1992	23.512	5.032	28.544
1993	21.065	4.202	25.267
1994	18.853	3.486	22.339
1995	18.700	3.461	22.161
1996	19.157	3.549	22.706
1997	18.846	3.330	22.176
1998	17.261	3.231	20.492
1999	17.385	3.396	20.781
2000	16.265	3.024	19.289
2001	16.532	2.865	19.397
2002	14.562	2.762	17.234
2003	14.050	2.675	16.725
2004	14.717	2.956	17.673
2005	15.324	2.953	18.277
2006	14.955	3006	17.961

Dopo l'incremento registrato a partire dal 1991 il numero degli utenti delle strutture si è mantenuto su valori superiori a ventimila persone fino all'anno 1999. Il numero più elevato di tossicodipendenti in trattamento presso le strutture si è registrato nel 1992, mentre negli anni successivi è diminuito fino al valore minimo di 16.725 utenti raggiunto nel 2003. Nel 2004 e nel 2005 l'utenza di tali strutture risultava di nuovo in lieve aumento per diminuire nel corso del 2006.

Nell'anno 2006 il maggior numero di utenti è stato registrato in Lombardia, Emilia Romagna, Lazio, Piemonte e Toscana. Il rapporto medio fra utenti maschi e femmine mostra una preponderante presenza maschile (83,42% circa).<sup>8</sup>

**Tabella 8**

<b>TOSSICODIPENDENTI IN TRATTAMENTO PRESSO LE STRUTTURE SOCIO-RIABILITATIVE anni 2005 - 2006 ( variazione percentuale)</b>					
REGIONE	31 dicembre 2005		31 dicembre 2006		Variazione % 2005-2006
	N.	Incidenza % su totale nazionale	N.	Incidenza % su totale nazionale	
PIEMONTE	1.421	7,77	1.371	7,63	-3,52
VALLE D'AOSTA	16	0,09	14	0,08	-12,50
LOMBARDIA	3.343	18,29	3.958	22,04	18,40
PROV. AUT. BOLZANO	34	0,19	39	0,22	14,71
PROV. AUT. TRENTO	229	1,25	206	1,15	-10,04
VENETO	1.187	6,49	1.186	6,60	-0,08
FRIULI V. G.	184	1,01	153	0,85	-16,85
LIGURIA	436	2,39	380	2,12	-12,84
EMILIA ROMAGNA	2.596	14,20	2.483	13,82	-4,35
TOSCANA	1.243	6,80	1.198	6,67	-3,62
UMBRIA	431	2,36	294	1,64	-31,79
MARCHE	736	4,03	746	4,15	1,36
LAZIO	2.129	11,65	2.251	12,53	5,73
ABRUZZO	343	1,88	377	2,10	9,91
MOLISE	106	0,58	105	0,58	-0,94
CAMPANIA	733	4,01	609	3,39	-16,92
PUGLIA	1.222	6,69	944	5,26	-22,75
BASILICATA	137	0,75	115	0,64	-16,06
CALABRIA	517	2,83	418	2,33	-19,15
SICILIA	616	3,37	553	3,08	-10,23
SARDEGNA	618	3,38	561	3,12	-9,22
<b>TOTALE ITALIA</b>	<b>18.277</b>	<b>100,00</b>	<b>17.961</b>	<b>100,00</b>	<b>-1,73</b>

Legenda: la Tabella 8 consente di raffrontare il numero dei tossicodipendenti in corso di trattamento presso le strutture socio-riabilitative, censite a livello nazionale, in una data precisa ( il 31 dicembre 2005 ed il 31 dicembre 2006)

<sup>8</sup> Relazione Annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia- Anno 2006

Nell'ottica del miglioramento della qualità dei dati raccolti, per studiare la tipologia dei pazienti in trattamento nelle strutture socio-riabilitative censite dalla Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica<sup>9</sup>, nel corso del 2007, sono state richieste, tramite le Prefetture, una serie di notizie ulteriori rispetto alla rilevazione normalmente effettuata negli anni precedenti, allo scopo di ampliare il panorama informativo sulle strutture socio-riabilitative.

Le informazioni riguardano l'età della prima assunzione, le sostanze d'abuso e le fasce giovanili (dai 14 ai 24 anni) e consentono di rilevare alcune caratteristiche e modalità di consumo della popolazione dei tossicodipendenti in trattamento di seguito evidenziate.

### ***1.2 e Studio sulle caratteristiche degli utenti delle strutture socio-riabilitative***

Per analizzare le caratteristiche principali della popolazione dei tossicodipendenti in trattamento presso le strutture socio-riabilitative è stato selezionato un campione di Prefetture scelte in base alle risposte ai questionari pervenute ad una certa data. Tale gruppo, pertanto, non può ritenersi, dal punto di vista statistico in senso stretto, un campione rappresentativo dell'universo "Prefetture". Ciononostante, nella scelta si è cercato di seguire dei criteri che avessero una certa validità statistica. Il numero di Prefetture, in base anche a passate esperienze, è stata stabilito in 40. Si è proceduto, quindi, alla scelta seguendo, ove possibile, il cosiddetto principio della stratificazione secondo il quale la popolazione di partenza viene divisa in "strati" classificati in base ad una certa caratteristica. In questo caso le caratteristiche di riferimento sono state:

- ***dislocazione territoriale***: è stata calcolata la percentuale delle Prefetture presenti nelle diverse zone geografiche del Paese e si è stabilito che tali percentuali fossero rispettate, se possibile, nel gruppo prescelto (aree territoriali: nord-ovest, nord-est; centro, sud, isole), tenendo conto anche della necessità di rappresentare, nel gruppo di Prefetture, in modo equilibrato, le diverse regioni italiane, nonché le aree metropolitane presenti nelle regioni considerate;
- nell'ambito di ciascuna area geografica le province sono state suddivise in relazione al ***numero totale di utenti in trattamento*** presso le strutture di recupero presenti in provincia (classi di utenti totali: da 0 a 100, da 101 a 200, da 201 a 300, oltre 300);

---

<sup>9</sup> La Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica censisce attualmente il 93% delle strutture esistenti a livello nazionale

- nell'ambito di ciascuna area geografica le province sono state suddivise in relazione al *numero medio di utenti in trattamento* presso le strutture di recupero presenti in provincia (classi di utenti medi: da 0 a 20, da 21 a 50, da 51 a 100, oltre 100).

È stato, pertanto, selezionato un insieme di 40 province sulle 103 complessive, di seguito elencate:

Alessandria, Bologna, Campobasso, Asti, Ferrara, Caserta, Cuneo, Parma, Napoli, Verbano-Cusio-Ossola, Rimini, Salerno, Bergamo, Arezzo, Bari, Lecco, Firenze, Foggia, Mantova, Livorno, Cosenza, Pavia, Massa Carrara, Reggio Calabria, Trento, Terni, Catania, Padova, Pesaro Urbino, Messina, Treviso, Roma, Palermo, Venezia, Viterbo, Cagliari, Trieste, Chieti, Genova, L'Aquila.

Dall'esame dei dati raccolti nell'insieme di comunità di recupero esaminate risulta che, nell'anno 2006, sono stati presi in carico n. 15.276 soggetti tossicodipendenti (cfr. Tabella 9).

**Tabella 9**

Tossicodipendenti in trattamento presso le strutture del campione															
Distribuzione per fasce di età															
Regione	Totale	M	F	0-14			15-19			20-24			oltre 25		
				M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot
Piemonte	2.076	1.485	591	11	1	12	43	1	44	346	77	423	1.085	512	1.597
Lombardia	1.364	1.138	226	1	1	2	15	7	22	88	36	124	1.034	182	1.216
Trentino	227	201	26	-	-	-	7	2	9	42	5	47	152	19	171
Veneto	1.004	733	271	-	-	-	29	8	37	107	73	180	597	190	787
Friuli	98	58	40	4	6	10	1	2	3	1	2	3	52	30	82
Liguria	444	401	43	-	-	-	2	-	2	12	-	12	387	43	430
Emilia R.	2.793	2.266	527	4	2	6	101	64	165	397	147	544	1.764	314	2.078
Toscana	1.181	974	207	13	10	23	29	13	42	95	45	140	837	139	976
Umbria	409	390	19	3	-	3	21	2	23	61	5	66	305	12	317
Marche	495	390	105	3	11	14	28	14	42	60	18	78	299	62	361
Lazio	719	550	169	10	3	13	47	28	75	57	22	79	436	116	552
Abruzzo	266	202	64	10	7	17	29	12	41	24	11	35	139	34	173
Molise	72	67	5	-	-	-	1	-	1	7	-	7	59	5	64
Campania	1.056	994	62	-	-	-	6	3	9	100	9	109	888	50	938
Puglia	498	467	31	2	-	2	22	1	23	73	14	87	370	16	386
Calabria	822	780	42	19	-	19	11	-	11	57	2	59	693	40	733
Sicilia	1.135	1.049	86	-	1	1	11	11	22	158	17	175	880	57	937
Sardegna	617	563	54	10	5	15	58	10	68	56	6	62	439	33	472
<b>TOTALE</b>	<b>15.276</b>	<b>12.708</b>	<b>2.568</b>	<b>90</b>	<b>47</b>	<b>137</b>	<b>461</b>	<b>178</b>	<b>639</b>	<b>1.741</b>	<b>489</b>	<b>2.230</b>	<b>10.416</b>	<b>1.854</b>	<b>12.270</b>

Legenda: la tabella 9 evidenzia il numero di utenti in trattamento nell'intero anno 2006 (1 gennaio - 31 Dicembre) presso le strutture socio-riabilitative delle 40 Province prese in esame

Per quanto riguarda la variabile sesso, i maschi rappresentano l'83,2% circa del totale degli utenti ( pari a 12.708 persone) mentre le femmine rappresentano il 16,8% circa (pari a 2.568 soggetti) con un rapporto maschi/femmine di 5 a 1.

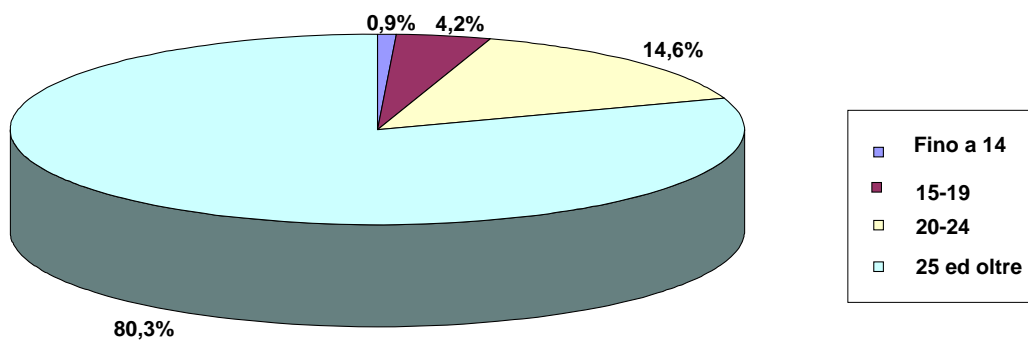
Sul totale degli utenti in carico, 3.006 soggetti risultano giovani di età compresa tra i 14 ed i 24 anni.

