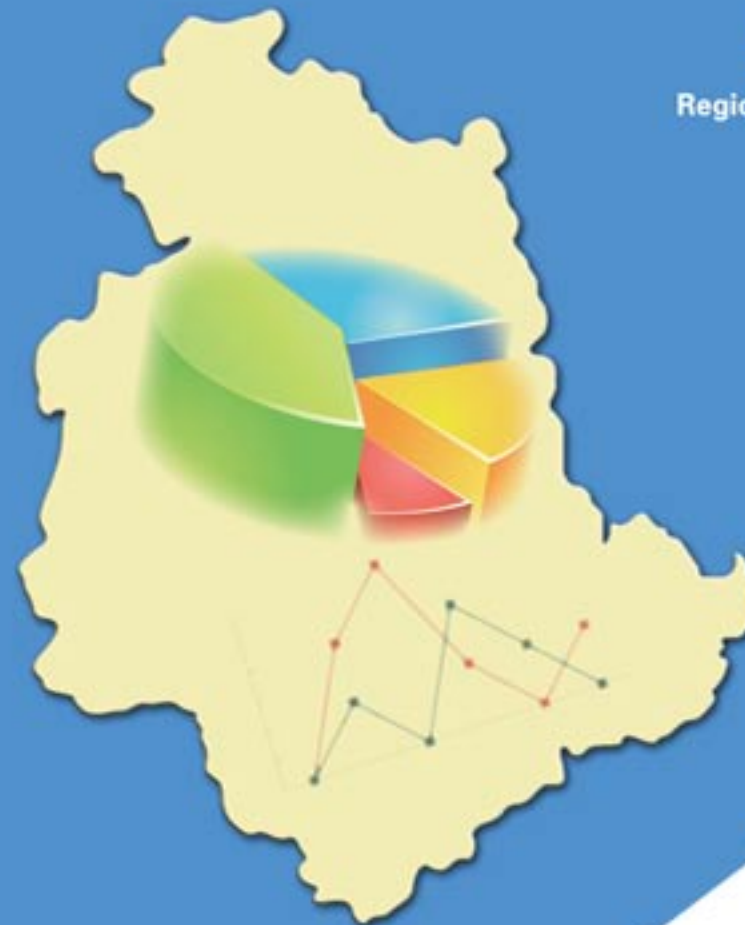




Regione Umbria



# REPORT

2014

## sulle dipendenze in Umbria

Regione Umbria | RAPPORTO SULLE DIPENDENZE IN UMBRIA | 2014

# Report sulle dipendenze in Umbria 2014

Seconda edizione aggiornata

10 marzo 2015

**A cura di**

Angela Bravi, Gian Paolo Di Loreto, Paolo Eusebi (Regione Umbria); Ubaldo Bicchielli (Azienda USL Umbria2)

I curatori del rapporto ringraziano tutti gli operatori dei servizi socio-sanitari, il personale della Prefettura, il Dipartimento di Medicina Legale dell'Università di Perugia, le donne e gli uomini delle Forze dell'Ordine per la loro preziosa collaborazione e per il loro interesse all'attività di monitoraggio e sorveglianza epidemiologica delle dipendenze.

**Con il contributo di**

Claudio Bezzi (Consulente valutatore);  
 Maria Pia Telera (Azienda Ospedaliera di Perugia);  
 Giuliana Alessandrini (Regione Umbria);  
 Luciano Bondi, Marcello Borchiellini, Massimo Frattegiani (Azienda USL Umbria1);  
 Marco Cuccuini, Giuliano Dozzini, Andrea Savini (Azienda USL Umbria2);  
 Francesca Maria Giuli, Maristella Paffarini, Rosanna Picozzi, Susanna Tabarrini (NOT Prefettura di Perugia);  
 Letizia Damiani (Università di Perugia - Dipartimento di Medicina Sperimentale, Sezione di Sanità Pubblica, Registro Tumori Umbro di Popolazione);  
 Paola Melai (Università di Perugia - Istituto di Medicina Legale).

*Il capitolo sui consumi si basa sui dati forniti dal CNR-Istituto di Fisiologia Clinica nel quadro della convenzione con la Regione Umbria. Si ringraziano in particolare Sabrina Molinaro e Stefano Salvadori.*

*I dati presentati nel capitolo sull'HIV sono il frutto della convenzione tra la Regione Umbria e il Dipartimento di Medicina dell'Università di Perugia - Sezione Malattie Infettive, sotto la responsabilità scientifica del Prof. Franco Baldelli.*

*I dati sul contrasto all'offerta di sostanze illecite sono stati ricavati dalla lettura dei report prodotti dalla Direzione Centrale Servizi Antidroga (DCSA).*

Il presente rapporto è disponibile in formato pdf sul sito della Regione Umbria:

<http://www.regione.umbria.it>

Finito di stampare presso il Centro Stampa della Regione Umbria nel mese di Marzo 2015

---

Introduzione . . . . .	iv
<b>I Il consumo di sostanze psicoattive</b>	<b>1</b>
<b>1 Le sostanze illegali</b>	<b>3</b>
1.1 Cannabis . . . . .	3
1.2 Stimolanti . . . . .	5
1.3 Cocaina . . . . .	6
1.4 Oppiacei . . . . .	8
1.5 Allucinogeni . . . . .	10
1.6 Osservazioni conclusive . . . . .	12
<b>2 Le sostanze legali e il gioco d'azzardo</b>	<b>15</b>
2.1 Alcol . . . . .	15
2.2 Fumo di tabacco . . . . .	22
2.3 Farmaci psicoattivi senza prescrizione medica . . . . .	26
2.4 Il gioco d'azzardo . . . . .	28
2.5 Osservazioni conclusive . . . . .	31

ii	<i>INDICE</i>
<b>3</b>	<b>Carcere e dipendenze 33</b>
3.1	Carcere e dipendenze . . . . . 33
3.2	Considerazioni conclusive . . . . . 37
<b>II</b>	<b>I problemi di salute correlati all'uso di sostanze psicoattive 41</b>
<b>4</b>	<b>La mortalità per overdose 43</b>
4.1	La mortalità per overdose . . . . . 43
4.2	Osservazioni conclusive . . . . . 47
<b>5</b>	<b>Le overdose fauste, gli interventi del 118 49</b>
5.1	Le overdose fauste, gli interventi del 118 . . . . . 49
<b>6</b>	<b>HIV-AIDS 55</b>
6.1	HIV . . . . . 55
<b>III</b>	<b>Le iniziative di risposta 57</b>
<b>7</b>	<b>I programmi di prevenzione 59</b>
7.1	I programmi di prevenzione . . . . . 59
<b>8</b>	<b>L'organizzazione dei servizi 63</b>
8.1	I servizi ambulatoriali . . . . . 63
8.2	I servizi residenziali e semiresidenziali . . . . . 65
8.3	Unità di strada e centri a bassa soglia . . . . . 66
<b>9</b>	<b>La domanda di trattamento 69</b>
9.1	Caratteristiche degli utenti tossicodipendenti in trattamento . . . . . 70
9.2	Gli utenti in trattamento presso i servizi territoriali di alcologia . . . . . 75
9.3	Utenti accolti per gioco d'azzardo patologico . . . . . 77
<b>10</b>	<b>Le strategie di riduzione del danno 79</b>
10.1	Il coordinamento tecnico regionale . . . . . 81
10.2	Dati di attività . . . . . 81

	<i>INDICE</i>	iii
<b>11</b>	<b>Le attività di contrasto all'offerta 83</b>	
<b>12</b>	<b>I dati dei NOT della prefettura 87</b>	
<b>IV</b>	<b>La valutazione delle politiche per le dipendenze in Umbria 91</b>	
<b>13</b>	<b>La valutazione delle politiche per le dipendenze in Umbria: un'esperienza di ricerca qualitativa - Capitolo a cura di Claudio Bezzi 93</b>	
13.1	Introduzione . . . . . 93	
13.2	Il giudizio degli operatori . . . . . 94	
13.2.1	Il focus di Perugia . . . . . 94	
13.2.2	Il focus dell'Alta Valle del Tevere . . . . . 95	
13.2.3	Il focus di Terni . . . . . 96	
13.2.4	Il focus di Foligno . . . . . 97	
13.2.5	Il focus di Alcologia . . . . . 98	
13.2.6	Un punto di vista complessivo degli operatori dei SerT e alcologia . . . . . 99	
13.2.7	Il problema della Rete . . . . . 102	
13.3	Le prospettive . . . . . 104	
13.3.1	Il quadro problematico attuale . . . . . 105	
13.3.2	Cosa fare . . . . . 110	
13.3.3	Ipotesi di scenario . . . . . 113	
13.3.4	Le conseguenze . . . . . 114	
13.4	Conclusioni . . . . . 116	

## Introduzione

Questo rapporto nasce da una considerazione apparentemente banale: per affrontare efficacemente un problema bisogna prima conoscerlo. E tra gli strumenti di conoscenza disponibili, in ambito sociosanitario è imprescindibile il ricorso alla ricerca epidemiologica, che, quando praticata con rigore metodologico ed onestà intellettuale, fornisce una base di informazioni adeguata a supportare un primo orientamento delle scelte strategiche.

Con queste finalità, la Regione Umbria ha costituito a fine 2011, nell'ambito delle attività di monitoraggio epidemiologico realizzate dalla direzione Salute e coesione sociale, un'area specifica rivolta alle dipendenze e ai fenomeni connessi.

L'approfondimento di questa area problematica è complicato innanzitutto dall'illegalità e/o dalla stigmatizzazione che sono associate ai comportamenti oggetto di indagine ed inoltre, come per altri fenomeni che intersecano le molteplici dimensioni del vivere individuale e collettivo, richiede l'analisi di una serie di diversi indicatori, la cui rilevazione attiene ad istituzioni e soggetti diversi, spesso non comunicanti tra loro; ne deriva la necessità di implementare metodologie di ricerca specifiche e percorsi mirati alla strutturazione di una "rete informativa" comprendente tutti i soggetti in grado di fornire informazioni utili.

La costruzione, il mantenimento ed il progressivo ampliamento della rete informativa, associati ad un continuo lavoro comune per il miglioramen-

to della qualità delle informazioni, ha costituito in questi anni una parte consistente ed essenziale delle attività dell'osservatorio regionale.

In questa attività, sono risultate preziose le collaborazioni con centri di ricerca (in particolare, si segnala la convenzione stipulata con l'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR per la rilevazione delle stime di consumo), con l'Università, con le Aziende USL ed Ospedaliere, con le Prefetture, con l'Amministrazione penitenziaria; ne è scaturito un ricco, e stimolante, lavoro comune, che ha coinvolto un buon numero di operatori non solo nella concreta attività di indagine, ma, anche attraverso percorsi di formazione, in un più ampio percorso di maturazione culturale.

Sul piano tecnico, il riferimento fondamentale, sia per la scelta degli indicatori che per gli aspetti metodologici ed organizzativi, è stato individuato negli indirizzi e negli standard definiti dall'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (OEDT) di Lisbona, che da anni lavora per monitorare l'andamento dei fenomeni, promuovendo in tutti i paesi europei la rilevazione costante di informazioni attendibili e comparabili.

Sono stati acquisiti gli indicatori chiave selezionati dall'Osservatorio, allargati anche alle sostanze legali (alcol e tabacco) e al gioco d'azzardo problematico ed integrati da ulteriori temi di interesse regionale; è stato quindi pianificato con attenzione, rispetto a ciascuno degli indicatori selezionati, l'insieme di attività di rilevazione e di analisi dei dati, identificando le fonti già disponibili ed

attivandone di nuove.

Per quanto riguarda le attività dei servizi sanitari dedicati, si è potuto contare su di un sistema informativo regionale specifico, implementato ormai da diversi anni presso tutti i servizi per le dipendenze delle Aziende USL.

Il frutto di tutto il lavoro descritto, accanto a pubblicazioni su temi più specifici, è questo primo rapporto regionale, che ha inteso avviare un'esplorazione a tutto campo dell'insieme dei fenomeni connessi alla diffusione di sostanze psicoattive, legali ed illegali, e a comportamenti assimilabili, quali il gioco d'azzardo patologico.

In quanto prima esperienza, è sicuramente perfezionabile, ed anzi si conta di poter affinare ed ampliare l'analisi nelle fasi successive di lavoro, anche sulla base dei riscontri, siano critici o positivi, che perverranno.

In quanto strumento di approfondimento, viene messo a disposizione della comunità regionale, ai suoi diversi livelli e nei diversi contesti nei quali suole svilupparsi il confronto pubblico e la maturazione delle scelte politico-strategiche.

Riteniamo fondamentale, infatti, che le attività di monitoraggio non si traducano in uno sterile esercizio tecnico, mirato al gruppo chiuso degli addetti ai lavori, ma diventino strumento operativo e di conoscenza a servizio delle istituzioni e dei cittadini, per un'assunzione collettiva di responsabilità, per mantenere un'attenzione vigile e condivisa sui fenomeni considerati, per stimolare un dibattito aperto; in una prospettiva di più lungo pe-

riodo, per contribuire allo sviluppo di una diversa consapevolezza e, si potrebbe dire, di una diversa cultura.

**Parte I**

**Il consumo di sostanze psicoattive**

### 1.1 Cannabis

*I modelli di consumo relativi ai derivati della cannabis sono molteplici; si passa dal consumatore occasionale a quello abituale e dipendente. Il consumo frequente di cannabis ha effetti sulla salute tra cui problemi respiratori, disturbi psichici e la dipendenza in quanto tale. La cannabis è la sostanza illecita con maggiore probabilità di essere sperimentata dagli studenti europei. Nel 2011, secondo quanto riportato nel Report dell'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (OEDT<sup>1</sup>), la percentuale dei ragazzi tra i 15 e i 16 anni che hanno consumato cannabis almeno una volta nella vita oscillava dal 5% della Norvegia al 42% della Repubblica ceca. Relativamente al trend globale europeo, il consumo di cannabis tra gli studenti è aumentato tra il 1995 e il 2003,*

<sup>1</sup><http://www.emcdda.europa.eu/>

*è diminuito di poco nel 2007 e da allora è rimasto stabile. Si stima che più di 15 milioni di giovani europei (11,7% della popolazione tra i 15 e i 34 anni) abbia consumato cannabis nel corso dell'ultimo anno (dal Report 2012 OEDT<sup>2</sup>).*

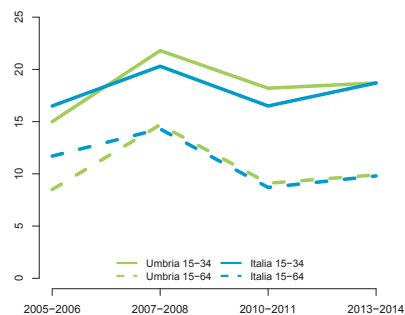
In Umbria la prevalenza d'uso di cannabinoidi nella popolazione generale (15-64enni) negli anni 2013-2014 risulta sovrapponibile a quanto rilevato a livello nazionale<sup>3</sup>. Le persone che dichiarano di aver usato cannabis almeno una volta nell'ultimo anno in Umbria sono infatti pari al 9,9% (in Italia al 9,8%), pari a circa 56.000 umbri. Lo stes-

<sup>2</sup><http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2012>

<sup>3</sup>I dati si riferiscono all'indagine IPSAD, che raccoglie dati comparabili sull'uso di sostanze in un campione rappresentativo di popolazione generale di età compresa tra i 15 e i 64 anni. L'indagine è realizzata nel nostro Paese dall'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR.

so si può dire per quel che riguarda i cosiddetti giovani adulti (15-34enni), poiché in questa fascia di popolazione gli umbri che dichiarano di averne fatto uso nell'ultimo anno sono il 18,7%, esattamente come in Italia. Si verifica comunque anche in Umbria, considerando sia tutta la popolazione che i giovani adulti, quello che avviene a livello nazionale, ovvero una stabilizzazione dei consumi rispetto alla rilevazione precedente (relativa agli anni 2010-2011) e una riduzione rispetto agli anni 2007-2008.

**Figura 1.1** Prevalenza di uso di cannabis almeno una volta nell'ultimo anno. In Umbria e in Italia nella popolazione 15-64 e in quella 15-34



Per quanto riguarda la popolazione studentesca di 15-19 anni<sup>4</sup>, il confronto tra l'area territoriale na-

<sup>4</sup>I dati si riferiscono all'indagine ESPAD, che raccoglie dati comparabili sull'uso di sostanze in un campione rappresentativo di stu-

zionale e regionale, pone l'Umbria sempre al di sopra dell'Italia intera. In entrambe le aree territoriali, si osserva un incremento delle prevalenze rispetto al 2012, indipendentemente dall'arco temporale considerato, sia per quanto riguarda il consumo nella vita (31,3% in Umbria e 30,8% in Italia), negli ultimi dodici mesi (26,3% in Umbria e 24,7% in Italia), negli ultimi trenta giorni (17,9% in Umbria e 16,0% in Italia) e nel consumo frequente (3,9% in Umbria e 3,2% in Italia). Quindi i giovani umbri che fanno uso frequente di cannabis sono circa 1.500 contro i circa 12.000 che l'hanno sperimentata almeno una volta nel corso della vita.

L'analisi sul consumo della sostanza nell'ultimo anno evidenzia un consumo sempre maggiore nei maschi rispetto alle coetanee in tutte le classi d'età, soprattutto tra i 19enni. In entrambi i generi le prevalenze aumentano al crescere dell'età. Rispetto alla rilevazione precedente, tranne che tra i 18enni e le 19enni, si rileva un incremento per entrambi i generi.

La frequenza maggiormente diffusa tra i consumatori è quella tra 1 e 5 volte nell'ultimo anno (circa la metà del campione sia maschile che femminile). Nei maschi coloro che dichiarano di aver consumato cannabis nell'ultimo anno almeno 20 volte sono il 32% dei consumatori, mentre tra le

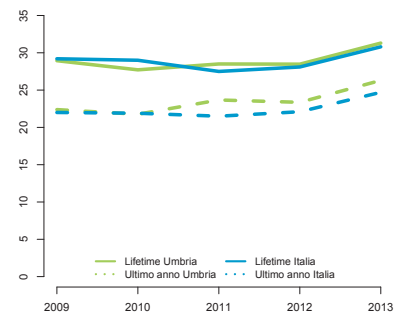
denti di 15-16 anni di età, in tutti i paesi europei in cui è possibile. ESPAD Italia, realizzata dall'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR, ha un campione rappresentativo di studenti di 15-19 anni di età.

femmine il 27%. Il resto di entrambi i campioni ha assunto la sostanza tra le 6 e le 19 volte nell'arco dell'anno.

Il trend di consumo nell'arco temporale considerato, sia per il consumo nella vita sia negli ultimi 12 mesi, ha evidenziato una certa stabilità delle prevalenze fino al 2012. L'ultimo anno rileva un incremento di quasi 3 punti in entrambi gli archi temporali considerati.

Il confronto territoriale, riferito al consumo negli ultimi dodici mesi, non evidenzia rilevanti differenze tra le due province.

**Figura 1.2** Prevalenza di uso di cannabis nella popolazione studentesca umbra almeno una volta nel corso della vita e nell'ultimo anno, in Umbria e in Italia.



## 1.2 Stimolanti

La cocaina, le amfetamine e l'ecstasy sono gli stimolanti illeciti più frequentemente consumati in Europa, mentre anche alcune sostanze meno note, fra cui le piperazine (per esempio BZP) e i catinoni sintetici (per esempio mefedrone e MDPV), potrebbero essere consumate in modo illecito per i loro effetti stimolanti. Alti livelli di consumo di stimolanti tendono a essere associati agli ambienti della vita notturna e alle discoteche, ove queste droghe si consumano spesso insieme all'alcol. I dati di prevalenza mostrano l'esistenza in Europa di un mercato degli stimolanti geograficamente divergente, con il meridione e l'occidente europeo caratterizzati da una prevalenza della cocaina, i paesi settentrionali e centrali contraddistinti da una maggiore diffusione delle amfetamine e i paesi dell'est europeo che vedono la prevalenza dell'ecstasy tra i vari stimolanti (dal Report 2012 OEDT).

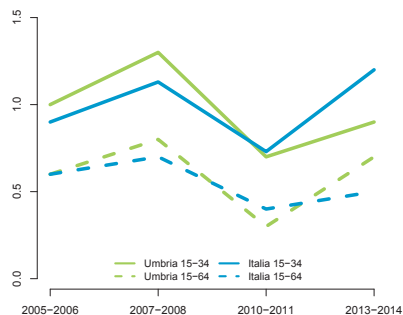
La prevalenza d'uso di stimolanti<sup>5</sup> nella popolazione generale umbra negli anni 2013-2014 risulta essere comparabile a quanto rilevato a livello nazionale. In Umbria l'uso nell'ultimo anno è pari allo 0,7% (in Italia allo 0,5%). Lo stesso si può dire per quel che riguarda i cosiddetti giovani adulti, nei quali l'uso nell'ultimo anno è pari allo 0,9% (in Italia all'1,2%).