La fascia di età fino a 14 anni ammonta complessivamente a 137 utenti (pari allo 0,89%), la fascia di età compresa tra i 15 ed i 19 anni ammonta a 639 utenti (pari al 4,18%), quella infine tra i 20 ed i 24 anni è di 2.230 utenti, pari al 14,60%.(cfr. Tab 10 e Graf.18)

**Tabella 10**

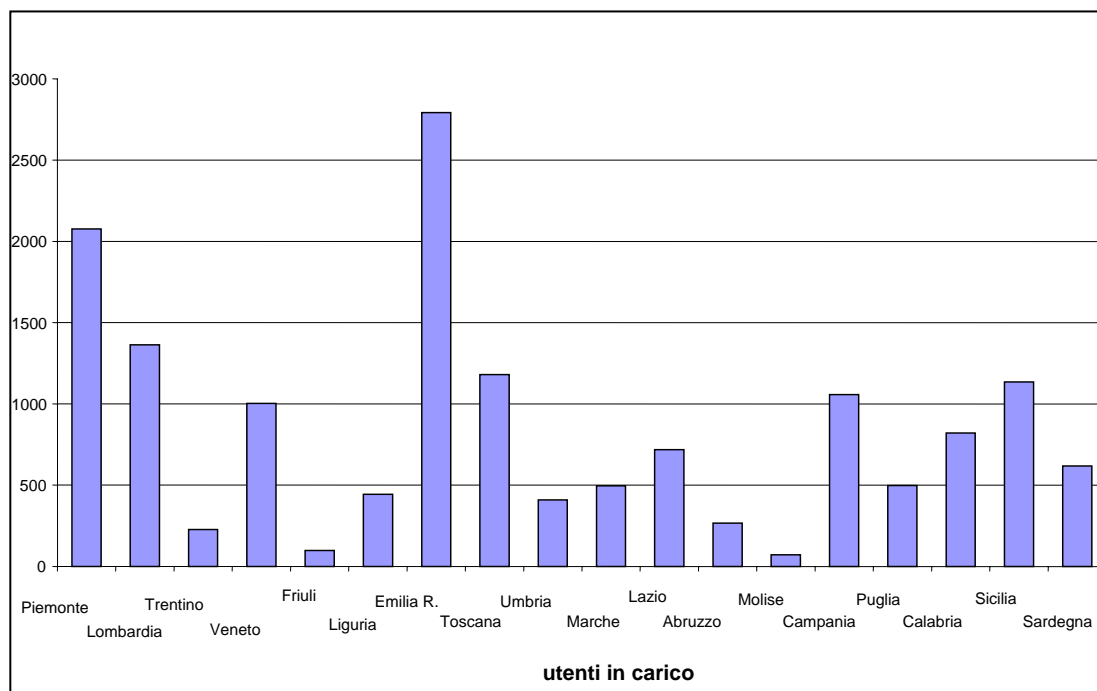
<b>Utenti delle fasce di età 14-24 anni (v.a.)</b>					
<b>Regione</b>	<b>Totale</b>	<b>Fino a 14 anni Tot.</b>	<b>15-19 Tot.</b>	<b>20-24 Tot.</b>	<b>Oltre 25 Tot.</b>
Piemonte	2.076	12	44	423	1.597
Lombardia	1.364	2	22	124	1.216
Trentino	227	0	9	47	171
Veneto	1.004	0	37	180	787
Friuli	98	10	3	3	82
Liguria	444	0	2	12	430
Emilia R.	2.793	6	165	544	2.078
Toscana	1.181	23	42	140	976
Umbria	409	3	23	66	317
Marche	495	14	42	78	361
Lazio	719	13	75	79	552
Abruzzo	266	17	41	35	173
Molise	72	0	1	7	64
Campania	1.056	0	9	109	938
Puglia	498	2	23	87	386
Calabria	822	19	11	59	733
Sicilia	1.135	1	22	175	937
Sardegna	617	15	68	62	472
<b>TOTALE</b>	<b>15.276</b>	<b>137</b>	<b>639</b>	<b>2.230</b>	<b>12.270</b>

**Grafico 18 - Fasce di età degli utenti in trattamento (v. %)**



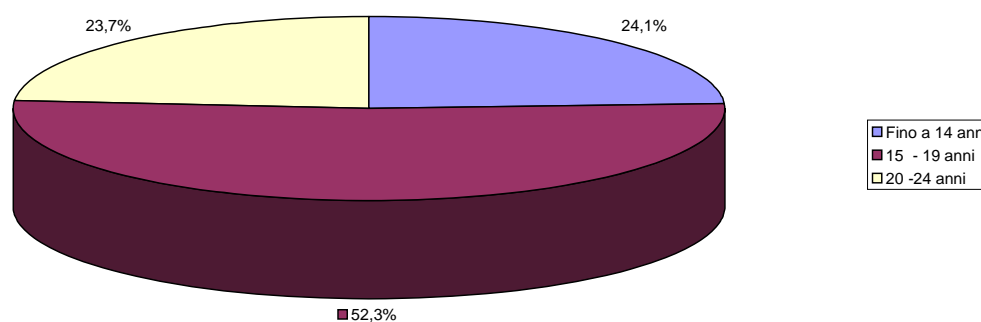
Pertanto, la fascia di età compresa tra i 14 ed i 24 anni rappresenta il 20% circa del totale degli utenti considerati nello studio. Il restante 80% dell'utenza del campione prescelto ha un'età superiore ai 25 anni

**Grafico19 - Utenti in trattamento a livello regionale 14-24 anni (v.a)**



Sempre relativamente al campione selezionato, si può evidenziare che, riguardo all'età della prima assunzione, sul totale delle risposte pervenute nel campione esaminato (11.597 su un totale di 15.276 utenti), il 52,3 % ovvero 6.063 persone ha dichiarato di aver assunto per la prima volta sostanze stupefacenti e/o psicotrope nella fascia di età compresa tra i 15 ed i 19 anni; il 24,1% (2791 utenti) nella fascia di età compresa tra 0 e 14 anni ed il 23,6% (2743 utenti) nella fascia di età compresa tra 20 - 24 anni. (cfr. Graf. 20)

**Grafico 20 - Età della prima assunzione (v.%)**



I dati raccolti in base alle risposte pervenute mostrano che la maggior parte degli utenti ha dichiarato di aver assunto per la prima volta sostanze d'abuso nella fascia di età compresa tra i 15 ed i 19 anni.

Distinguendo l'utenza delle fasce di età giovanili in base alla variabile sesso risulta che, tra gli utenti di sesso maschile, il 53,3 % ha dichiarato di aver assunto per la prima volta sostanze stupefacenti nella fascia di età compresa tra i 15 ed i 19 anni, il 23,63% nella fascia di età fino a 14 anni ed il 23,1% tra i 20 ed i 24 anni, mentre tra le persone di sesso femminile la maggior parte (47,4%) dichiara di aver assunto per la prima volta sostanze stupefacenti nella fascia di età compresa tra i 15 ed i 19 anni, seguita dalla fascia di età 20-24 anni (26,5%) e dalla fascia di età fino a 14 anni (26,1%). cfr. Tab.11

**Tabella 11**

<b>Età della prima assunzione</b>								
<b>Totale risposte pervenute</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>Fino a 14 anni</b>		<b>15-19 anni</b>		<b>20-24anni</b>	
			<b>Tot MF</b>	<b>%</b>	<b>Tot MF</b>	<b>%</b>	<b>Tot MF</b>	<b>%</b>
<b>11.597</b>	<b>9.565</b>	<b>2.032</b>	<b>2.791</b>	<b>24,1</b>	<b>6.063</b>	<b>52,3</b>	<b>2.743</b>	<b>23,6</b>

**Tabella 11 bis**

<b>Totale risposte pervenute</b>		<b>Fino a 14 anni</b>		<b>15-19 anni</b>		<b>20-24anni</b>	
		<b>v.a</b>	<b>%</b>	<b>v.a</b>	<b>%</b>	<b>v.a</b>	<b>%</b>
<b>Maschi</b>	<b>9565</b>	<b>2261</b>	<b>23,6</b>	<b>5100</b>	<b>53,3</b>	<b>2.204</b>	<b>23,1</b>
<b>Femmine</b>	<b>2032</b>	<b>530</b>	<b>26,1</b>	<b>963</b>	<b>47,4</b>	<b>539</b>	<b>26,5</b>

Infine, riguardo alla sostanza d'abuso primaria<sup>10</sup>, sul totale delle risposte pervenute dalle strutture dell'insieme preso in esame, risulta che il 60,2% degli utenti di entrambi i sessi ha assunto eroina ed altri oppiacei, il 20,4% cocaina, il 4,2% cannabinoidi, il 3,4% allucinogeni, amfetamine, Ecstasy; l'11,4% alcolici.

Rispetto al totale degli utenti in trattamento (15.276 tossicodipendenti) risultano mancanti, per la risposta al quesito sulla sostanza d'abuso primaria i dati relativi a n. 2.672 soggetti pari al 17% circa come si evidenzia nella tabella seguente.

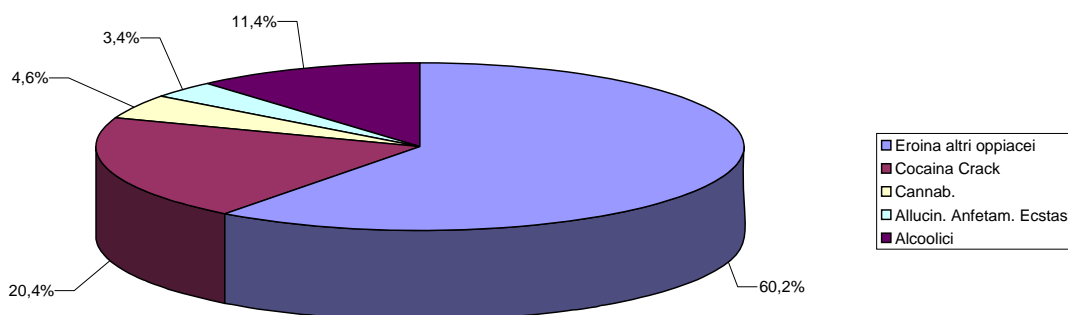
**Tabella 12**

<b>Sostanza d'abuso primaria</b>							
<b>Eroina altri oppiacei</b>	<b>Cocaina Crack</b>	<b>Cannab.</b>	<b>Allucin. Anfetam. Ecstasy</b>	<b>Alcolici</b>	<b>DATI RACCOLTI</b>	<b>TOTALE UTENTI</b>	<b>DATI MANCANTI</b>
<b>7.590</b>	<b>2.577</b>	<b>577</b>	<b>429</b>	<b>1.431</b>	<b>12.604</b>	<b>15.276</b>	<b>2.672</b>

<sup>10</sup> La sostanza d'abuso primaria è definita come la sostanza d'abuso per cui viene richiesto un trattamento.

Nel grafico n. 21 sono riportate le percentuali, distinte per sostanza d'abuso primaria, degli utenti di entrambi i sessi delle 40 province prese in considerazione nella nostra analisi.

**Graf.21 - Percentuali dei pazienti in trattamento per sostanze d'abuso primaria**



Non è possibile attualmente effettuare un confronto con gli anni precedenti, né studiare i mutamenti nel consumo di sostanze stupefacenti e/o psicotrope, o verificare l'abbassamento dell'età della prima assunzione in questi ultimi anni in quanto la rilevazione è stata avviata solo nel 2007.

Tuttavia, lo studio rappresenta un primo momento di analisi di alcune caratteristiche dell'utenza delle strutture e la base per future indagini conoscitive, senz'altro utile al fine di ottenere anche informazioni più dettagliate sulla domanda di trattamento presso le strutture del privato sociale.

### ***1.3 Utenti in trattamento presso i Servizi Pubblici a cura del Ministero della Salute***

Per quanto concerne i tossicodipendenti in trattamento presso i servizi pubblici (Ser.T) la tabella seguente, estratta dalla Rilevazione delle attività nel settore tossicodipendenze relativa all'anno 2005 a cura del Ministero della Salute, cui si rinvia per ulteriori approfondimenti, mostra l'andamento dell'utenza dei servizi pubblici per le Tossicodipendenze nel periodo compreso tra il 1991 ed il 2005.