<sup>5</sup>Nelle indagini riportate sono incluse tra gli stimolanti principalmente sostanze riconducibili alle anfetamine e all'ecstasy



Il consumo di stimolanti cresce in Umbria rispetto alla rilevazione precedente (relativa agli anni 2010-2011) pur rimanendo sotto i livelli 2007-2008, analogamente a quanto risulta a livello nazionale, e questo vale sia per la popolazione 15-34 sia per quella 15-64 anni.

**Figura 1.3** Prevalenza di uso di stimolanti almeno una volta nell'ultimo anno. In Umbria e in Italia nella popolazione 15-64 e in quella 15-34



Per quanto riguarda la popolazione studentesca, il confronto tra l'Italia e l'Umbria nel 2013 evidenzia come la regione si pone leggermente al di sopra del dato nazionale per quanto riguarda il consumo nella vita (4,6% in Umbria e 4,2% in Italia), negli ultimi dodici mesi (3,1% in Umbria e 2,8% in Italia) e negli ultimi trenta giorni (1,9% in Umbria e 1,7% in Italia); al contrario riporta dati leggermente inferiori se si considera il consumo

frequente (0,7% in Umbria, pari a circa 250 individui, contro lo 0,8% in Italia). I dati sono quasi sovrapponibili all'anno 2012.

L'analisi sul consumo della sostanza nell'ultimo anno evidenzia un consumo sempre maggiore dei maschi rispetto alle coetanee. Tra i maschi anche i consumi crescono al crescere dell'età, mentre tra le studentesse le prevalenze maggiori sono tra le 17enni e le 18enni. Il rapporto di genere, nella totalità del campione, si attesta a 1,8 studenti per ogni studentessa, in diminuzione rispetto all'anno precedente. Infatti i maschi riportano prevalenze inferiori mentre nelle coetanee incrementano tutte le prevalenze tra i 15 e i 18 anni.

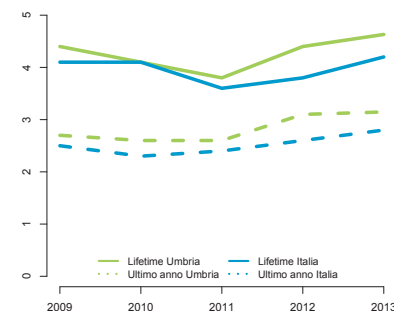
In chi ha dichiarato l'uso nell'ultimo anno, oltre il 60% degli studenti e poco meno della metà delle studentesse ha riportato una frequenza di non più di 5 volte l'anno. Il trend analizzato evidenzia, sia per il consumo nella vita sia per il consumo nel corso dell'ultimo anno, una flessione dei consumi dal 2009 al 2011, per poi tornare a salire negli anni successivi.

Come nel 2012, nella provincia di Terni si è rilevato nel 2013 un dato leggermente inferiore rispetto alla provincia di Perugia.

### 1.3 Cocaina

*La cocaina viene soprattutto sniffata o assunta per inalazione, ma talvolta viene assunta anche per via parenterale, mentre la cocaina crack solitamente viene assunta inalandone il fumo. Tra i con-*

**Figura 1.4** Prevalenza di uso di stimolanti nella popolazione studentesca umbra almeno una volta nel corso della vita e nell'ultimo anno, in Umbria e in Italia.



*sumatori abituali si può fare un'ampia distinzione tra quelli socialmente più integrati, che ne fanno uso in contesti ricreativi, e quelli più emarginati, che consumano la cocaina, spesso insieme ad altre sostanze, nell'ambito di un problema cronico di dipendenza. Il consumo frequente di cocaina si associa a problemi cardiovascolari, neurologici e mentali nonché a un alto rischio di incidenti. L'assunzione di cocaina per via parenterale e il consumo di crack si associano a maggiori rischi sanitari per la collettività, tra cui la trasmissione di malattie infettive. Si stima che circa 2,5 milioni di giovani europei (l'1,9% di questa fascia d'età) abbia consumato cocaina nel corso dell'ultimo anno. Nei paesi a più alta prevalenza che hanno effet-*

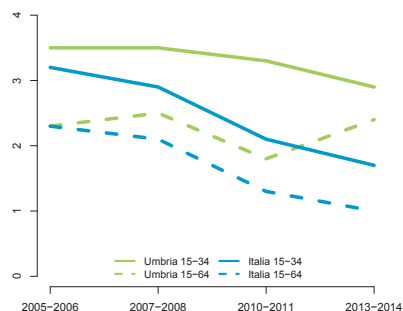
*tuato indagini più di recente, i livelli di consumo di cocaina tra i giovani adulti nell'ultimo anno hanno tendenzialmente raggiunto l'apice nel periodo 2008/2009 per mostrare successivamente un modesto calo o una stabilizzazione (dal Report 2012 OEDT).*

In Umbria la prevalenza d'uso di cocaina nella popolazione generale di 15-64 anni nel biennio 2013-2014 risulta essere superiore a quanto rilevato a livello nazionale. In Umbria l'uso nell'ultimo anno è pari al 2,4%, in Italia all'1,0%. Lo stesso si può dire per quel che riguarda i cosiddetti giovani adulti, ovvero coloro che hanno tra i 15 e 34 anni: l'uso nell'ultimo anno è pari al 2,9% (circa 5.000 umbri), in Italia all'1,7%.

Il consumo si riduce in Umbria rispetto alle rilevazioni precedenti nella popolazione 15-34, mentre incrementa in quella 15-64. La tendenza umbra nei giovani adulti riproduce la dinamica nazionale ed europea per quanto riguarda la diminuzione di consumi di cocaina, ma l'intensità di questa diminuzione è minore.

Per quanto riguarda la popolazione studentesca (15-19enni), il confronto tra l'Italia e l'Umbria nel 2013 evidenzia come la regione si pone al di sopra del dato nazionale per quanto riguarda il consumo nella vita (5,3% in Umbria e 4,1% in Italia), negli ultimi dodici mesi (3,7% in Umbria e 2,8% in Italia) e negli ultimi trenta giorni (2,2% in Umbria e 1,7% in Italia); al contrario riporta dati appena inferiori a quelli italiani per quel che riguarda il consumo

**Figura 1.5** Prevalenza di uso di cocaina almeno una volta nell'ultimo anno. In Umbria e in Italia nella popolazione 15-64 e in quella 15-34



frequente (0.7% in Umbria, pari a circa 250 giovani umbri, e 0,8% in Italia).

L'analisi del consumo della sostanza nell'ultimo anno evidenzia un consumo sempre maggiore nei maschi rispetto alle coetanee in tutte le classi d'età, ma soprattutto tra i 19enni (9,1% nei maschi e 2,2% nelle femmine). Il consumo tra i maschi aumenta al crescere dell'età; tra le femmine invece i valori restano in linea e toccano i valori massimi tra le 17enni. In entrambi i generi, rispetto alla rilevazione precedente, il consumo tende ad aumentare, più o meno, in tutte le classi di età: solo i 18enni e le 19enni hanno un calo nelle prevalenze. Il rapporto di genere nella totalità del campione si attesta a 2,2 studenti per ogni studentessa.

La frequenza d'uso della sostanza è sovrapponibile tra i due generi: il 74% di entrambi i campioni ha utilizzato la sostanza al massimo 5 volte nell'anno ed il resto di entrambi i gruppi di studenti si distribuisce equamente tra un uso compreso tra le 6 e le 19 volte e tra le 20 e più volte. Rispetto allo scorso anno per le studentesse non si rilevano grossi cambiamenti, mentre tra i coetanei maschi si osserva la riduzione di un consumo più frequente a favore del consumo di non più di 5 volte nell'anno.

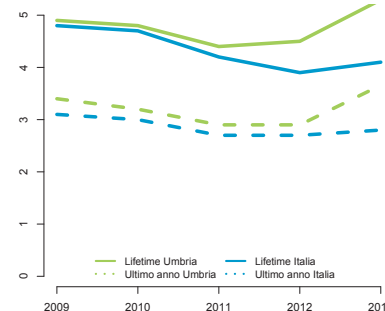
Dopo la lieve flessione registrata sino al 2011 sia per il consumo nella vita, sia per quello nell'ultimo anno, dal 2012 i valori si sono nuovamente alzati.

Nel 2012 il confronto territoriale tra province non riportava grandi differenze in riferimento al consumo nell'ultimo anno. Nel 2013 invece la provincia di Perugia (3.8%), seppur di poco, tende a superare la provincia di Terni (3,1%).

## 1.4 Oppiacei

*Il consumo di oppiacei è ancora responsabile di una percentuale sproporzionatamente alta della mortalità e della morbilità dovuta al consumo di droga. Il principale oppiaceo è l'eroina, che si può fumare, assumere per inalazione o per via parenterale. Anche altri oppiacei sintetici, come la buprenorfina, il metadone e il fentanyl, sono disponibili sul mercato delle sostanze illecite. Gran parte dei consumatori di oppiacei sono poliassuntori e le*

**Figura 1.6** Prevalenza di uso di cocaina nella popolazione studentesca umbra almeno una volta nel corso della vita e nell'ultimo anno, in Umbria e in Italia.



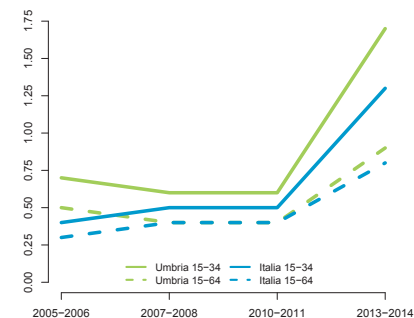
*prevalenze d'uso sono più alte nelle aree urbane e fra i gruppi emarginati (dal Report 2012 OEDT).*

In Umbria la prevalenza d'uso di oppiacei nella popolazione generale di 15-64 anni nel biennio 2013-2014 si pone in linea con quanto rilevato a livello nazionale. L'uso nell'ultimo anno è pari allo 0,9% (lo 0,8% in Italia). Lo stesso non si può dire per quel che riguarda i cosiddetti giovani adulti, ovvero la popolazione di 15-34 anni, nei quali l'uso nell'ultimo anno è pari all'1,7% (circa 3.000 umbri) mentre in Italia corrisponde all'1,3%.

Per quanto riguarda i cambiamenti nel tempo, sia in Umbria che in Italia si verifica nel 2013-2014 un incremento del dato rispetto alle rilevazioni

precedenti.

**Figura 1.7** Prevalenza di uso di oppiacei almeno una volta nell'ultimo anno. In Umbria e in Italia nella popolazione 15-64 e in quella 15-34



Per quanto riguarda la popolazione studentesca, il confronto tra l'Italia e l'Umbria nel 2013 evidenzia come la regione si pone, in linea con il 2012, leggermente al di sopra del dato nazionale per percentuali minime nel consumo nella vita (1,70% in Umbria e 1,55% in Italia) e negli ultimi 12 mesi (1,34% in Umbria e 1,22% in Italia); al contrario riporta prevalenze sovrapponibili sul consumo nell'ultimo mese (0,99% in Umbria e 0,97% in Italia) e frequente (0,63% in Umbria e 0,67% in Italia).

L'analisi del consumo di oppiacei nell'ultimo anno evidenzia, nel 2013, un consumo sempre maggiore nei maschi rispetto alle coetanee in tutte le

classi d'età e, soprattutto, tra i 15enni e i 17enni. In linea con la rilevazione 2012, è nelle classi di età più basse che si registrano le prevalenze più alte: tra i 16enni per i maschi (1,72% nel 2013 e 2,18% nel 2012) e tra le 16enni per le femmine (1,16% nel 2013). Il rapporto di genere, nella totalità del campione, si attesta a 1,4 (scendendo rispetto al 2,5 del 2012).

La frequenza d'uso riportata dal 50% delle studentesse è al massimo 5 volte nel corso dell'anno. Le studentesse con una frequenza d'uso più elevata (20 o più volte) sono il 38% (era il 21% nel 2012). Il 51% dei coetanei, invece, afferma di averli consumati 20 o più volte, dato seppur di poco in crescita rispetto al 2012; il 30% afferma di averli utilizzati al massimo 5 volte nel corso dell'anno, come nel 2012, mentre il consumo tra le 6 e le 19 volte scende al 19%.

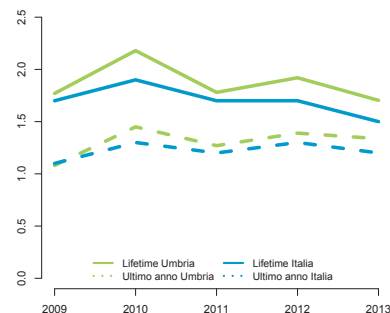
Il trend di consumo evidenzia, sia per quanto riguarda il consumo nella vita che negli ultimi dodici mesi, un picco nell'anno 2010, seguito da una sostanziale stabilizzazione su livelli inferiori di diffusione negli anni successivi (2013 compreso).

Il confronto territoriale riferito al consumo negli ultimi dodici mesi non riporta alcuna differenza tra le due province.

## 1.5 Allucinogeni

Alcune sostanze psicoattive con proprietà allucinogene, anestetiche e depressive sono disponibili in Europa sul mercato delle sostanze illecite: pos-

**Figura 1.8** Prevalenza di uso di oppiacei nella popolazione studentesca umbra almeno una volta nel corso della vita e nell'ultimo anno, in Umbria e in Italia.



sono essere consumate singolarmente, insieme o al posto di altre droghe più comuni. I livelli generali di prevalenza del consumo di funghi allucinogeni e LSD in Europa sono generalmente bassi e stabili ormai da qualche anno. Tra i giovani adulti (tra i 15 e i 34 anni di età), le indagini nazionali segnalano stime relative alla prevalenza nell'ultimo anno per il consumo di funghi allucinogeni che variano dallo 0 al 2,2%, e per l'LSD dallo 0 all'1,7%. A partire dalla metà degli anni '90, è stato segnalato presso diversi sottogruppi di consumatori di droga in Europa l'uso in ambienti ricreativi di chetamina e gammaidrossibutirrato (GHB). Vi è una maggiore consapevolezza dei problemi sanitari correlati a queste sostanze, per esempio dei danni al tratto

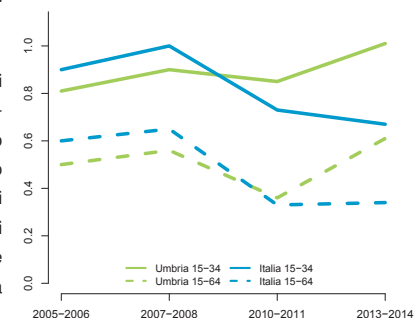
urinario associati a un uso prolungato della chetamina. La perdita di conoscenza e la dipendenza sono rischi correlati al consumo di GHB e ne è stata documentata la sindrome da astinenza (dal Report 2012 OEDT).

In Umbria la prevalenza d'uso di allucinogeni nella popolazione generale di 15-64 anni nel biennio 2013-2014 risulta essere superiore a quanto rilevato a livello nazionale. L'uso nell'ultimo anno è pari allo 0,6%, in Italia allo 0,3%. Lo stesso si può dire per quel che riguarda i cosiddetti giovani adulti, dato che in Umbria l'uso nell'ultimo anno è pari all'1,0% (pari a circa 1.800 individui) e in Italia allo 0,7%.

Si verifica quindi in Umbria, al contrario di quello che avviene a livello nazionale, un incremento dei consumi rispetto alla rilevazione precedente (relativa agli anni 2010-2011) sia per quello che riguarda i 15-34enni sia per i 15-64enni.

Per quanto riguarda la popolazione studentesca, il confronto tra l'Italia e l'Umbria evidenzia che la regione si pone al di sopra del dato nazionale per quanto riguarda il consumo nella vita (4.7% in Umbria e 3,8% in Italia) e negli ultimi 12 mesi (3,2% in Umbria e 2,5% in Italia); al contrario riporta prevalenze sovrapponibili per il consumo nell'ultimo mese (1,4% in Umbria e 1,3% in Italia) e frequente (0,8% in Umbria e in Italia). Quindi circa 300 giovani umbri consumano frequentemente allucinogeni, mentre circa altri 1.500 li hanno sperimentati almeno una volta nell'arco della vita.

**Figura 1.9** Prevalenza di uso di allucinogeni almeno una volta nell'ultimo anno. In Umbria e in Italia nella popolazione 15-64 e in quella 15-34



L'analisi del consumo della sostanza nell'ultimo anno evidenzia un consumo sempre maggiore nei maschi rispetto alle coetanee in tutte le classi d'età tranne che tra i 17enni: gli scarti maggiori li registrano i 19enni e i 15enni. Queste due classi d'età sono quelle che, tra i maschi, riportano le prevalenze maggiori, mentre tra le studentesse queste sono riferite dalle 17enni e dalle 16enni. Rispetto al 2012 in generale si registra un leggero incremento delle prevalenze in entrambi i generi, più marcato tra le femmine e, soprattutto, tra le 17enni. Il rapporto di genere, nella totalità del campione, si attesta a 1,8, sensibilmente ridotto rispetto al 2,8 del 2012.

La frequenza d'uso riportata dalla maggioranza

degli studenti è quella 1-5 volte nel corso dell'anno, (75% nei maschi e 61% nelle femmine), dato migliore rispetto al 2012; i maschi si dividono poi equamente tra uso frequente e intermedio. Le studentesse riportano basse prevalenze nell'uso tra le 6 e le 19 volte e oltre il 30% nell'uso frequente (nel 2012 questa frequenza era riportata solo dall'11% del campione femminile).

Il trend di consumo evidenzia, dopo la flessione del 2012, un nuovo incremento nel 2013, che raggiunge così le prevalenze più alte dei 5 anni per entrambe le variabili considerate. Se nel 2012 non si rilevava alcuna differenza nel confronto territoriale rispetto al consumo negli ultimi 12 mesi, nel 2013 Perugia sfiora il 3,5% mentre Terni non raggiunge il 2,5%.

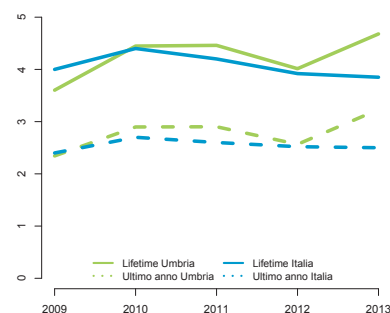
## 1.6 Osservazioni conclusive

Le indagini IPSAD ed ESPAD, attraverso le quali vengono stimati i dati di prevalenza dei consumi, sono condotte dall'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche con metodologia uniforme<sup>6</sup>; pertanto, i dati sono comparabili sia a livello nazionale che nel corso del tempo.

Nel confronto tra l'Umbria e l'Italia, se consideriamo i consumi nella popolazione generale di 15-64 anni, i dati sono praticamente sovrapponibili ad

<sup>6</sup>Per l'Umbria, una convenzione tra la Regione ed il CNR consente una rilevazione dettagliata dei dati regionali. La metodologia delle ricerche risponde ai criteri a agli standard definiti dall'EMCDDA.

**Figura 1.10** Prevalenza di uso di allucinogeni nella popolazione studentesca umbra almeno una volta nel corso della vita e nell'ultimo anno, in Umbria e in Italia.



eccezione della cocaina e degli allucinogeni, che evidenziano una diffusione maggiore in Umbria. Se l'analisi si restringe ai giovani adulti (età 15-34 anni), il dato umbro risulta più elevato rispetto a quello nazionale anche per il consumo di oppiacei. Concentrando l'analisi sulla popolazione studentesca di 15-19 anni, il confronto tra Umbria ed Italia diventa più articolato; queste indagini rilevano infatti con accuratezza maggiore la frequenza d'uso, distinguendo l'uso almeno una volta nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi 30 giorni e l'uso frequente. L'uso frequente risulta significativamente più elevato in Umbria che in Italia soltanto per la cannabis, mentre è equivalente o minore per tutte le altre sostanze. L'uso definito dagli altri indica-

tori di frequenza, quindi più occasionale o sporadico, è invece più elevato in Umbria per cannabis, stimolanti, allucinogeni e cocaina; per quanto riguarda gli oppiacei, a valori lievemente superiori in Umbria per l'uso nella vita e nell'ultimo anno, corrispondono valori sovrapponibili per l'uso negli ultimi 30 giorni e frequente.

In conclusione, si può ipotizzare che tra i giovani studenti umbri sia leggermente più diffuso, rispetto al quadro nazionale, un consumo generalizzato delle sostanze (soprattutto cannabis), con frequenza prevalentemente occasionale o sporadica, e pertanto con finalità presumibilmente sperimentali, che in molti casi non si consolida come uso frequente e tende a cessare con l'avanzare dell'età.

Da notare il dato riferito agli oppiacei: le differenze di prevalenza tra il quadro regionale e quello nazionale sono minime, merita tuttavia attenzione il fatto che tra gli studenti umbri le prevalenze maggiori emergano nelle classi di età inferiori, in particolare tra i 16enni, sia per i maschi che per le femmine.