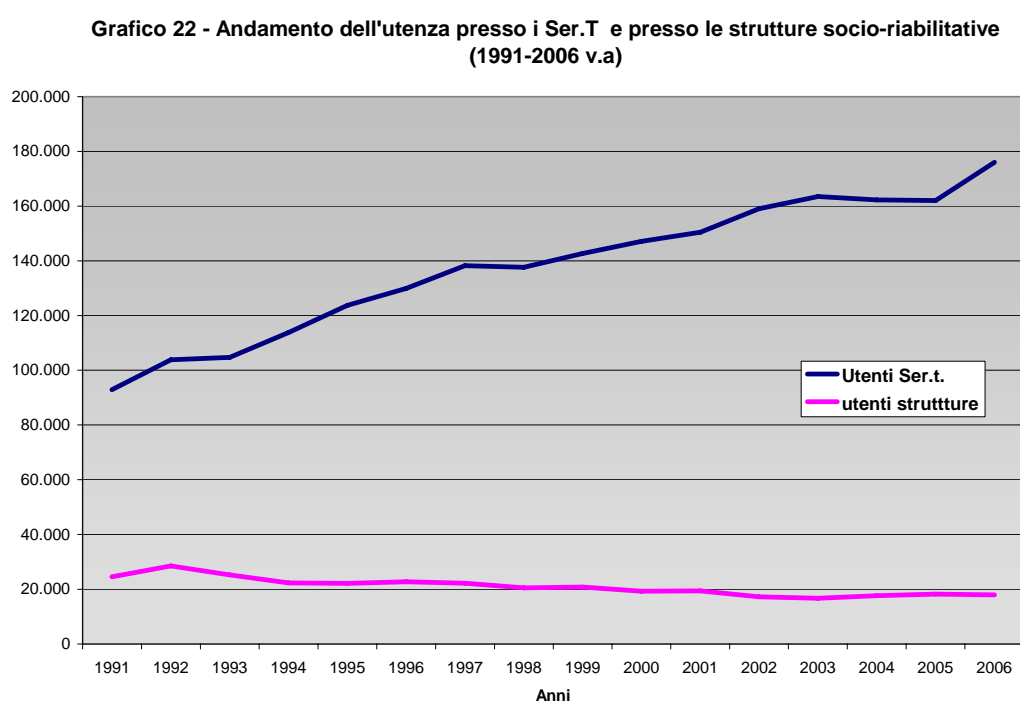
**Tabella 13**

<b>Utenti in trattamento presso i servizi pubblici per le Tossicodipendenze (1991-2005)</b>															
<b>REGIONE</b>	<b>1991</b>	<b>1992</b>	<b>1993</b>	<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
PIEMONTE	10.455	10.347	10.320	12.022	12.723	13.248	13.718	13.083	14.081	13.562	13.583	14.553	13.315	11.577	14.103
VALLE D'AOSTA	286	306	292	294	289	341	337	338	375	331	334	315	302	291	296
LOMBARDIA	16.157	17.848	17.847	18.762	19.309	20.666	19.511	20.868	22.034	21.913	22.955	24.148	25.309	25.951	26.099
PROV. AUT. BOLZANO	1.060	1.050	1.004	756	304	301	348	962	1.037	1.052	308	916	820	735	724
PROV. AUT. TRENTO	480	621	613	646	657	686	509	596	683	748	808	788	757	799	859
VENETO	8.415	8.076	8.928	9.821	9.682	10.438	10.589	11.032	11.747	10.832	13.112	12.487	12.589	13.452	11.479
FRIULI V. GIULIA	1.743	1.919	1.894	2.119	2.338	2.264	2.421	2.591	2.626	2.753	2.863	2.815	2.659	2.962	3.152
LIGURIA	3.724	4.118	2.914	1.172	3.068	2.244	6.138	5.546	5.684	5.744	6.192	6.605	7.076	5.731	6.091
EMILIA ROMAGNA	6.979	7.558	7.677	8.289	8.654	8.943	8.787	8.942	9.422	9.738	10.010	10.636	10.692	11.204	11.435
TOSCANA	6.673	6.682	7.986	9.326	9.982	9.611	9.243	9.673	10.229	10.621	9.285	11.895	12.043	11.044	10.111
UMBRIA	1.299	2.052	1.742	2.082	2.701	2.811	3.102	1.897	2.198	3.277	3.328	3.129	3.093	3.037	3.399
MARCHE	1.848	2.202	2.134	2.549	2.614	3.869	3.722	4.110	4.116	3.870	3.503	4.421	4.111	4.321	4.810
LAZIO	9.698	10.108	9.175	9.273	11.021	9.864	11.493	11.013	11.345	11.724	10.921	12.266	14.887	13.232	13.791
ABRUZZO	825	1.450	2.051	2.801	3.443	3.145	3.331	3.171	2.732	3.324	3.845	4.047	3.976	3.980	3.876
MOLISE	242	268	258	405	461	535	552	534	579	397	400	389	707	412	835
CAMPANIA	5.294	7.750	7.005	9.476	9.925	11.625	12.377	11.327	12.828	13.831	15.887	16.523	17.341	19.999	17.937
PUGLIA	9.067	10.595	10.828	10.446	11.033	11.539	14.335	13.178	12.400	13.039	12.023	12.301	12.200	12.483	11.602
BASILICATA	719	822	812	796	796	982	922	893	927	844	991	1.038	1.024	1.080	1.170
CALABRIA	1.084	1.307	1.787	2.024	2.677	3.491	3.322	4.294	3.646	4.401	4.708	4.936	4.416	4.301	4.557
SICILIA	3.613	4.951	4.943	5.674	6.896	7.842	8.263	8.103	8.597	9.959	10.112	9.694	11.199	10.453	10.501
SARDEGNA	3.192	3.775	4.532	5.002	5.158	5.439	5.198	5.506	5.365	5.186	5.232	5.149	5.000	5.186	5.178
<b>ITALIA</b>	<b>92.853</b>	<b>103.805</b>	<b>104.742</b>	<b>113.735</b>	<b>123.731</b>	<b>129.884</b>	<b>138.218</b>	<b>137.657</b>	<b>142.651</b>	<b>147.146</b>	<b>150.400</b>	<b>159.051</b>	<b>163.516</b>	<b>162.230</b>	<b>162.005</b>

Fonte: Ministero della Salute

Nell'anno 2006, in base ai dati contenuti nella Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, i tossicodipendenti in trattamento presso i Ser.T sono stati circa 176.000, in maggioranza di sesso maschile, con un'età media di 35 anni e per il 72% consumatori di oppiacei.

L'andamento dell'utenza dei Ser.T è pertanto in progressivo aumento, al contrario di quanto è avvenuto per l'utenza delle strutture del privato sociale. (cfr Grafico22)



#### ***I.4 I decessi per assunzione di sostanze stupefacenti a cura della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga***

I dati sui decessi per assunzione di stupefacenti in Italia si riferiscono solo ai casi di morte dovuta in via diretta al consumo di droghe, mentre non sono rilevabili i decessi indirettamente riconducibili al consumo di stupefacenti come quelli avvenuti, a seguito di incidenti stradali (in cui il guidatore poteva avere assunto sostanze illecite) oppure quelli dovuti alle patologie correlate all'abuso di droga quali l'epatite B, C e l'HIV.

Per la determinazione dei "decessi droga-correlati" che rappresenta un altro indicatore-chiave richiesto ai vari Paesi dall'Osservatorio europeo sulle Droghe e Tossicodipendenze

con sede a Lisbona<sup>11</sup>, occorrerà avviare, a livello nazionale, una rilevazione coinvolgendo oltre agli organi di Polizia ed alle Prefetture anche le strutture Dipartimentali del Ministero della Salute.

I dati provenienti dalle Forze dell'Ordine anche per il tramite delle Prefetture, vengono trasmessi ed elaborati a cura della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (D.C.S.A.) del Dipartimento della Pubblica Sicurezza, organismo interforze istituito con legge 15 Gennaio 1991, n. 16 con la finalità di realizzare attività di prevenzione e repressione del traffico illecito delle sostanze stupefacenti e psicotrope anche attraverso un costante monitoraggio.

Occorre tuttavia precisare che non tutte le segnalazioni di decessi pervenute alla D.C.S.A. da parte delle Forze di Polizia risultano corredate dagli esami autoptici e tossicologici disposti di norma dall'Autorità giudiziaria.

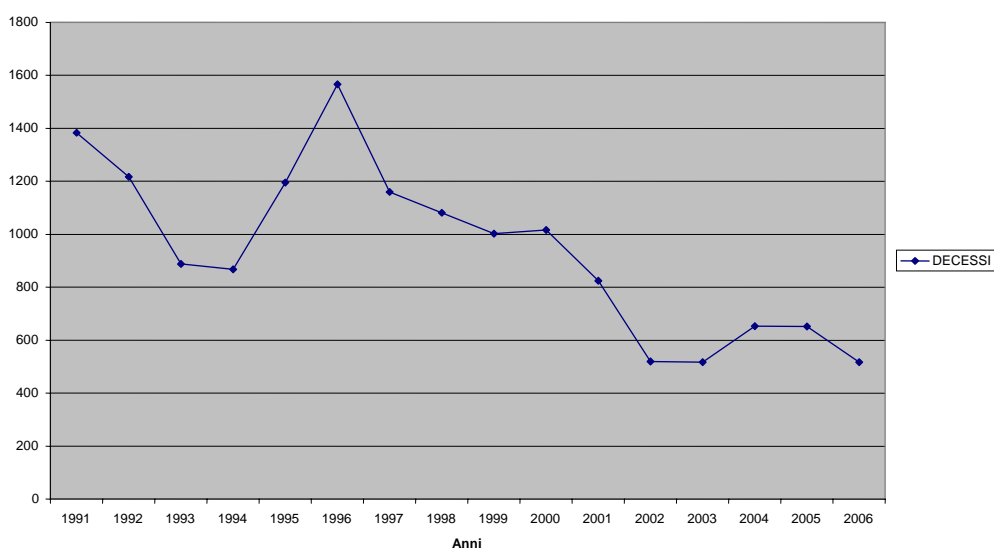
Pertanto i dati riportati nel grafico 22, relativi all'anno 2006 sono da considerarsi provvisori essendo dati di flusso in attesa dei rilievi autoptici.

L'andamento dei decessi nel nostro Paese ha avuto un picco nel 1996 con 1566 casi di overdose, per poi decrescere fino a raggiungere nell'anno 2003 un valore minimo pari a 517 decessi.(cfr. graf.23 ).

---

<sup>11</sup> L'Osservatorio europeo sulle droghe e le tossicodipendenze (EMCDDA, *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*), istituito con Regolamento CEE n.302 dell'8 Febbraio 1993, ha tra i suoi obiettivi, la raccolta e lo scambio di informazioni comparabili ed affidabili all'interno degli Stati membri al fine di fornire un monitoraggio della situazione del fenomeno droga e favorire una azione coordinata di contrasto a livello europeo alla diffusione delle droghe. L'Osservatorio europeo pubblica una Relazione Annuale sulla base dei rapporti forniti ogni anno dai Punti Focali nazionali Reitox sulle strategie e le normative antidroga dei singoli Paesi, le politiche di prevenzione e di riduzione del danno adottate a livello locale e nazionale ed il consumo delle sostanze stupefacenti a livello europeo. Gli indicatori epidemiologici-chiave dell'OEDT sono: 1) la prevalenza del consumo di stupefacenti nella popolazione generale; 2) i consumatori problematici di droga; 3) i decessi droga correlati; 4) le patologie infettive correlate al consumo di stupefacenti; 5) la domanda di trattamento per droga.

**Graf. 23 Trend dei decessi per overdose (1991-2006)**



Nel 2004 e nel 2005 si è registrato un incremento (rispettivamente 653 e 652 decessi) rispetto agli anni precedenti, mentre nel 2006 si è avuta nuovamente una flessione (517 decessi accertati)<sup>12</sup>.

Per quanto riguarda il tipo di sostanza, gli oppiacei sono stati la causa della maggior parte dei decessi dovuti al consumo di stupefacenti, anche se, in molti casi, l'esame tossicologico ha evidenziato la presenza di altre sostanze, in particolare alcool, benzodiazepine e cocaina<sup>13</sup>.

<sup>12</sup> Annuale 2006 D.C.S.A. Si rammenta che i dati sui decessi riferiti all'anno 2006 sono da considerarsi ancora provvisori in quanto in attesa dei relativi referti autoptici.

<sup>13</sup> Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Relazione Annuale 2006, pag. 81.

**Tabella 14**

REGIONE	Disaggregazione regionale dei decessi per assunzione di stupefacenti (1990 – 2006)																
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
PIEMONTE	135	145	100	69	48	114	161	118	112	112	102	57	45	45	81	57	33
VALLE D'AOSTA	3	7	2	1	0	3	5	6	2	3	2	1	0	1	1	1	0
LIGURIA	68	94	95	72	79	125	112	62	64	46	36	34	14	14	20	18	23
LOMBARDIA	271	355	278	136	129	208	275	179	188	142	145	108	45	43	54	42	40
TRENTINO A.A.	14	27	23	18	14	22	18	15	(a) 26	(b) 27	(c) 16	13	8	3	7	7	4
VENETO	83	75	91	69	64	93	104	92	90	93	90	95	24	35	29	53	28
FRIULI V.G.	13	23	22	13	26	21	18	22	18	25	17	17	10	12	9	11	7
EMILIA ROMAGNA	115	126	109	101	107	101	155	134	115	97	100	65	26	37	40	35	45
MARCHE	20	18	20	11	16	16	26	21	14	18	22	19	11	12	14	23	21
TOSCANA	65	73	67	54	56	71	81	70	69	43	53	44	24	21	41	24	31
UMBRIA	6	11	6	7	11	19	22	14	26	17	25	22	21	20	15	25	24
LAZIO	124	118	139	133	55	127	220	158	132	139	132	129	136	95	112	130	106
CAMPANIA	80	107	80	80	102	113	143	108	81	103	134	79	84	103	127	116	82
ABRUZZO	9	18	17	13	20	24	21	19	17	16	18	18	10	5	11	11	10
MOLISE	0	3	4	1	1	3	2	0	5	3	1	2	3	2	5	3	2
PUGLIA	59	79	57	45	58	49	79	58	39	34	45	40	13	17	15	15	16
BASILICATA	5	5	4	5	6	6	5	3	4	4	5	4	3	2	2	4	7
CALABRIA	20	10	17	6	5	10	25	17	12	14	23	21	10	14	11	23	8
SICILIA	45	47	51	29	38	39	51	35	36	27	26	29	17	20	24	26	16
SARDEGNA	23	38	30	23	30	24	39	28	28	31	23	25	15	16	33	28	13
ITALIA	1.158	1.379	1.212	886	865	1.188	1.562	1.159	1.078	994	1.015	822	519	517	651	652	516
ESTERO	3	4	5	2	2	7	4	1	3	8	1	3	1	0	2	0	1
TOTALE	1.161	1.383	1.217	888	867	1.195	1.566	1.160	1.081	1.002	1.016	825	520	517	653	652	517

(a) Provincia autonoma di Bolzano n. 9 decessi; provincia autonoma di Trento n. 17 decessi.

(b) Provincia autonoma di Bolzano n. 17 decessi; provincia autonoma di Trento n. 10 decessi.

(c) Provincia autonoma di Bolzano n. 8 decessi; provincia autonoma di Trento n. 8 decessi.

Nella Relazione annuale del 2006 dell'OEDT si affermava che in alcuni Stati membri dell'Unione europea, tra cui l'Italia, il numero dei consumatori di eroina per via parenterale in trattamento presso i centri terapeutici è in diminuzione.

Si tenga presente che i consumatori di oppiacei per via iniettiva sono le persone più a rischio sia di morte per overdose sia di contagio per malattie infettive molto gravi ed in alcuni casi mortali come le epatiti B e C e l'AIDS.