Un'attenzione specifica va rivolta alla cocaina, poiché evidenzia prevalenze maggiori in Umbria in particolare nella popolazione generale, più marcatamente nei giovani adulti di 15-34 anni; anche nella popolazione studentesca risultano consumi più diffusi in Umbria, ad esclusione dell'uso frequente, con differenze di non lieve entità.

La diffusione della cocaina, degli stimolanti e (in misura più marcata) degli allucinogeni nel-

la popolazione studentesca risulta maggiore nella provincia di Perugia: la differenza tra le due province, che emerge dall'indagine ESPAD 2013, sembra confermare differenze di contesto attribuibili presumibilmente, tra i possibili fattori, alle caratteristiche pervasive del mercato illegale presente.

L'andamento dei consumi nel tempo risulta piuttosto articolato. Nella popolazione generale i dati 2013-2014 mostrano in Umbria un incremento generale dei consumi, esclusa la cannabis che rimane stabile; in Italia si assiste ad una tendenza analoga, ma meno pronunciata. Questo andamento è in controtendenza rispetto alla stabilizzazione dei consumi registrata nei periodi precedenti, è quindi necessario un approfondimento e l'analisi dei fattori che lo condizionano. Nella popolazione studentesca umbra si rileva nel 2013 una tendenza all'incremento dei consumi per la cannabis, gli stimolanti, la cocaina e (in misura lieve) per gli allucinogeni, mentre rimane stabile il consumo di oppiacei. In Italia si ha un andamento simile, esclusi la cocaina e gli allucinogeni.

L'insieme dei dati induce ad intensificare, e consolidare nel tempo, gli interventi preventivi rivolti ai giovani, a partire dal contesto scolastico, senza tuttavia stigmatizzare in maniera controproducente un consumo che appare rivolto prevalentemente a finalità di sperimentazione, tipicamente associate all'età adolescenziale e giovanile, e che solo in parte tende a consolidarsi come consumo frequente.

Una particolare attenzione, anche in termini di interventi di prevenzione selettiva e mirata, va dedicata alla diffusione di eroina in fasce d'età molto precoci.

Merita attenzione ed approfondimento, infine, la tendenza generale all'incremento dei consumi di sostanze psicoattive illegali rilevata nell'ultimo periodo anche tra gli adulti (tendenza che si riscontra anche nei consumi di alcol di cui parleremo nel prossimo capitolo), riguardo alla quale è necessario verificare, con un'analisi più approfondita, i fattori in gioco, tra cui la possibile incidenza della crisi economica, ed implementare interventi di tipo preventivo che tengano conto dei diversi target e contesti d'uso.

---

## Le sostanze legali e il gioco d'azzardo

---

### 2.1 Alcol

*L'alcol rappresenta in Europa, dopo fumo e ipertensione, il terzo fattore di rischio evitabile di mortalità precoce e disabilità. Causa, infatti, circa 200 diverse malattie e il 7,4% di tutte le disabilità e delle morti premature. I dati epidemiologici e il monitoraggio alcol-correlato costituiscono gli strumenti indispensabili e insostituibili per la pianificazione delle strategie di prevenzione degli indirizzi sanitari e sociali che sono alla base della maturazione condivisa e collettiva di un'auspicabile cultura del benessere, invocata, ma spesso ostacolata, da modelli e stili di vita tutt'altro che salutari.*

Fino agli anni '80, l'Italia era uno dei paesi a maggior uso di alcolici, soprattutto vino consumato ai pasti, poi, fortunatamente, il consumo totale

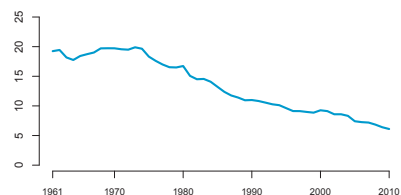
è andato diminuendo<sup>1</sup>. La diminuzione del consumo pro capite deve essere valorizzata, sia pure con equilibrio: vi hanno inciso diversi fattori, tra cui, sicuramente, l'acquisizione di una maggiore attenzione per la salute.

Si osservano però negli ultimi anni dei cambiamenti nelle modalità di assunzione che possono considerarsi pericolosi per la salute. Il bere rimane un comportamento maggiormente diffuso tra gli uomini, tuttavia negli anni il consumo tra le donne è aumentato: come è noto il sesso femminile è più vulnerabile agli effetti tossici dell'alcol (diversa struttura fisica e corredo enzimatico ed ormonale rispetto all'uomo e rischi di danni al feto durante una eventuale gravidanza). L'uso del vino ai pasti

<sup>1</sup>Nel 1980 l'Italia (13,9 litri) era seconda in Europa, dopo la Francia (15,7 litri), per consumo pro-capite annuo di alcol, mentre nel 2003, nella stessa graduatoria, l'Italia (7,6 litri) è negli ultimi posti (fonte OMS European Health for All Database).

è diminuito, tuttavia si sono imposte abitudini di assunzione rischiose, analoghe a quelle diffuse nel nord Europa, come il consumo di forti quantità di alcolici fuori pasto e nel fine settimana, soprattutto nei giovani, anche minorenni (in questo caso con differenze non significative fra i due sessi). A tale proposito occorre ricordare che l'alcol va considerato come il principale fattore di mortalità prematura tra i giovani sino ai 24 anni di età a causa delle correlazioni dirette con l'incidentalità stradale.

**Figura 2.1** Italia, consumo procapite di litri di alcol puro, anni 1961-2010. Dati OMS



L'andamento che caratterizza il livello nazionale<sup>2</sup> si conferma sostanzialmente anche in Umbria.

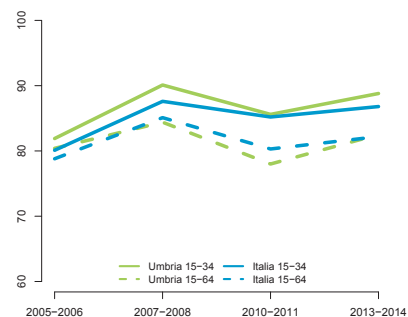
Dai dati IPSAD relativi al biennio 2013-2014 si evidenzia che la prevalenza d'uso di alcol nell'ultimo anno nella popolazione generale umbra di 15-64 anni risulta essere comparabile a quanto rileva-

<sup>2</sup>WHO, Global Information System on Alcohol and Health: Levels of consumption. Consultato 20 dicembre 2013. [http://www.who.int/gba/alcohol/consumption\\_levels/en/index.html](http://www.who.int/gba/alcohol/consumption_levels/en/index.html).

to a livello nazionale (82,5% in Umbria vs 82,2% in Italia). Per quel che riguarda i giovani adulti (15-34 anni) il dato umbro è leggermente superiore a quello nazionale (88,8% in Umbria vs 86,8% in Italia).

Nel corso del tempo notiamo che sia in Italia che in Umbria, sia nella popolazione 15-64 anni che in quella 15-34 anni, il consumo incrementa rispetto alla rilevazione precedente (2010-2011), pur rimanendo inferiore al dato 2007-2008.

**Figura 2.2** Prevalenza di consumo di alcol almeno una volta nell'ultimo anno in Umbria e in Italia nella popolazione 15-64 anni e 15-34 anni. Dati IPSAD 2005-6, 2007-8, 2010-11 e 2013-14.



Per quanto riguarda la popolazione studentesca di 15-19 anni (dato ESPAD), nel 2013, come nell'anno precedente, il confronto tra l'Italia e l'Umbria evidenzia come la regione si pone completamente

in linea con la tendenza italiana per quanto riguarda il consumo nella vita (87,8% in Umbria e 89,0% in Italia), negli ultimi dodici mesi (79,6% in Umbria e 80,9% in Italia) e negli ultimi trenta giorni (62,5% in Umbria e 64,6% in Italia).

L'analisi sul consumo della sostanza nell'ultimo anno evidenzia un consumo maggiore nei maschi rispetto alle coetanee in tutte le classi d'età tranne che tra i 16enni. Il rapporto di genere si attesta a 1,1 esattamente come nel 2012. In entrambi i generi all'aumentare dell'età aumentano i consumi, unica differenza è per le studentesse che riportano prevalenze maggiori tra le 18enni.

La frequenza d'uso di alcol è riportata nella tabella 2.1. Rispetto al 2012 gli studenti consumano meno frequentemente, mentre tra le coetanee si vedono aumentare sia il consumo 6-39 volte sia il consumo 40 o più volte.

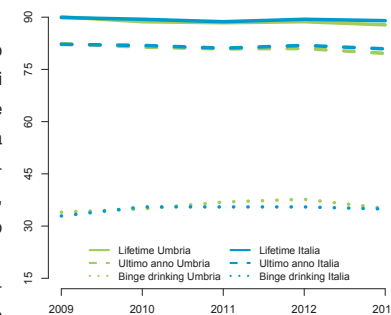
**Tabella 2.1** Frequenza d'uso di alcol in percentuale nella popolazione scolarizzata negli ultimi 12 mesi. Distribuzione per genere. Dati ESPAD per l'Umbria, anno 2013.

	Maschi	Femmine
<b>1-5 volte</b>	35,1%	45,4%
<b>6-39 volte</b>	51,0%	48,4%
<b>40 o più volte</b>	14,0%	6,3%

Il trend di consumo nell'arco temporale 2009-13, sia per il consumo nella vita sia negli ultimi 12 mesi, evidenzia una certa stabilità delle prevalenze che restano sempre in linea (Figura 2.3).

Il confronto territoriale, riferito al consumo negli ultimi dodici mesi, non evidenzia rilevanti differenze tra le due province.

**Figura 2.3** Consumo di alcol nella popolazione studentesca in Umbria e in Italia. Prevalenze di consumo almeno una volta nel corso della vita, nell'ultimo anno e binge drinking.

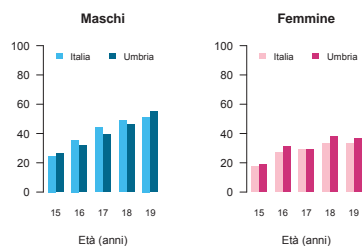


Sempre in questa età (15-19 anni), è particolarmente diffusa l'abitudine di bere fuori pasto e di consumare elevate quantità di alcolici nel fine settimana fino ad ubriacarsi (cosiddetto *binge drinking*<sup>3</sup>). Quest'ultima modalità di assunzione, come mettono in evidenza i dati ESPAD 2013, è abbastanza diffusa sia in Umbria (39,4% nei maschi e 30,0% nelle femmine) che al livello nazionale (41,3% nei maschi e 28,1% nelle femmine). In entrambe le aree territoriali sono maggiormente i maschi ad essere coinvolti rispetto alle coetanee con rapporti di genere non tanto dissimili fra di lo-

<sup>3</sup>Binge drinking in senso tecnico si definisce, oggi, come il bere in una singola occasione 5 o più unità alcoliche (uomini) e 4 o più unità alcoliche (donne).

ro: 1,5 per l'Italia e 1,3 per l'Umbria. In entrambi i generi, nel 2013 si assiste ad un aumento delle prevalenze con il crescere dell'età, sia in Italia che in Umbria (Figura 2.4).

**Figura 2.4** Binge drinking nella popolazione studentesca (una o più volte negli ultimi 30 giorni). Distribuzione per genere e classi d'età. Confronto Italia e Umbria. Dati ESPAD 2013.



Nello specifico gli studenti umbri restano al di sotto delle prevalenze nazionali tranne che per i 15enni e i 19enni; le studentesse si pongono, invece, sempre al di sopra delle loro coetanee nazionali, escluse le 17enni che restano comunque in linea. Rispetto alla rilevazione del 2012 le prevalenze subiscono in entrambi i generi e in tutte le classi di età una flessione, fatta eccezione per i soli studenti 15enni e per le ragazze di 16 anni.

La maggior parte degli studenti che ha praticato il binge drinking, afferma di averlo fatto al massimo 2 volte negli ultimi 30 giorni (52% nei maschi e 64% nelle femmine). Rispetto al 2012, sono diver-

si, però, gli andamenti per genere: i maschi registrano una diminuzione della frequenza di 6 e più volte a forte vantaggio delle 3-5 volte; le studentesse registrano flessioni nell'uso 1-2 e 3-5 volte mentre incrementano di 4,8 punti le 6 o più volte negli ultimi 30 giorni (Tabella 2.2).

**Tabella 2.2** Frequenza del binge drinking nella popolazione studentesca negli ultimi 30 giorni. Distribuzione per genere. Dati ESPAD.

	Maschi		Femmine	
	2012	2013	2012	2013
<b>1-2 volte</b>	56,7	52,5	66,3	63,7
<b>3-5 volte</b>	24,2	31,5	25,5	23,4
<b>6 o più volte</b>	19,2	16,0	8,2	12,9

Il trend nell'arco temporale 2009-13 riferito al binge drinking rileva un costante aumento in Umbria fino al 2012 (dal 34% del 2009 al 37,7% del 2012) e una diminuzione nel 2013 (35,1%) .

Preoccupante è il dato umbro relativo agli studenti dagli 11 ai 15 anni che emerge dall'indagine HBSC<sup>4</sup>: vengono riferiti, infatti, episodi di ubriachezza in percentuali tutt'altro che insignificanti anche da undicenni, tredicenni e quindicenni (Tabella 2.3).

Interessanti sono le informazioni provenienti dal Sistema di Sorveglianza PASSI<sup>5</sup>, che riguarda la

<sup>4</sup>Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) è uno studio internazionale svolto ogni 4 anni, sotto l'egida dell'Ufficio Regionale dell'OMS per l'Europa. L'obiettivo è di indagare lo stato di salute della popolazione studentesca [urlhttp://www.hbsc.unito.it/](http://www.hbsc.unito.it/)

<sup>5</sup>PASSI (Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia) è un sistema di sorveglianza della popolazione adulta avviato nel

**Tabella 2.3** 'Quante volte ha bevuto tanto da essere davvero ubriaco nel corso della vita'. Dati HBSC per l'Umbria.

	11 anni % (n)	13 anni % (n)	15 anni % (n)
<b>Mai</b>	93.74 (928)	88.63 (850)	69.78 (561)
<b>Una volta</b>	5.45 (54)	8.97 (86)	14.68 (118)
<b>2-3 volte</b>	0.61 (6)	1.46 (14)	10.32 (83)
<b>4-10 volte</b>	0.10 (1)	0.63 (6)	3.73 (30)
<b>Più di 10 volte</b>	0.10 (1)	0.31 (3)	1.49 (12)
<b>Totale</b>	100 (990)	100 (959)	100 (804)

popolazione 18-69 anni, nel periodo 2010-13 e che ha dati disaggregati per regione e per ASL di residenza, oltre ad esplorare numerose variabili correlate all'uso dell'alcol non presenti in altre indagini.

Il 59% degli intervistati umbri dichiara di essere bevitore, ossia di aver consumato negli ultimi 30 giorni almeno un'unità di bevanda alcolica. Sono maggiormente uomini, nelle fasce di età più giovani e con alto livello di istruzione. Il PASSI riferisce

2006. L'obiettivo è stimare la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, oltre alla diffusione delle misure di prevenzione. Tutte le 21 Regioni e Province Autonome hanno aderito al progetto. Un campione di residenti di età compresa tra 18 e 69 anni viene estratto con metodo casuale dagli elenchi delle anagrafi sanitarie. Personale delle ASL, specificamente formato, effettua interviste telefoniche (circa 25 al mese per ASL) con un questionario standardizzato. I dati vengono poi trasmessi in forma anonima via internet e registrati in un archivio unico nazionale. A dicembre 2012, sono state caricate complessivamente oltre 200 mila interviste. Per maggiori informazioni, visita il sito <http://www.epicentro.iss.it/passi>.

dati anche sui bevitori a maggior rischio: l'Umbria presenta percentuali di bevitori a maggior rischio, nel periodo 2010-13, del 17%, dato sovrapponibile a quello nazionale; il 3% consuma abitualmente alcol in dosi elevate, 8% fuori pasto e il 9% ha un consumo binge, anche in questo caso i dati sono in linea con la situazione italiana.

In Umbria il consumo di alcol a maggior rischio è associato in maniera statisticamente significativa con la giovane età (18-24 anni) e il sesso maschile, senza particolari differenze per istruzione, difficoltà economiche riferite e cittadinanza.

Il confronto tra le aziende regionali non mostra per questo indicatore differenze territoriali.

Analizzando il consumo considerato a rischio di alcolici per regione geografica, si osserva un gradiente Nord-Sud con maggiore consumo nel Settentrione, ma con alcune eccezioni rappresentate dal Molise e dalla Sardegna (Figura 2.5): andamento generale confermato da più studi e sistemi di sorveglianza.

Il confronto tra i singoli anni del periodo considerato (2010-13), evidenzia per l'Umbria una sostanziale stabilità del dato relativo al consumo alcolico a maggior rischio, passando dal 18% del 2010 al 19% del 2013. Anche la prevalenza del binge drinking nel 2010-2013, è sensibilmente più elevata nella macro-area del Nord, ma con le stesse eccezioni del consumo a maggior rischio (Molise e Sardegna). Per quanto riguarda l'evoluzione temporale del binge drinking nel periodo 2010-2013, la situazione appare sostanzialmente stabile.

**Figura 2.5** Consumo a maggior rischio. Prevalenze per Regione di residenza. Passi 2010-2013



**Figura 2.6** Consumo binge. Prevalenze per Regione di residenza. Passi 2010-2013



I dati PASSI, inoltre, mettono in risalto uno scarso interesse dei medici e degli altri operatori sanitari rispetto al consumo di alcol dei propri assistiti, sia nelle ASL dell'Umbria che nel totale delle ASL italiane. Nel periodo di rilevazione 2010-13 solo una piccola parte degli intervistati umbri (12%) ri-

ferisce che un operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol (dato significativamente inferiore a quello dell'insieme delle ASL italiane, del 15% - vedi figura sottostante) e solo il 3% dei bevitori a rischio riferisce di aver ricevuto dal proprio medico il consiglio di bere meno (dato anch'esso significativamente inferiore a quello dell'insieme delle ASL italiane, del 6%). Da notare che se si considera l'insieme delle ASL italiane aderenti al sistema di sorveglianza, dato su cui si può effettuare un'analisi di trend, nel periodo 2008-2013 si è ridotta in modo significativo la quota di persone che ha riferito di aver ricevuto attenzione da parte di un operatore sanitario su questo tema, specialmente fra i più giovani (18-34enni).

**Figura 2.7** Consumo di alcol chiesto dal medico. Prevalenze per Regione di residenza. Passi 2010-2013



Sempre secondo i dati PASSI, in Umbria nel 2010-13, tra i bevitori di 18-69 anni che hanno guidato l'auto/moto negli ultimi 12 mesi, l'8% dichia-

ra di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol, cioè dopo avere bevuto nell'ora precedente almeno due unità alcoliche. La guida sotto l'effetto dell'alcol è un comportamento riferito più spesso dagli uomini (11%) che dalle donne (3%), senza marcate differenze per età, livello di istruzione o reddito. Il confronto tra le aziende regionali non evidenzia differenze significative. Per quanto riguarda, invece, gli intervistati PASSI dell'insieme delle ASL italiane, dichiara di aver guidato sotto effetto dell'alcol il 9%.

**Figura 2.8** Guida sotto l'effetto dell'alcol tra i bevitori 18-69 anni che hanno guidato l'auto/moto negli ultimi 12 mesi- Pool di Asl, PASSI 2010-13



Il 41% degli intervistati PASSI umbri, sempre nel periodo 2010-13, riferisce, inoltre, di essere stato fermato dalle Forze dell'Ordine, dato che risulta significativamente superiore a quello nazionale (34%). Anche per questo indicatore non emergono differenze tra le due aziende regionali. I controlli sistematici con l'etilotest, strumento di prova-

ta efficace nella riduzione della mortalità da incidente stradale, sono, però, ancora poco diffusi nella regione Umbria (13% tra chi è stato fermato dalle forze dell'ordine, percentuale che risulta più alta nelle fasce di età più giovani: dal 26% dei 18-24enni al 5% dei 50-69enni, come pure a livello nazionale).

**Figura 2.9** Controllo da parte delle Forze dell'Ordine negli ultimi 12 mesi Pool di Asl, PASSI 2010-13



Altra fonte di informazioni interessanti, disaggregate a livello regionale, sono i dati ISTAT dell'indagine Multiscopo, elaborati dall'ISS<sup>6</sup>. Per l'Umbria emerge che la percentuale di consumatori di vino risulta superiore alla media nazionale negli

<sup>6</sup>Rapporto ISTISAN 1/2014 - Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2014. Emanuele Scafato, Claudia Gandin, Lucia Galluzzo, Sonia Martire e Silvia Ghirini per il Gruppo di Lavoro CSDA



uomini (69,2% nei maschi Umbri, 65,6% in quelli Italiani), mentre per entrambi i sessi le prevalenze dei consumatori di birra sono inferiori alla media italiana (per le donne anche la prevalenza delle consumatrici di superalcolici).