I mutamenti del mercato illegale delle droghe sempre più orientato verso la diversificazione delle sostanze, spesso sintetiche, l'aumento dell'offerta di cocaina<sup>14</sup> e della cannabis, derivano in gran parte dalla necessità di favorire il consumo di droghe diverse dagli oppiacei e di trovare nuove modalità di assunzione che non mettano in pericolo di vita i "clienti consumatori"<sup>15</sup>.

Si può cogliere in questo la ragione della tendenziale diminuzione delle morti "dirette" a fronte di un aumento del consumo sul territorio.

**Tabella 15**

Decessi per assunzione di stupefacenti per fasce di età (1991-2006)							
Anni	fino a 14 anni	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 e oltre
1991	0	51	351	524	318	103	36
1992	0	39	283	422	311	109	53
1993	0	22	184	293	237	110	42
1994	0	28	175	288	232	101	43
1995	0	31	193	381	322	189	79
1996	0	35	235	429	501	247	119
1997	0	25	184	341	315	195	100
1998	0	20	124	294	319	215	108
1999	0	19	105	243	324	207	104
2000	0	27	105	221	296	239	128
2001	0	19	82	147	229	202	146
2002	0	7	52	88	133	129	111
2003	0	16	44	103	126	115	113
2004	1	17	62	114	158	150	151
2005	0	14	46	97	146	176	173
2006	0	11	38	80	109	132	147

Fonte: Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

<sup>14</sup> Il prezzo della cocaina si è notevolmente abbassato negli ultimi anni

<sup>15</sup> Si segnala negli ultimi due anni in Italia una ripresa del consumo di eroina che non viene assunta più per via parenterale ma "fumata".

## ***PARTE II***



## **II.1 Il ruolo dei NOT e l'iter di recupero dei soggetti consumatori dall'entrata in vigore del T.U. 309/90 all'introduzione della Legge 49/2006**

I Nuclei Operativi per le Tossicodipendenze delle Prefetture, istituiti con il D.P.R. 309/90, rappresentano la linea di confine tra il controllo e la prevenzione.

Dal 1990, anno della loro istituzione, queste strutture presenti in tutte le province hanno rappresentato un argine contro la devianza primaria<sup>16</sup> soprattutto da parte dei giovani in una fase di grandi mutamenti storici e culturali come quella attuale.

Attraverso l'attività dei N.O.T., in questi quindici anni di applicazione della normativa, è stato possibile entrare in contatto con i giovani (1/3 circa delle persone segnalate ha meno di 20 anni) nei confronti dei quali è ancora efficace un intervento dell'Autorità.

Per la maggior parte dei segnalati, l'incontro in Prefettura rappresenta la prima, e spesso l'unica, opportunità di contatto con persone che si occupano di droghe e dipendenze, ed un'occasione irripetibile per prevenire situazioni di rilevanza (penale o medica) di gran lunga più gravi.

È importante sottolineare che la maggior parte dei soggetti segnalati per detenzione di droghe leggere non risulta aver avuto contatti con i servizi educativi ed informativi del territorio; pertanto il colloquio con gli operatori dei N.O.T. ha assunto fin dall'inizio un ruolo significativo anche nell'ottica di educazione alla salute e di prevenzione delle tossicodipendenze.

Nel caso di prima segnalazione, il procedimento può concludersi con un formale invito a non fare più uso di tali sostanze. In questa circostanza il procedimento amministrativo assume una connotazione né strettamente terapeutica né sanzionatoria.

In caso di condotte reiterate, prima della legge 49 del 2006 era possibile sospendere il procedimento sanzionatorio in attesa della conclusione del programma terapeutico mentre il nuovo testo dell'art. 75 prevede comunque l'irrogazione della sanzione, che può solo essere revocata se il programma di recupero ha esito positivo.

Con l'introduzione della nuova normativa si è registrata una minore propensione dei segnalati ad intraprendere il programma di recupero in quanto lo ritengono un prolungamento dell'applicazione della sanzione, dati i tempi non brevi dei programmi terapeutici<sup>17</sup>.

---

<sup>16</sup> La devianza primaria viene definita da E.M. Lemert l'insieme dei comportamenti trasgressivi sperimentali, contingenti e ancora reversibili, che non si sono ancora evoluti in devianza conclamata.

<sup>17</sup> Per consentire di salvaguardare l'azione terapeutica e di ausilio nei confronti dei soggetti segnalati alcune Prefetture hanno realizzato un accordo con i Ser. T. della provincia in base al quale i soggetti sono segnalati dalla Prefettura per l'art. 121 T.U.309/90 direttamente al SERT, che li chiama per intraprendere il programma di recupero. Nel frattempo la Prefettura avvia il procedimento per l'art. 75 e invita il soggetto al colloquio. Se al momento del colloquio il soggetto avrà concluso positivamente il programma di recupero, la Prefettura valuterà

La nuova normativa ha di fatto interrotto il positivo rapporto stabilito tra le Prefetture ed i Servizi per le Tossicodipendenze che, nel periodo di sospensione, collaboravano per il fine comune del recupero dei soggetti segnalati.

Infatti, se la tipologia e la durata del programma terapeutico erano definiti dagli operatori del Ser.T. i N.O.T., a loro volta, avevano il compito di verificarne il corretto svolgimento da parte del soggetto (osservanza del “patto terapeutico”).

In caso di interruzione del programma, il soggetto veniva convocato per un ulteriore colloquio in Prefettura. È importante sottolineare che il secondo colloquio rispondeva ad un intento “terapeutico”. Infatti, aveva la finalità di verificare le cause di interruzione del rapporto con il Ser.T. ed il livello di motivazione del soggetto, nonché di ribadire l’impegno che si era assunto con la richiesta di sottoporsi ad un programma socio-riabilitativo.

Come si è potuto evidenziare in precedenza, le segnalazioni alle Prefetture, nei primi mesi del 2006 sono diminuite, soprattutto fino all’emanazione del decreto del Ministero della Salute sui limiti quantitativi massimi per il discrimine tra il consumo e lo spaccio di stupefacenti, entrato in vigore solo il 9 maggio 2006.

Dopo l’abolizione della “modica quantità” e fino all’entrata in vigore della Legge 49/2006, nella maggior parte dei casi le Forze dell’Ordine, per la determinazione della tipologia di sostanze, procedevano mediante il narcotest che è un esame meramente qualitativo rispetto alla tipologia delle sostanze d’abuso, rapido da effettuare e poco dispendioso, mentre i costi delle analisi tossicologiche per la ricerca del principio attivo variano da 200 a 300 euro in media. La carenza di strutture provinciali delle Forze dell’Ordine per effettuare gratuitamente gli esami tossicologici, già segnalata nelle prime Relazioni annuali al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia prima del referendum del 18 Aprile 1993, si è aggravata nel tempo, soprattutto in alcune province.

D’altra parte i laboratori tossicologici delle ASL o delle Università richiedono tempi molto lunghi (anche un anno) oltre alla mancanza di indicazioni sui rimborsi.

La reintroduzione della “dose soglia” per il discrimine tra il consumo e lo spaccio ha pertanto allungato notevolmente i tempi del procedimento, perché, senza i referti finali, il soggetto non può teoricamente essere convocato in Prefettura dato che i risultati delle analisi tossicologiche potrebbero avere esiti imprevisti e comportare un iter procedimentale o sanzionatorio differente. L’incremento di lavoro amministrativo per gli adempimenti connessi al procedimento rischia di burocratizzare l’operato degli assistenti sociali e le modifiche

---

se applicare il formale invito e, in caso di soggetti già segnalati, verrà applicata una sanzione che tenga conto della volontà di recupero dei soggetti.

normative introdotte hanno orientato il ruolo dei NOT più in senso sanzionatorio che di recupero.

E'importante sottolineare inoltre che la progressiva diminuzione dell'organico dei NOT, nel corso di questi quindici anni, a fronte dell'incremento notevole delle segnalazioni e dell'attività colloquiale,<sup>18</sup> ha determinato un allungamento dei tempi di convocazione dei soggetti che rischia di compromettere l'attività di prevenzione nei confronti dei soggetti segnalati per consumo personale.

Alla luce di quanto esposto sembra indispensabile indirizzare l'azione istituzionale verso il rafforzamento del ruolo dei N.O.T. dotandoli di un apparato organizzativo adeguato e ripristinando, sotto il profilo normativo, la funzione di prevenzione secondaria alla tossicodipendenza che ha caratterizzato, nel corso degli anni, queste strutture.

La strategia efficace di prevenzione contro le droghe può realizzarsi solo attraverso la sinergia di attori con diverse competenze e professionalità, creando reti di sostegno e spazi di comunicazione soprattutto per i giovani "a rischio".

Nella tabella e nei grafici seguenti viene illustrato l'andamento dell'attività svolta e dei provvedimenti adottati dai Prefetti negli anni 1991-2006. Occorre tener presente che, data la complessità dell'iter procedimentale e considerando la durata dei percorsi terapeutici effettuati dalle persone segnalate nonché le problematiche organizzative, tra la data di segnalazione e quella dell'adozione dei provvedimenti intercorrono anche parecchi mesi.

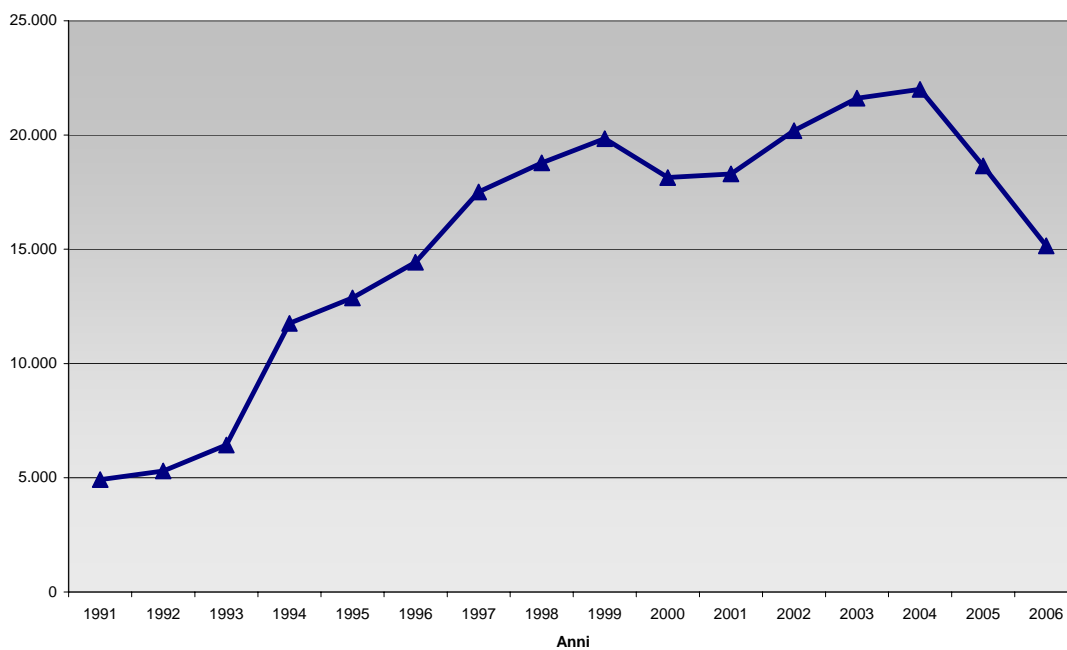
---

<sup>18</sup> L'impovertimento degli organici dei NOT è dovuto a svariati fattori tra cui il blocco del turn-over del personale dell'Amministrazione civile dell'Interno, dimissioni o trattamento di quiescenza. Al riguardo occorre sottolineare che, nel 2006, si è concluso un concorso per 38 posti di assistente sociale (2 delle quali hanno poi rinunciato all'incarico) nelle seguenti regioni, Piemonte, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Abruzzo, Molise, Marche, Umbria, Toscana, Emilia Romagna, Veneto. Ciò ha consentito di superare alcune situazioni critiche ma per molte Prefetture permane una problematicità che tende ad aggravarsi sempre di più nel tempo con la conseguenza che l'arretrato accumulato nei colloqui e nell'invio ai Ser.T. si riflette negativamente sui tempi delle convocazioni, compromettendo così l'attività di recupero fondamentale per il N.O.T.

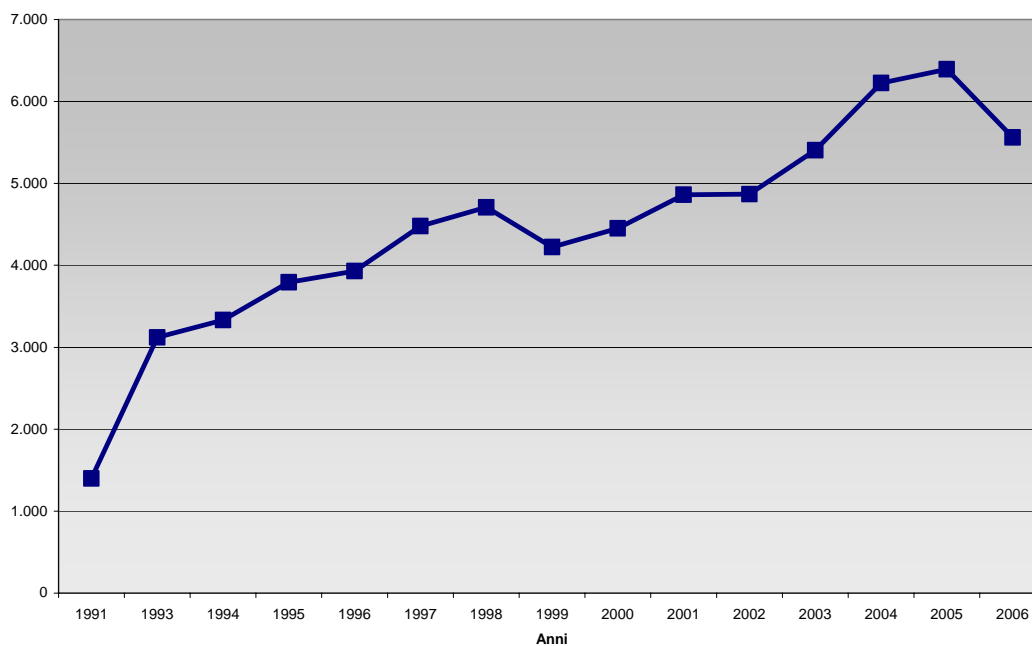
**Tabella 16**

Provvedimenti (anni 1991-2006)				
Anni	formale invito	richiesta programma	sanzioni	archiviazione
1991	4.917	7.107	3.721	1.399
1992	5297	6.302	3.826	2239
1993	6.434	5.324	4.620	3.121
1994	11.762	6.692	7.465	3.333
1995	12.875	7.117	7.965	3.793
1996	14.432	8.584	7.632	3.931
1997	17.515	7.902	7.922	4.479
1998	18.781	6.987	8.452	4.707
1999	19.842	7.005	7.002	4.224
2000	18.139	6.877	6.907	4.451
2001	18.304	6.554	8.054	4.862
2002	20.197	8.039	8.193	4.868
2003	21.612	7.454	8.228	5.406
2004	22.002	9.265	7.814	6.224
2005	18.651	8.099	7.955	6.393
2006*	15.149	5.913	7.229	5.750

**Grafico 24 - Trend del Formale invito (1991-2006)**



**Grafico 25 - Trend richiesta programma terapeutico**



**Grafico 26 sanzioni amministrative(1991-2006)**

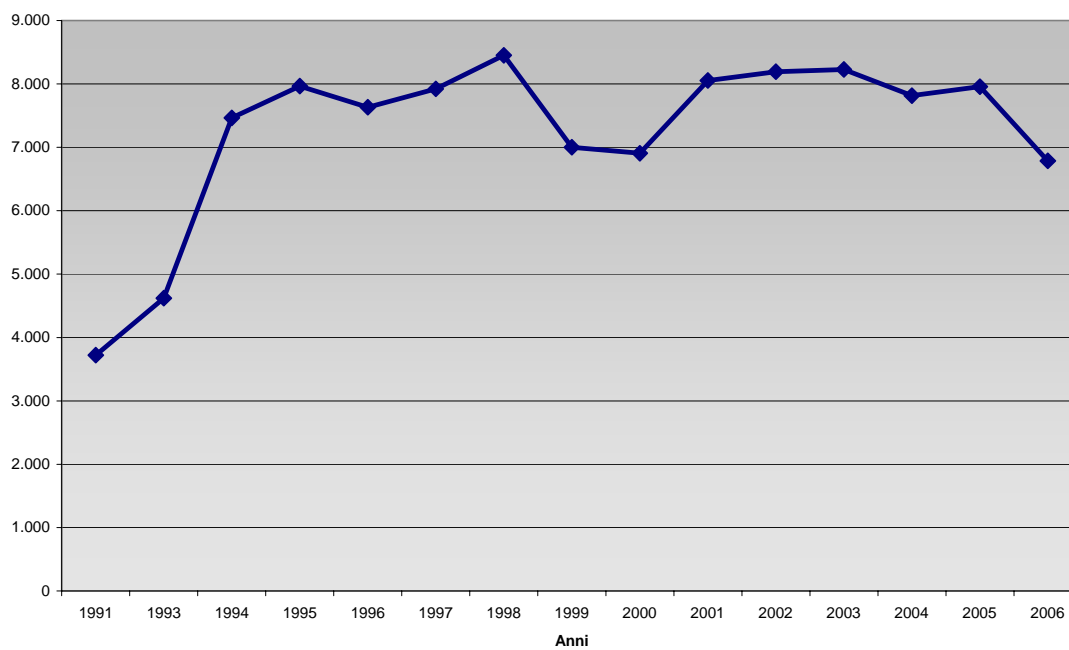
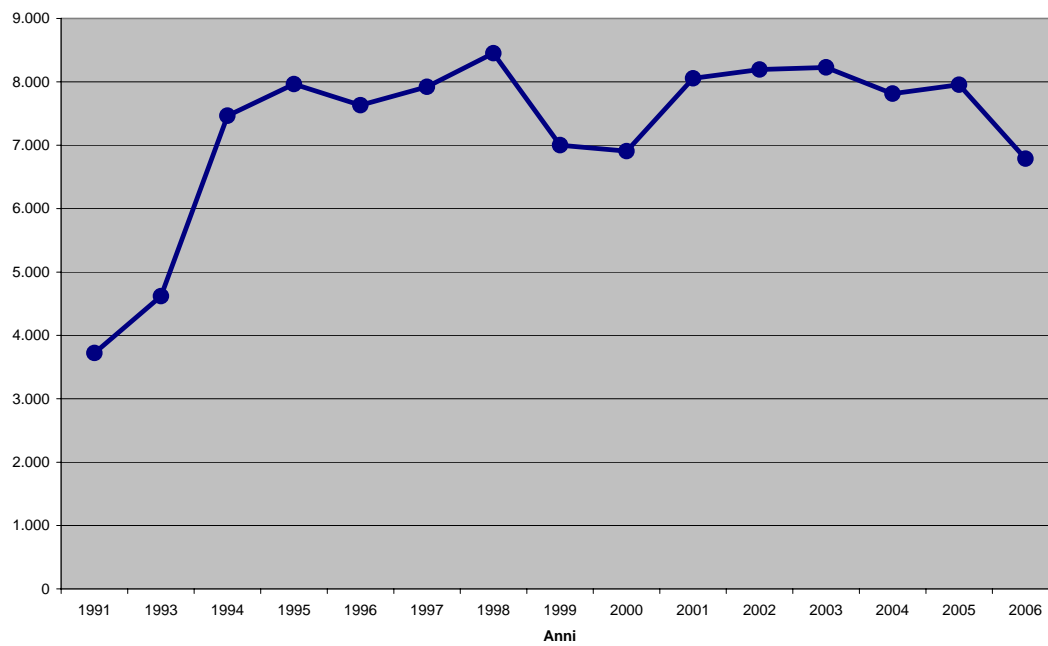


Grafico 27 - Trend archiviazione atti (1991-2006)



## **II.2 I mutamenti nel consumo di sostanze stupefacenti dei giovani soggetti segnalati ex art. 75 del D. P. R. 309/90**

Nel nostro Paese fino alla metà degli anni '80 il consumo di droghe era legato, da un lato, ai derivati della cannabis (hashish e marijuana), dall'altro all'eroina ed agli oppiacei in generale. I servizi pubblici e le strutture socio-riabilitative per la tossicodipendenza sono stati creati e si sono sviluppati, nel corso degli anni, per rispondere alle esigenze terapeutiche di una particolare tipologia di utenti: i consumatori di oppiacei. I consumatori di eroina erano i consumatori problematici per eccellenza, persone spesso con un basso livello di scolarità, ai margini della società, che morivano per overdose o per patologie correlate al consumo di sostanze, come l'Aids e le epatiti virali.

Nel 1987 è esploso il fenomeno delle droghe sintetiche soprattutto tra i giovani.

Il consumo di ecstasy ed in generale di droghe sintetiche, sostanze prodotte in laboratorio e consumate nelle discoteche e nei luoghi di aggregazione giovanili si è diffuso rapidamente negli anni '90, connotando il fenomeno droga in modo diverso rispetto al passato, sia perché il consumo avveniva prevalentemente in contesti ricreazionali, sia per la tipologia dei consumatori maggiormente integrati socialmente ed, in generale, con un livello culturale più elevato.

In questi ultimi anni il mercato delle droghe si è arricchito di nuove sostanze di sintesi, ha aumentato l'offerta di cocaina e marijuana ed ha indotto i consumatori a "fumare" l'eroina.

Dopo la flessione degli anni passati il mercato dell'eroina è in ripresa, quello della cocaina è sempre più in aumento ed i derivati della cannabis sono sempre le droghe maggiormente diffuse.

Per quanto riguarda la cocaina il consumo di questa sostanza non è più riservato soltanto ad una elite, come in passato, ma è trasversale a tutte le fasce di età e permea gli strati sociali più diversi.

Contrariamente all'eroina, considerata una droga per soggetti emarginati, la cocaina si adatta ad uno stile di vita cosiddetto "normale" e viene consumata in diversi contesti occupazionali sia da giovani che meno giovani.

Uno dei pericoli maggiori è il fatto che i consumatori di cocaina non si considerano dei tossicodipendenti veri e propri, sottovalutano i rischi correlati al consumo e le conseguenze dell'abuso di droghe e non si rivolgono ai servizi di trattamento.

Sempre più spesso si parla oggi di poliassunzione e di poliabuso riferito al fatto che molte persone abusano di diverse sostanze stupefacenti oppure associano il consumo di droga

a quello di alcool in contesti ricreazionali. In tal modo aumenta il rischio di incidenti stradali soprattutto tra i giovani che frequentano i locali notturni.

In base a quanto segnalato dagli operatori dei N.O.T. delle Prefetture, durante i colloqui i soggetti segnalati riferiscono un consumo precoce (in alcuni casi a partire dagli undici- dodici anni di età) di droghe e di alcool.

I dati relativi ai soggetti detentori di sostanze stupefacenti o psicotrope segnalati ai Prefetti, da parte delle Forze dell'Ordine, hanno consentito di effettuare un'analisi dei mutamenti del consumo anche nelle fasce di età comprese tra i 14 ed i 25 anni nel periodo compreso tra il 1991 ed il 2006.<sup>19</sup>

Analizzando l'andamento delle principali sostanze d'abuso si evidenzia che la cannabis ed i suoi derivati sono le prime sostanze di segnalazione anche nelle fasce di età giovanili.(cfr.Tab.17)

**Tabella 17**

<b>Andamento percentuale dei segnalati nelle fasce di età 14-25 anni in base alle principali sostanze di segnalazione(1991-2006)</b>						
Anni	%cannabis	%cocaina	%eroina	%ecstasy	Altre sost.	Totale
1991	53,58	4,40	40,55	0,19	1,28	100
1992	60,05	5,07	33,22	0,31	1,36	100
1993	69,05	4,91	23,28	1,41	1,35	100
1994	78,61	3,17	14,04	2,23	1,95	100
1995	77,91	2,41	14,62	2,67	2,39	100
1996	80,32	2,52	10,46	3,48	3,23	100
1997	85,44	3,54	7,25	1,65	2,12	100
1998	87,29	4,16	5,50	1,16	1,89	100
1999	87,05	5,32	4,45	1,39	1,79	100
2000	88,57	4,36	4,15	1,13	1,79	100
2001	88,19	4,49	3,51	1,26	2,55	100
2002	86,87	5,66	3,43	1,14	2,90	100
2003	86,72	6,65	2,44	1,01	3,18	100
2004	85,97	6,96	2,79	1,09	3,19	100
2005	84,21	8,29	3,06	0,95	3,48	100
2006	82,60	9,14	4,39	0,90	2,97	100

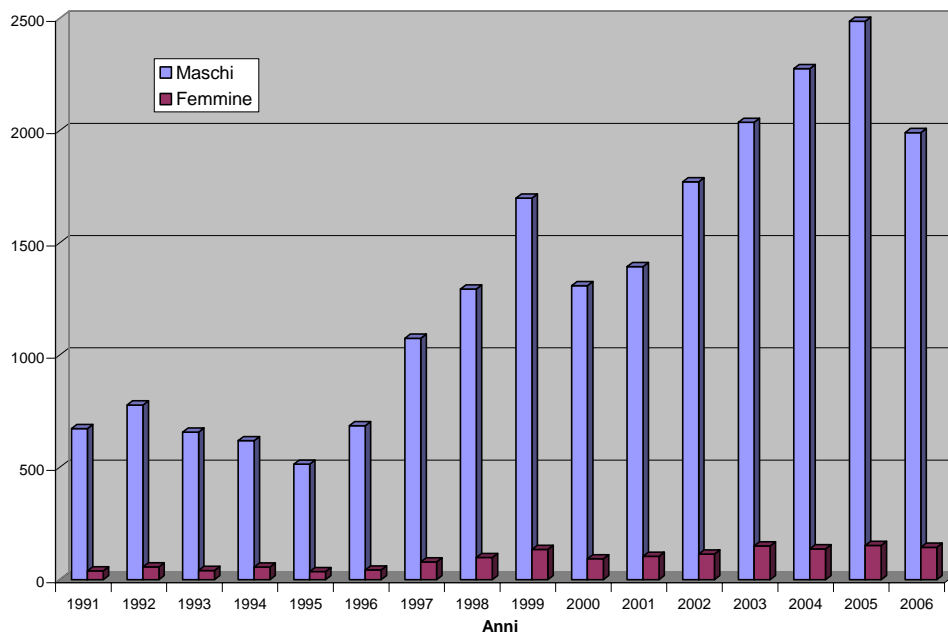
Nei primi anni '90 il consumo di cannabinoidi fra i giovani segnalati ex art. 75 del D.P.R. 309/90 nelle fasce di età comprese fra i 14 ed i 25 anni era meno consistente e viceversa più numerosi erano quelli trovati in possesso di eroina. Negli anni successivi si è

<sup>19</sup> Dall'analisi è stato escluso l'anno 1990 perché i dati risulterebbero non confrontabili con quelli degli anni successivi in quanto la normativa è entrata in vigore soltanto nel mese di Luglio

verificato un mutamento significativo anche nella tipologia di sostanze detenute dai giovani segnalati dalle Forze dell'Ordine; infatti sono diminuite progressivamente le segnalazioni per consumo di oppiacei ed aumentate quelle per cannabinoidi e per cocaina. La percentuale di detentori di sostanze c.d. "leggere", tra cui hashish e marijuana, in queste fasce di età, è passata dal 53,5% del 1991 sino al valore massimo raggiunto nell'anno 2000 pari all'88,5%.