## 2.2 Fumo di tabacco

*Il fumo di tabacco è considerato il fattore di rischio evitabile più importante per mortalità precoce e disabilità, causate da patologie croniche, nella popolazione adulta. Una recente pubblicazione dell'OMS attribuisce al fumo di tabacco il 12% della mortalità mondiale negli adulti sopra i 30 anni, con punte del 16% sia in Europa che in America<sup>7</sup>. Autorevoli studi scientifici mostrano come la sospensione del fumo dimezzi il rischio di infarto al miocardio già dopo un anno di astensione, mentre dopo 15 anni il rischio diventa pari a quello di un non fumatore<sup>8</sup>. Da questi dati si può capire l'importanza dello studio del fenomeno e dell'attuazione delle misure di prevenzione oggi ritenute efficaci.*

Anche per quanto riguarda l'Umbria, il fenomeno del fumo di tabacco è degno di particolare at-

<sup>7</sup>WHO global report: mortality attributable to tobacco. WHO. Consultato 4 ottobre 2013. [http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/rep\\_mortality\\_attributable/en/index.html](http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/rep_mortality_attributable/en/index.html).

<sup>8</sup>Health, CDC's Office on Smoking and Tobacco Use. *Smoking and Tobacco Use; Surgeon General's Reports; 2004*. Consultato 4 ottobre 2013. [http://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/sgr/2004/](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2004/)

tenzione. Negli anni la prevalenza di fumatori rilevata dall'ISTAT<sup>9</sup> è stata in linea con la media italiana. Si sono verificati picchi in alcuni periodi (ad esempio nel 2005 e nel 2009 la prevalenza umbra è stata superiore a quella italiana), ma la tendenza generale, nella maggior parte degli anni, è stata quella di una minor prevalenza nella nostra regione e così è stato anche nel 2012 (Figura 2.10). Nel 2013, in Italia, la quota di fumatori di tabacco tra la popolazione di 14 anni e più è pari al 20,9%, con una diminuzione di un punto percentuale rispetto al 2012 e prosegue una tendenza in atto da tempo. Tale diminuzione si è verificata sia al Nord sia al Sud del paese (rispettivamente -1,3 e -1,2 punti percentuali), mentre nella ripartizione centrale non si osservano variazioni significative; la quota più alta di fumatori si trova nel Lazio (23,6%) e in Umbria (23,1%).

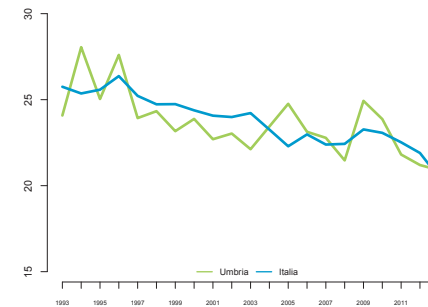
L'andamento della percentuale di fumatori è rilevato anche dal Sistema di Sorveglianza PASSI sulla popolazione da 18 a 69 anni.

Secondo i dati 2010-13 del PASSI, in Umbria il 31% degli adulti di 18-69 anni fuma sigarette. Il 21% è invece ex fumatore e il 48% non ha mai fumato.

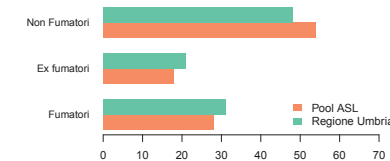
Nel periodo 2010-13, l'abitudine al fumo è risultata più alta tra i 18-34enni, mentre nelle classi di età successive la prevalenza diminuisce in modo consistente. Ancora persiste una differenza tra gli

<sup>9</sup>Aspetti della vita quotidiana - le indagini multiscopo ISTAT- anno 2012". 30 novembre 2012 <http://www.istat.it/it/archivio/96427>

**Figura 2.10** Percentuale di fumatori di 14 anni e più in Umbria ed in Italia. Dati Indagine multiscopo ISTAT *Aspetti della vita quotidiana*. Anni 1993-2013



**Figura 2.11** Distribuzione dell'abitudine al fumo da 18 a 69 anni. Dati PASSI. Anni 2010-13.



uomini (34%) e le donne (28%). La prevalenza è più elevata tra le persone con livello di istruzione intermedio, rispetto a quelle senza alcun titolo o con licenza elementare, e aumenta all'aumentare delle difficoltà economiche. La prevalenza di fu-

matori italiani è superiore a quella degli stranieri, ma la differenza non risulta significativa (Tabella 2.4).

**Tabella 2.4** Prevalenze di fumatori per caratteristiche socio-demografiche. Dati PASSI per l'Umbria. Anni 2010-13.

<b>Sesso</b>	Uomini	34%
	Donne	28%
<b>Età</b>	18-24 anni	37%
	25-34 anni	36%
	35-49 anni	33%
	50-69 anni	24%
<b>Istruzione</b>	Nessuna, elementare	19%
	Media Inferiore	37%
	Media Superiore	32%
	Laurea	24%
<b>Difficoltà</b>	Molte	39%
<b>Economiche</b>	Qualche	32%
	Nessuna	28%
<b>Cittadinanza</b>	Italiana	31%
	Straniera	29%

Dal dato di quadriennio 2010-2013 si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 24% del Veneto al 31% di Umbria, Lazio e Campania. Anche in PASSI, per il quadriennio considerato, il confronto con il Pool di Asl partecipanti al sistema di sorveglianza evidenzia per l'Umbria percentuali significativamente superiori di fumatori. Tra le ASL regionali non emergono differenze significative (Figura 2.12).

Se si considera l'insieme delle ASL italiane aderenti al sistema di sorveglianza, dato su cui si può effettuare un'analisi di trend, nel periodo 2008-2013 la prevalenza di fumatori si riduce significativamente passando dal 30% al 27% (-3,4% nel

**Figura 2.12** Fumatori da 18 a 69 anni: prevalenze per regione di residenza. Dati PASSI, pool di ASL italiane 2010-13



Nord, -3,1% al Centro e -3,5% nel Sud). Non varia, tuttavia, la distanza fra le tre macro aree e, per l'intero periodo, le prevalenze più basse si osservano nell'Italia settentrionale, mentre quelle più alte in alcune regioni del centro-sud.

Anche per l'Umbria il confronto tra i singoli anni considerati evidenzia per il 2013, ultimo anno di rilevazione disponibile, una prevalenza di fumatori in linea con il dato medio di quadriennio. Pur in una variabilità del dato compatibile con la numerosità campionaria, che evidenzia peraltro una riduzione di fumatori per il 2012 in linea con i dati ISTAT, si conferma nel tempo la problematica consistenza di fumatori della popolazione umbra.

I dati PASSI ci dicono, anche, quali sono le caratteristiche degli ex-fumatori di sigarette. In Umbria, nel periodo 2010-13, il 21% dei 18-69enni riferisce di essere ex fumatore. La prevalenza di ex fumatori è più elevata tra i 50-69enni e

gli uomini. Non sono emerse differenze per livello di istruzione, difficoltà economiche riferite e cittadinanza.

Tra le aziende regionali non emergono differenze significative per la condizione di ex fumatore. Nel Pool di ASL PASSI il 18% è ex fumatore. L'Umbria conferma al riguardo percentuali significativamente maggiori.

Nella popolazione studentesca (15-19 anni) - dati ESPAD - nel periodo 2009-2013 il consumo di tabacco, in Umbria, si è attestato stabilmente intorno al 27% (almeno una sigaretta al giorno nell'ultimo anno), dato sovrapponibile a quello italiano. Negli studenti della fascia d'età 11-15 anni (Sistema di Sorveglianza HBSC - Health Behaviour in School aged Children - Anno 2010), in Umbria la prevalenza del fumo almeno una volta a settimana è del 7,2% (dato perfettamente sovrapponibile a quello italiano, Tabella 2.5), ma se si prende in considerazione solo il dato relativo ai 15enni, i ragazzi che fumano almeno una volta la settimana risultano essere una percentuale significativa (il 19,9%), anche questo dato in linea con la media italiana (19,3%); da notare che, sia in Umbria che in Italia, la prevalenza di fumatori in questa fascia d'età è la stessa tra maschi e femmine.

Tornando al Sistema di Sorveglianza PASSI, questo fornisce informazioni anche su altri aspetti importanti quali il tentativo dei fumatori di smettere di fumare. In Umbria, nel periodo 2010-13, tra chi fumava di età compresa fra i 18 e i 69 anni, nei 12 mesi precedenti l'intervista il 42% ha ten-

**Tabella 2.5** Ragazzi che fumano almeno 1 volta alla settimana. Dati HBSC per l'Umbria. Anni 2010-13.

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
<b>Italia</b>				
<b>Maschi</b>	1	3,9	19,1	7,1
<b>Femmine</b>	0,2	3,6	19,5	7,1
<b>Totale</b>	0,6	3,9	19,3	7,2
<b>Umbria</b>				
<b>Maschi</b>	0,6	2,4	19,6	6,8
<b>Femmine</b>	0,4	4,7	20,1	7,6
<b>Totale</b>	0,5	3,6	19,9	7,2

tato di smettere; di questi, l'83% ha fallito (fumava al momento dell'intervista), il 10% stava ancora tentando di smettere (non fumava al momento dell'intervista, ma aveva smesso da meno di 6 mesi), mentre il 7% è riuscito a smettere (non fumava al momento dell'intervista e aveva smesso da oltre 6 mesi e meno di un anno), dati perfettamente in linea con quelli nazionali.

Sempre nel periodo 2010-13, in Umbria, tra le persone che hanno tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno, indipendentemente dall'esito del tentativo, il 96% l'ha fatto da solo, il 2% ha fatto uso di farmaci e l'1% ha partecipato a incontri o corsi organizzati dalle ASL.

Sempre da dati PASSI riferibili al periodo 2010-13, complessivamente circa quattro umbri su dieci, fra quelli che si sono rivolti a un medico o a un operatore sanitario nei 12 mesi precedenti l'intervista, dichiarano di aver ricevuto domande sul proprio comportamento riguardo all'abitudine al fumo, mentre tra i fumatori il 52% ha ricevuto il consiglio di smettere (percentuali non significativamen-

**Figura 2.13** Fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare. Prevalenze per regione. Dati PASSI, pool di ASL italiane 2010-13



te diverse dalla media nazionale - figure 2.13 e 2.14). Tale consiglio è stato dato nel 19% dei casi a scopo preventivo e nel 13% per motivi di salute, mentre nel 19% per entrambe le ragioni.