L'andamento percentuale di segnalati per cannabinoidi, tra i 14 ed i 25 anni è crescente ed ha raggiunto nel 2000 e nel 2001 l'88% del totale. A partire dagli anni successivi si è registrata una leggera flessione della percentuale che resta, tuttavia, in queste fasce giovanili, su valori oltre l'80% del totale.

**Grafico 28 - Trend dei segnalati per consumo personale di cannabinoidi  
14 - 25 anni (1991-2006)**



La fascia di età in cui risulta il numero più elevato di soggetti segnalati per queste sostanze è quella compresa tra i 18 ed i 20 anni.(Cfr.Tab. 18)

**Tabella 18**

<b>Trend dei segnalati per detenzione di cannabinoidi 14-25 anni per fasce di età, v.a (1991-2006)</b>					
Anni	Fino a 14 anni	15 – 17	18 – 20	21 – 22	23 – 25
1991	52	1.047	3.760	1963	1.844
1992	59	1.035	4.314	2.325	2.159
1993	55	951	4.025	2.441	2.353
1994	79	1458	6.104	5.797	3.286
1995	78	1.909	7642	4.173	3.918
1996	117	2.585	9.752	5.797	5.165
1997	163	3410	11.491	6.619	6.188
1998	158	3.865	12.049	6.795	6.369
1999	165	3.902	12.392	6.876	6.680
2000	143	3.772	11.816	6.302	6.476
2001	157	3.621	11.929	6.662	7.033
2002	179	3.548	11.647	6.596	6.985
2003	165	3.553	11.525	6.348	6.927
2004	210	3.777	11.688	6.755	7.371
2005	165	3.591	10.379	5.997	6.668
2006	139	2.482	7.531	4285	4.861

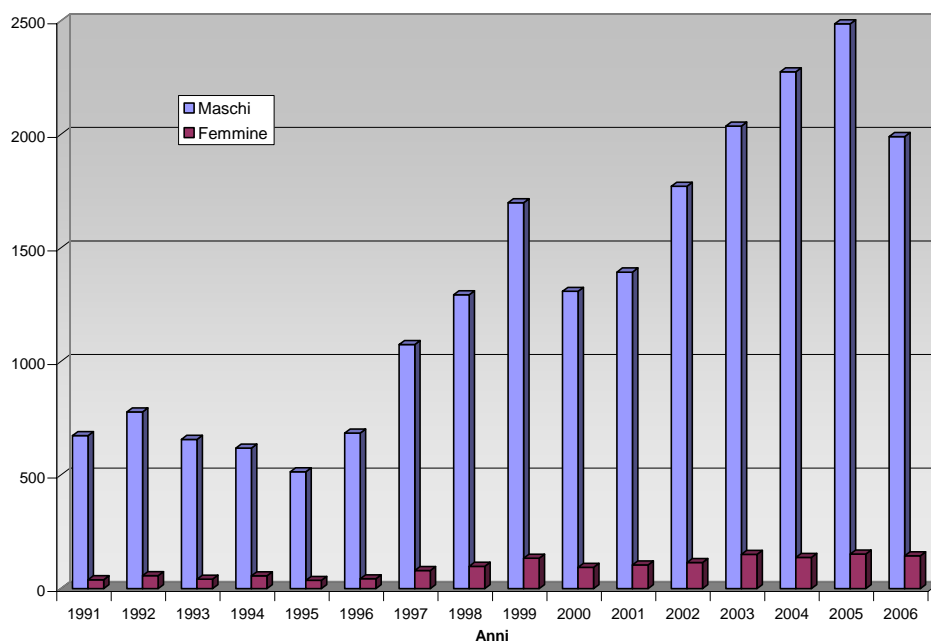
Per quanto riguarda la cocaina, a partire dal 1999 la percentuale di segnalati sul totale ha superato quella per eroina ed è diventata, nel corso degli anni, la seconda sostanza di segnalazione anche nella fascia di età tra i 14 ed i 25 anni.

La tabella 17 mostra che la percentuale dei giovani segnalati per cocaina negli anni, passa da un valore intorno al 4% del 1991 e del 5% circa nel 1992 per poi diminuire fino al 1995. Dal 1996 la percentuale di segnalati per cocaina aumenta fino al valore del 9,14% nel 2006<sup>20</sup>.

---

<sup>20</sup> Il valore della percentuale di soggetti segnalati per cocaina, calcolato sul totale dei segnalati nella fascia di età compresa tra i 14 ed i 25 anni, conferma che la cocaina è la seconda principale sostanza di segnalazione dopo i cannabinoidi. I dati relativi all'anno 2006 devono, tuttavia, essere consolidati

**Grafico 29 – Trend dei segnalati per consumo di cocaina 14-25 anni (1991 – 2006)**



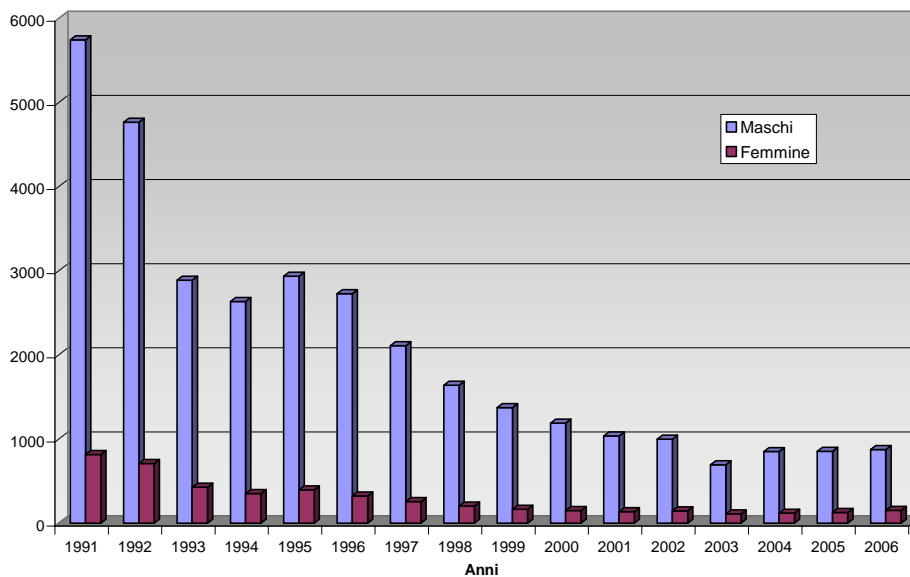
La fascia di età in cui risulta maggiore il consumo di cocaina nei 15 anni di applicazione della normativa è quella compresa tra i 23 ed i 25 anni di età. In aumento negli ultimi anni è anche il consumo in tutte le altre fasce di età dei soggetti segnalati.(cfr. Tab.19)

**Tabella 19**

<b>Trend dei segnalati per detenzione di cocaina 14-25 anni per fasce di età.</b>					
ANNI	Fino a 14 anni	15 – 17 anni	18 – 20 Anni	21 – 22 anni	23 – 25 Anni
1991	6	38	225	182	261
1992	5	32	235	238	325
1993	6	32	192	216	252
1994	5	16	169	225	260
1995	3	19	137	157	234
1996	1	38	188	225	282
1997	3	49	348	305	449
1998	6	54	395	385	552
1999	13	89	562	474	695
2000	6	68	418	385	525
2001	5	80	505	383	525
2002	6	94	563	503	720
2003	10	117	682	612	766
2004	5	124	716	618	950
2005	13	137	812	681	996
2006	10	109	653	535	828

Al contrario, come evidenziano il grafico 30 e la tabella 20, il trend dei segnalati per consumo di eroina per queste fasce di età, è in diminuzione rispetto ai primi anni di applicazione della normativa. Dal valore pari al 40,55% del 1991 la percentuale di giovani segnalati per questa sostanza passa al 2,44 % del 2003 per poi risalire lievemente nei tre anni successivi. Il valore massimo di segnalati per eroina, in queste fasce giovanili, pari a 6.559 persone è stato raggiunto nel 1991.(cfr. Tab.17 e Graf.30)

**Grafico 30 - Trend dei segnalati per detenzione e per consumo personale di eroina dai 14 ai 25 anni (1991-2006)v.a**



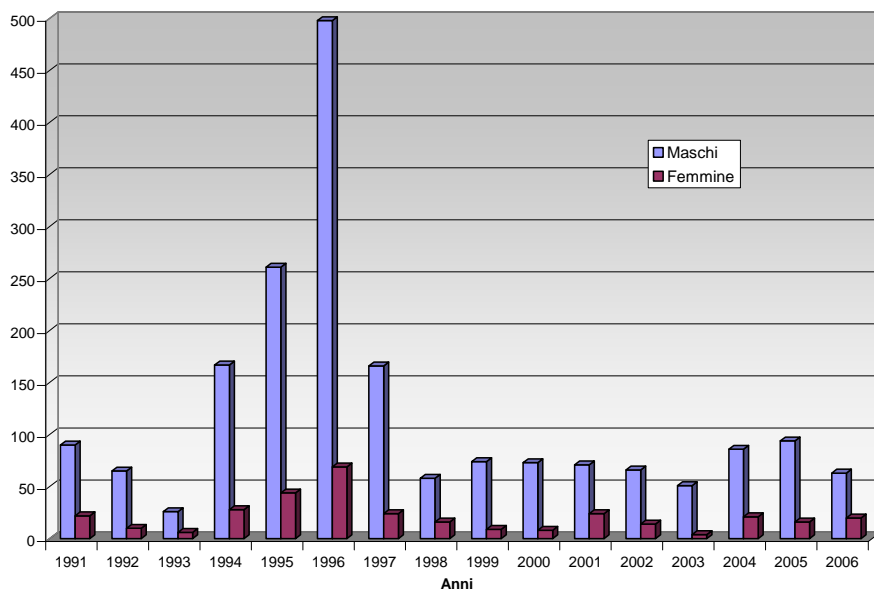
Le fasce di età giovanili in cui si riscontra un maggior numero di segnalati per consumo di questa sostanza sono quelle tra i 18 ed i 25 anni che, dopo la tendenziale diminuzione negli anni '90, dal 2004 mostrano un lieve aumento.(cfr.Tabella 20)

**Tabella 20**

<b>Trend dei segnalati per consumo di eroina 14-25 anni per fasce di età), (1991-2006) v. a</b>					
<b>ANNI</b>	<b>Fino a 14 anni</b>	<b>15 – 17 anni</b>	<b>18 – 20 anni</b>	<b>21 – 22 anni</b>	<b>23 – 25 anni</b>
1991	22	196	1.466	1.852	3.023
1992	29	154	1.278	1.447	2.564
1993	28	85	711	869	1.620
1994	16	67	603	766	1.534
1995	11	65	651	855	1.745
1996	14	80	617	766	1.572
1997	5	47	452	663	1.199
1998	6	53	407	438	937
1999	7	37	303	413	776
2000	6	32	327	380	591
2001	3	26	292	313	536
2002	2	32	287	325	497
2003	3	22	187	232	359
2004	1	25	214	276	451
2005	4	32	241	278	424
2006	2	56	285	266	416

L'andamento del consumo di eroina tra i soggetti più giovani conferma quanto già rilevato rispetto alla popolazione dei segnalati.

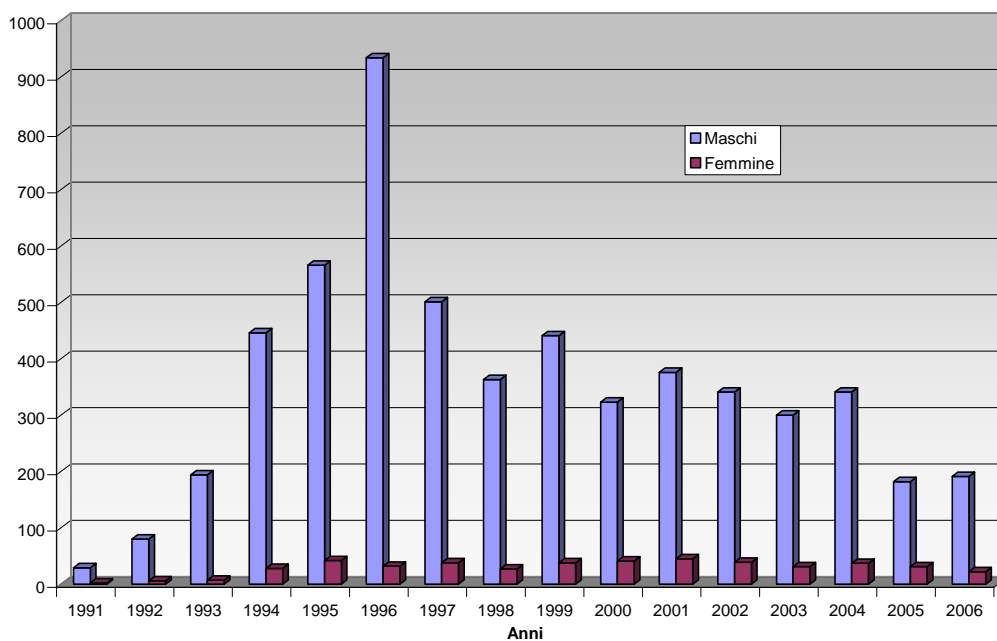
Per quanto riguarda il consumo di altri oppiacei, tra i quali troviamo la morfina ed il metadone, il valore più alto tra i giovani segnalati per tali sostanze si è registrato nel 1996 con 567 persone segnalate, di cui 498 maschi e 69 femmine.(cfr. Graf. 31)

**Grafico 31 - Trend dei segnalati per consumo di altri oppiacei 14-25 anni  
(1991-2006) v.a**

L'uso di ecstasy ed in genere di nuove droghe di sintesi nella popolazione dei segnalati in queste fasce di età è risultato invece basso rispetto al totale.

Il numero più elevato di giovani segnalati per l'ecstasy si è rilevato nel 1996 (1016 soggetti pari al 3,48%) per poi diminuire, negli anni successivi, attestandosi su valori intorno all'1% del totale, così come riscontrato nel totale dei soggetti segnalati per detenzione di sostanze stupefacenti per consumo personale.(cfr. Graf.32)

**Grafico 32 - Trend dei segnalati per consumo di ecstasy 14-25 anni (1991-2006) v.a**



Le fasce di età più numerose di segnalati per detenzione per consumo personale di droghe di sintesi sono quelle tra i 18 ed i 22 anni.(cfr.Tab. 21)

**Tabella 21**

<b>Trend dei consumatori di ecstasy ed analoghi 14-25 anni per fasce di età (1991-2006) v.a</b>					
ANNI	Fino a 14 anni	15 - 17 anni	18 – 20 anni	21 – 22 anni	23 – 25 anni
1991	0	3	11	10	7
1992	1	1	35	29	20
1992	0	5	102	54	40
1994	0	20	130	264	60
1995	2	67	242	161	136
1996	0	86	467	264	199
1997	1	56	227	140	115
1998	4	28	149	106	103
1999	2	46	214	115	102
2000	1	34	140	87	102
2001	1	41	192	96	91
2002	2	58	137	106	77
2003	0	22	141	109	59
2004	0	52	167	80	79
2005	1	34	123	69	76
2006	0	21	86	46	60

**II.3 I minori segnalati (1991-2006)**

Per quanto riguarda i minori segnalati ovvero i giovani fino a 14 anni e tra i 15 ed i 17 anni, la percentuale sul totale dei segnalati ex art. 75, mostra un andamento crescente fino all'anno 2000. A partire dal 2001 tale percentuale diminuisce fino al valore del 7,7% del totale dei segnalati nel 2006. (cfr.Tab. 22)

**Tabella 22**

<b>Segnalati minorenni (1991-2006) v.%</b>	
Anno	% minorenni
1991	5,71
1992	5,46
1993	5,53
1994	6,27
1995	6,49
1996	6,99
1997	8,33
1998	9,14
1999	9,03
2000	9,12
2001	8,51
2002	8,22
2003	8,29
2004	8,34
2005	8,33
2006	7,72

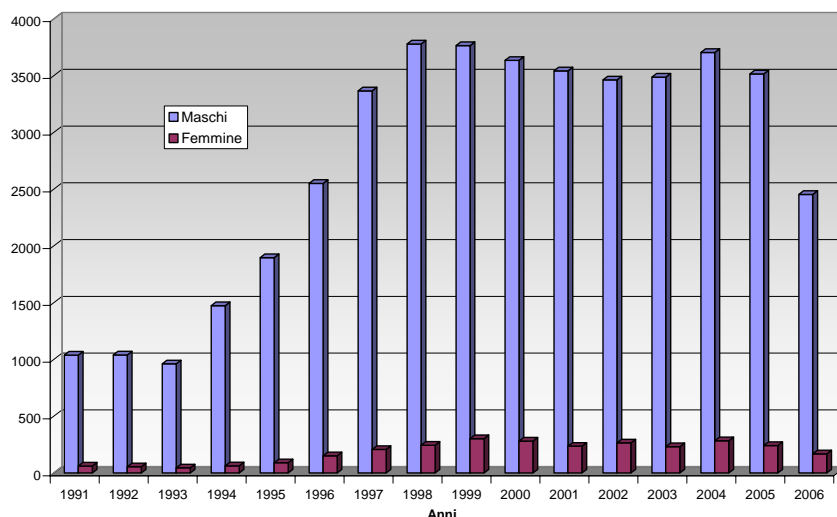
Esaminando l'andamento percentuale del consumo delle singole sostanze anche tra i minori viene confermato quanto riscontrato nella popolazione generale e nelle fasce giovanili dei segnalati. (cfr.Tab.23)

**Tabella 23**

<b>Andamento percentuale dei segnalati minorenni in base alle principali sostanze di segnalazione (1991-2006)</b>				
Anni	%cannabis	%cocaina	%eroina	%ecstasy
1991	79,75	3,19	15,82	0,22
1992	82,13	2,78	13,74	0,15
1993	85,54	3,23	9,61	0,43
1994	91,43	1,25	4,94	1,19
1995	90,77	1,01	3,47	3,15
1996	90,40	1,30	3,14	2,88
1997	93,93	1,37	1,37	1,50
1998	94,35	1,41	1,38	0,75
1999	93,95	2,36	1,02	1,11
2000	94,54	1,79	0,92	0,85
2001	93,08	2,09	0,71	1,03
2002	92,30	2,48	0,84	1,49
2003	92,37	3,16	0,62	0,55
2004	92,42	2,99	0,60	1,21
2005	93,74	3,74	0,90	0,87
2006	90,60	4,11	2,00	0,73

Si conferma anche in queste fasce di età il trend in aumento per la cannabis, che resta di gran lunga la principale sostanza di segnalazione anche tra i minorenni. L'andamento percentuale è crescente a partire dai primi anni di applicazione della legge e fino al 2000 con una lieve flessione, dal 2001. (cfr.Graf.33)

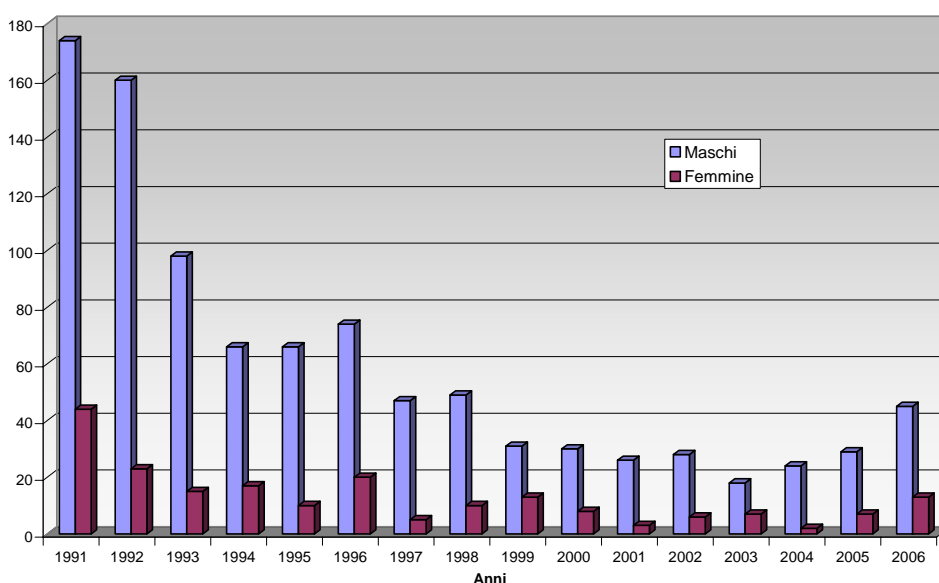
**Grafico 33 - Trend dei minori segnalati per consumo di cannabis**



Successivamente, il valore percentuale dei segnalati minorenni per cannabis sul totale dei segnalati mostra una flessione ma resta sui valori superiori al 90% .

Anche per quanto riguarda i minorenni segnalati per eroina viene confermato quanto rilevato nella popolazione generale e nei segnalati delle fasce più giovani ovvero un decremento costante ed un lieve aumento negli ultimi due anni soprattutto nel 2006 ma sempre di molto inferiore ai primi anni di applicazione della normativa (cfr.Graf.34).

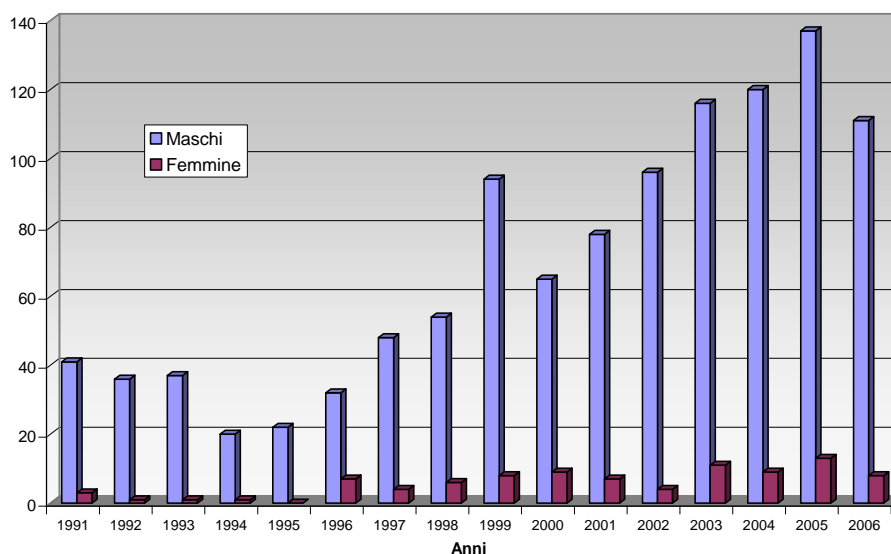
**Grafico 34 Trend dei segnalati minorenni per consumo di eroina (1991-2006) v.a**



Per quanto riguarda la cocaina, nei primi anni '90, il valore percentuale dei segnalati minorenni è passato dal 3% circa fino al valore dell'1,01% del 1995.

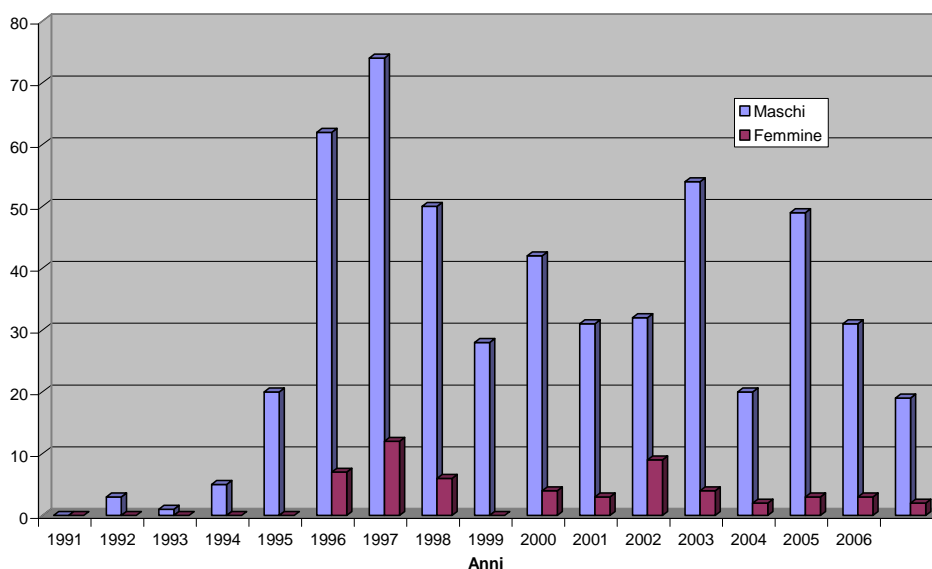
Successivamente la percentuale di segnalati minorenni per questa sostanza è aumentata fino al 1999. Nel 2000 ha registrato una lieve flessione; poi il trend ha avuto un lieve incremento costante che ha superato i valori iniziali nel 2005 e nel 2006 (4%). (cfr. Graf.35)

**Grafico 35 Trend dei minorenni segnalati per consumo di cocaina (1991-2006) v.a**



Anche la percentuale di segnalati per detenzione per uso personale di ecstasy ed analoghi, tra i minorenni, sul totale dei segnalati, si è attestata su livelli molto bassi nell'intero periodo preso in esame. Il valore più elevato, in termini assoluti, viene raggiunto nel 1996 (86 segnalati).

**Grafico36 Trend dei minorenni segnalati per ecstasy (1991-2006) v.a**



Ancora più trascurabili sono le segnalazioni per LSD ed Anfetamine tra i minorenni segnalati, 29 segnalati nel 1996 è il valore massimo raggiunto in termini assoluti per tali sostanze .

#### ***II.4 Studio della popolazione dei “consumatori occasionali”***

Nel corso degli ultimi trenta anni è profondamente mutata la tipologia del consumo di sostanze stupefacenti. Alla figura dell'eroinomane emarginato, disoccupato e con un livello di scolarità spesso non elevato, ormai abbastanza residuale nel nostro Paese, si è progressivamente sostituita una nuova tipologia di consumatori. I giovani assuntori di sostanze risultano essere, in generale, persone socialmente integrate, con un buon livello di istruzione che spesso consumano alcool in associazione con diverse droghe, sia in occasioni di divertimento, nei locali pubblici, sia in privato. Un notevole incremento nel consumo di cocaina viene rilevato anche tra le persone di sesso femminile e tra i giovani. Tali mutamenti si riscontrano anche nella popolazione dei segnalati che, come si è già riferito, nel capitolo dedicato, è composta per l'80% di “consumatori occasionali”.

In base agli studi effettuati nel corso di questi ultimi anni da parte dei NOT di alcune Prefetture, tra il 2000 ed il 2006 , risulta che il 98% circa delle persone segnalate sono cittadini italiani, in maggioranza di sesso maschile (oltre il 90%). Le persone segnalate sono in gran parte celibi o nubili che vivono nella famiglia di origine ed ,in particolare, il 20% di essi vive con un solo genitore.

Per quanto riguarda il percorso scolastico, oltre il 45% ha un diploma di scuola media inferiore, il 30% ha un diploma di scuola media superiore ed una percentuale, compresa tra il 13 ed il 18% è in possesso di una qualifica professionale. L'abbandono scolastico viene riferito da circa un terzo dei soggetti sottoposti al colloquio.

Per quanto riguarda lo status occupazionale la maggioranza dei segnalati risulta regolarmente occupata (in una percentuale che, nel periodo considerato, varia dal 40% ed il 49%) . I disoccupati sono una percentuale che , nel periodo compreso tra il 2000 ed il 2006, varia tra il 7 ed il 9%, mentre gli studenti rappresentano una percentuale compresa tra il 14% ed il 22% .

In tutti gli anni considerati l'80% dei soggetti sono stati segnalati per sostanze come hashish e marijuana.

La detenzione per consumo di oppiacei risulta dal 2000 al 2006 in diminuzione, passando da una percentuale del 9,6% dell'anno 2000 al 6,4% del 2006. Per quanto riguarda le segnalazioni per cocaina si conferma il tendenziale aumento riscontrato a livello nazionale tra la popolazione dei segnalati ex art. 75, passando dal valore del 7% nel 2000 al 10 % del 2005. Anche per il consumo di ecstasy viene confermato l'andamento nazionale in quanto la

percentuale dei segnalati sul totale resta abbastanza bassa ed in costante diminuzione, passando dal 2% del 2000 allo 0,6% del 2006.

Riguardo all'età della prima assunzione oltre la metà delle persone segnalate riferisce di avere iniziato a consumare stupefacenti tra i 14 ed i 18 anni di età. Più di un terzo del totale delle persone segnalate, riferisce una poliassunzione di alcool e sostanze stupefacenti.

Infine, dai dati raccolti nell'ambito dei colloqui, risulta che il 70% delle persone segnalate non ha avuto, in precedenza, contatti con i servizi di recupero.

Lo studio dei "consumatori occasionali", grazie al lavoro svolto dai NOT in tutti questi anni, ha consentito di sviluppare analisi sempre più approfondite sui fattori di rischio che predispongono all'uso/abuso di sostanze, come l'abbandono scolastico, le difficoltà relazionali sia in ambito familiare che sociale e sui fattori di protezione che al contrario possono preservare i giovani dall'uso di droghe.

## **Conclusioni**

In questi anni il mondo della droga ha subito una profonda evoluzione a causa della diffusione di vecchie e nuove sostanze sintetizzate in laboratorio, importate dalle organizzazioni criminali sempre più interconnesse a livello internazionale.

La diminuzione della percezione del rischio da parte dei giovani e la pratica della poliassunzione rendono indispensabile un approccio coordinato degli interventi finalizzati a realizzare strategie di prevenzione e contrasto alla droga ed alla tossicodipendenza.

Nell'affrontare il tema delle tossicodipendenze, infatti, si devono sempre tenere presente tre funzioni fondamentali : prevenzione, repressione e cura.

Se da un lato è necessario rafforzare sia l'azione "repressiva" delle Forze dell'Ordine nei confronti dello spaccio e del traffico, sia l'impegno delle strutture sanitarie alle quali spetta la "cura", dall'altro è fondamentale dare nuovo impulso alla rete di "prevenzione" sul territorio senza la quale aumenterebbe il numero dei tossicodipendenti. Funzione quest'ultima che viene ritenuta sotto il profilo sociale la più importante e che pertanto coinvolge una pluralità di soggetti.

L'attività dei Nuclei Operativi per le Tossicodipendenze si è da sempre connotata come "prevenzione secondaria", soprattutto nei confronti dei giovani segnalati che specialmente nella fase adolescenziale sono particolarmente esposti al rischio di entrare in circuiti pericolosi, ed ha spesso consentito in questi anni di evitare che problemi inizialmente "sociali" divenissero anche problemi di ordine pubblico.

Il ruolo assegnato dalla legge ai N.O.T., in cui operano assistenti sociali e funzionari che affiancano i Prefetti nell'espletamento di tali delicate attività è quello di far emergere all'interno del procedimento amministrativo l'aspetto preventivo-terapeutico, con interventi volti a realizzare un'azione dissuasiva rispetto all'uso degli stupefacenti, indirizzando il più possibile i soggetti verso interventi di recupero.

Gli operatori dei N.O.T. hanno innanzitutto il compito di comprendere le ragioni che hanno spinto il soggetto a fare uso di sostanze stupefacenti, nonché quello di individuare gli accorgimenti utili per prevenire ulteriori violazioni.

Il momento più qualificato dell'attività dei N.O.T. è pertanto il "*colloquio*" che il detentore di sostanze è chiamato a sostenere in Prefettura. Esso è contestualmente occasione informativa sulla norma giuridica, circostanza tesa all'attivazione di capacità critiche ed

autoresponsabilizzanti e momento di valutazione circa l'evoluzione del procedimento amministrativo.

E' importante sottolineare che la maggior parte dei soggetti segnalati per detenzione di droghe leggere non risulta aver avuto contatti con i servizi educativi ed informativi del territorio.

Il "colloquio" con gli operatori dei N.O.T. assume, pertanto, un ruolo significativo anche in un'ottica di educazione alla salute e di prevenzione delle tossicodipendenze e si configura come uno spazio rivolto a stimolare nella persona segnalata la consapevolezza del proprio atteggiamento rispetto al consumo di droga e come strumento finalizzato a sviluppare un adeguato livello di motivazione, indispensabile per attivare un percorso di cambiamento da realizzare all'interno dei servizi preposti.

Anche dopo le modifiche operate dalla legge 49/2006, nel caso di prima segnalazione, il procedimento può concludersi con un formale invito a non fare più uso di droghe. In questa circostanza il procedimento amministrativo assume una connotazione né strettamente terapeutica né sanzionatoria ed il "colloquio" diviene soprattutto un ambito privilegiato di riflessione.

I soggetti segnalati sono in gran parte consumatori di cannabinoidi, che non sono né si considerano *tout court* dei tossicodipendenti e che senza l'attività di recupero posta in essere in base alla citata normativa sarebbero rimasti privi della rete di sostegno che i NOT a livello locale hanno contribuito a costruire. Per la maggior parte dei segnalati, l'incontro in Prefettura rappresenta la prima e spesso l'unica opportunità di contatto con persone che si occupano di droghe e di dipendenze, è un'occasione irripetibile per prevenire situazioni di rilevanza di gran lunga più gravi.

In questi anni attraverso l'attività dei N.O.T., è stato possibile, in particolare, entrare in contatto con i giovani (1/3 circa delle persone segnalate ha meno di 20 anni) nei confronti dei quali è ancora efficace un intervento dell'Autorità.

Per tali motivi l'intervento delle Prefetture ha rappresentato e rappresenta tuttora un argine soprattutto in una situazione come quella attuale in cui si è notevolmente abbassata l'età del primo consumo.

Prima della legge 49 del 2006 era possibile, infatti, sospendere il procedimento sanzionatorio in attesa della conclusione del programma terapeutico mentre il nuovo testo dell'art. 75 prevede l'immediata irrogazione della sanzione, che può solo essere revocata se il programma di recupero ha esito positivo. Ciò ha determinato una minore propensione dei

segnalati ad intraprendere il programma di recupero in quanto lo ritengono un prolungamento dell'applicazione della sanzione, dati i tempi non brevi dei programmi terapeutici.

Alla luce di quanto esposto, sembra pertanto indispensabile indirizzare le modifiche normative nel senso di confermare in capo al Prefetto le competenze in materia di tossicodipendenze, ripristinando il potere di non irrogare le sanzioni e quindi archiviare il procedimento ai soggetti segnalati che accettino di sottoporsi al programma di recupero e lo concludano positivamente.

In conclusione, si ritiene opportuno sia il rafforzamento del ruolo dei N.O.T. sia il mantenimento della centralità del colloquio in Prefettura quale elemento indispensabile per motivare il soggetto segnalato ad un percorso di consapevolezza e di cambiamento.

In una situazione come quella attuale, pesantemente caratterizzata dall'incremento dei consumi di stupefacenti, è infatti indispensabile fornire tutto il sostegno normativo ed organizzativo al fine di migliorare la funzionalità dei NOT che sono stati, in questi anni, protagonisti nella lotta alla tossicodipendenza, insieme alle Forze dell'Ordine, ai Servizi Territoriali per le tossicodipendenze (Ser.T) ed alle strutture del privato sociale.

## ***BIBLIOGRAFIA***

1. Relazione Annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia.  
(Anni 1992-2006).
2. Annuale 2006, a cura della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, 2007.
3. Uso e abuso di sostanze, a cura di Raimondo Maria Pavarin e Vladimiro Albertazzi,  
Carocci editore, Roma 2006
4. Droghe e modelli di consumo, a cura di CAT, Cooperativa Sociale- ONLUS, Sesto  
Fiorentino, 2006.
5. Prefettura e tossicodipendenze: quale prevenzione? Il ruolo dei NOT nei percorsi a  
sostegno dell'utenza, a cura di Renato Pocaterra e Norman Rivera Fondazione IARD,  
Franco Angeli, Milano, 2005.
6. Ricerca sui soggetti segnalati per detenzione per uso personale di sostanze stupefacenti di  
tipo leggero, ai sensi dell'art.75 del D.P.R 309/90 e follow up delle successive  
segnalazioni e/o contatti con le strutture territoriali per interventi terapeutici, a cura del  
Nucleo operativo Tossicodipendenze della prefettura di La Spezia e del Consiglio  
Nazionale delle Ricerche-Istituto di fisiologia Clinica-Sezione di epidemiologia e ricerca  
sui Servizi Sanitari, 2005.
7. Tempo libero dalle droghe a cura di Daniele Ferroncino, Piero Selle, Romano Astolfo e  
Salvatore Raimo, nell'ambito del Progetto "Interventi di prevenzione primaria relativi  
all'uso delle cosiddette nuove droghe finanziato nel 2002 dal FND e realizzato "dalla  
Prefettura-Utg di Lecce
8. "Nuove droghe" tra realtà e stereotipi a cura di Ugo Ferretti e Luciana Santioli , Franco  
Angeli, Milano, 2005
9. Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze - Relazione annuale 2006