**Figura 2.14** Persone a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo. Prevalenze per regione. Dati PASSI, pool di ASL italiane 2010-13



Inoltre, prendendo sempre in considerazione il periodo 2010-13, l'83% delle persone intervistate dal PASSI ha dichiarato che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre o quasi sempre, valore inferiore rispetto all'insieme delle ASL italiane (89%). Nello stesso periodo, tra i lavoratori umbri intervistati, l'87% ha dichiarato che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre/quasi sempre (91% nell'insieme delle ASL italiane). Riguardo all'abitudine al fumo nella propria abitazione, il 70% degli intervistati PASSI ha dichiarato che non si fuma in casa, il 23% che si fuma limitatamente ad alcune stanze o in alcune situazioni, mentre il 7% che si fuma ovunque. Il divieto assoluto di fumare in casa è maggiore in presenza di minori di 15 anni (82%): l'astensione dal fumo infatti è più alta nelle case in cui vive un bambino fino a 14 anni compresi; tuttavia in circa un quinto di queste case il fumo non è ancora stato completamente bandito dall'ambiente domestico.

### 2.3 Farmaci psicoattivi senza prescrizione medica

Per quanto riguarda la popolazione studentesca abbiamo informazioni anche sul consumo di farmaci psicoattivi senza prescrizione medica, un indicatore che potrebbe essere interpretato come precursore di nuove emergenze in termini di dipendenze.

L'indagine ESPAD, infatti, fornisce informazioni

rispetto al consumo dei farmaci per le seguenti indicazioni: iperattività, dimagrimento, sonno, umore. Riguardo al quadro complessivo, nel confronto con l'Italia, l'Umbria è in linea mediamente in tutti gli archi temporali considerati ponendosi di poco al di sotto delle medie nazionali.

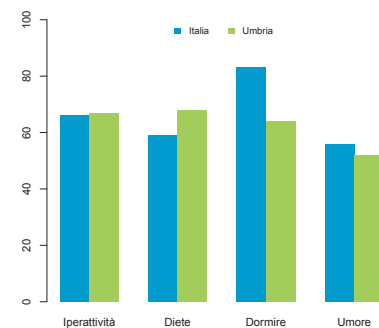
Nel 2013 (Figura 2.15) lo 0,64% degli studenti umbri ha dichiarato di assumere frequentemente farmaci per l'iperattività (0,67% in Italia), lo 0,48% ha dichiarato di assumere farmaci per le diete (0,56% in Italia), lo 0,80% ha dichiarato di assumere farmaci per dormire (0,92% in Italia), lo 0,63% ha dichiarato di assumere farmaci per l'umore (0,67% in Italia). A livello nazionale e regionale incrementano i consumi nel 2013 rispetto agli anni precedenti, in particolare per quel che riguarda i farmaci per il sonno e l'umore.

Sono le femmine a consumare più dei coetanei, mediamente in tutte le età e per tutte le tipologie di farmaco. In entrambi i generi i farmaci più consumati sono quelli per dormire, rispetto ai quali, le femmine, riportano prevalenze quasi doppie rispetto ai coetanei. Indipendentemente dal farmaco, inoltre, l'andamento non è crescente al crescere dell'età ma riporta andamenti oscillanti.

Le studentesse utilizzano farmaci per l'iperattività più dei loro coetanei maschi. Il rapporto di genere, a favore delle femmine, si attesta a 1,1 (come nel 2012).

Il rapporto di genere, per quanto concerne il consumo di farmaci per le diete, vede 3 studentesse ogni consumatore maschio. I maschi man-

**Figura 2.15** Prevalenza di uso frequente di farmaci nella popolazione studentesca umbra e italiana. Dati ESPAD. Anno 2013.



tengono abbastanza costanti le prevalenze di consumo attorno al 1-1,6%; le coetanee mantengono mediamente le prevalenze più elevate, attorno al 4%, e raggiungono il picco ai 18 anni con oltre il 6,5%. Rispetto al 2012 l'andamento tra i generi è diverso: tra i maschi si abbassano i consumi mentre tra le coetanee tendono ad aumentare; le uniche eccezioni sono i 15enni e le 19enni.

La maggior parte delle studentesse (65%) e degli studenti (40%) ha riportato un uso occasionale dei farmaci per le diete. Tra le femmine segue l'uso 6-19 volte mentre tra i coetanei è l'uso 20 o più volte ad assestarsi al secondo posto. Rispetto al 2012, i maschi diminuiscono le prevalenze dell'uso 20 o più a favore delle altre frequenze mentre

le femmine registrano un andamento esattamente opposto.

Nei farmaci per dormire il rapporto di genere vede quasi 2 studentesse ogni studente (come nel 2012). I maschi riportano un aumento dei consumi in crescita al crescere dell'età. Le studentesse, che sempre riportano consumi più importanti, se fino ai 16 anni non raggiungono il 6%, nelle classi successive oscillano tra il 7 e l'8%. Rispetto al 2012 in entrambi i generi si assiste a un lieve incremento delle prevalenze.

Oltre il 60% delle studentesse ha assunto farmaci per dormire al massimo 5 volte nell'anno, il 75% nei coetanei.

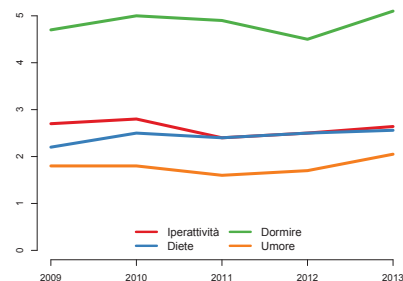
Anche per i farmaci per l'umore sono le femmine a consumare più dei maschi con un rapporto di genere a loro favore pari a 2. Tra i maschi le prevalenze sono abbastanza in linea attorno all'1-1,5% fino ai 18 anni; tra i 19enni si raggiunge la prevalenza maggiore superando il 2%. Le femmine invece riportano prevalenze da subito sopra il 2% ed il picco è rintracciabile tra le 17enni che sfiorano il 4% (in questa classe d'età il rapporto di genere arriva ad essere di 3,3). Rispetto al 2012 non ci sono grandi variazioni tra i maschi se non la diminuzione di quasi un 1% tra i 18enni; le studentesse riportano solo incrementi sotto l'1% ad eccezione delle 17enni che aumentano le prevalenze di oltre 2 punti.

Il 30% delle studentesse e il 40% degli studenti che ne fanno uso ha utilizzato farmaci per l'umore più di 20 volte nel corso degli ultimi 12 mesi;

rispetto alla precedente rilevazione i maschi incrementano di 2 punti percentuali, le femmine di quasi 20. Le studentesse aumentano molto anche l'uso 6-19 volte passando dall'8 al 15%, a scapito dell'uso una tantum che perde 15 punti. Tra i coetanei le oscillazioni anche per le 6-19 volte o l'uso occasionale è minimo rispetto al 2012.

Il trend di consumo negli ultimi 12 mesi, per tutte le tipologie di farmaci, vede registrarsi il punto più alto dei consumi nel 2013, consumi che però rilevano un andamento costante negli anni senza grandi cambiamenti. L'ultimo anno sono soprattutto i farmaci per dormire a registrare l'incremento più alto.

**Figura 2.16** Prevalenza di uso di farmaci psicoattivi nell'ultimo anno nella popolazione studentesca umbra. Anni 2009-2013.



## 2.4 Il gioco d'azzardo

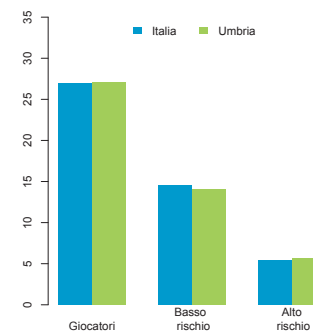
In Umbria le prevalenze del gioco d'azzardo nella popolazione generale (15-64enni) secondo la rilevazione IPSAD 2013-2014 sono assimilabili a quelle nazionali. Se consideriamo la partecipazione a giochi in cui si vincono e perdono soldi negli ultimi 12 mesi (Figura 2.17), la prevalenza in Umbria e in Italia è pari al 27%. In Umbria, come nel resto del paese, sono nettamente più i maschi (37%) a giocare rispetto alle donne (18%).

Il profilo di gioco problematico<sup>10</sup> in questa fascia di popolazione riguarda il 5,6% della popolazione (il 5,4% in Italia) mentre è pari al 6,1% in quella dei 15-34enni (il 6,4% in Italia). Ciò significa che in questa fascia di popolazione ci sono più di 30.000 umbri che hanno un profilo di gioco problematico e che dovrebbero essere quindi in qualche modo raggiunti da iniziative di prevenzione o servizi di trattamento. I giocatori con un basso livello di rischio di gioco problematico sono invece il 14,1% della popolazione (il 14,6% in Italia).

Il gioco preferito sia in Italia, sia a livello regionale, è il lotto/superenalotto. In Umbria seguono il gratta e vinci/lotto istantaneo, altri giochi di carte rispetto al poker e le scommesse sportive, a livello nazionale invece le preferenze si invertono, risultando più praticate le scommesse che altri giochi di carte.

<sup>10</sup>Il profilo di problematicità del gioco è valutato con il test CPGI (Canadian Problem Gambling Index).

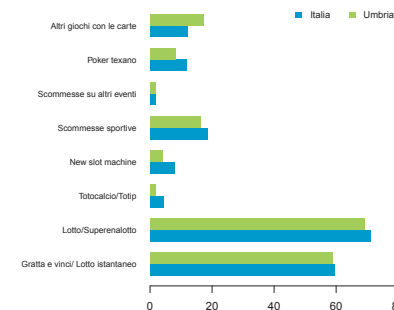
**Figura 2.17** Prevalenze dei giochi in cui si puntano soldi negli ultimi 12 mesi. Percentuali di giocatori, giocatori a basso rischio e ad alto rischio. Confronto Umbria - Italia. Dati IPSAD 2013-2014.



Il luogo privilegiato per giocare a soldi, sia a livello regionale sia nazionale, è il bar tabacchi; al secondo posto si trova la propria casa o quella di amici, ed in seguito le sale scommesse. Importanti anche le prevalenze raggiunte dal gioco on line (7,9%), anche se inferiore a quanto osservato nel resto del paese (10,4%).

In Umbria le prevalenze del gioco d'azzardo nella popolazione studentesca nel 2013 sono leggermente inferiori a quelle nazionali, questa tendenza non è confermata solo dagli studenti 19enni e dalle studentesse 18 e 19enni; nel 2012, seppur sempre con scarti minimi, era la regione a superare il dato nazionale. Sono nettamente più i maschi a giocare rispetto alle loro coetanee, in linea con

**Figura 2.18** Prevalenze dei giochi in cui si puntano soldi negli ultimi 12 mesi. Confronto Umbria - Italia.



la precedente rilevazione. In entrambi i generi e per entrambe le aree territoriali al crescere dell'età aumenta la vicinanza al gioco.

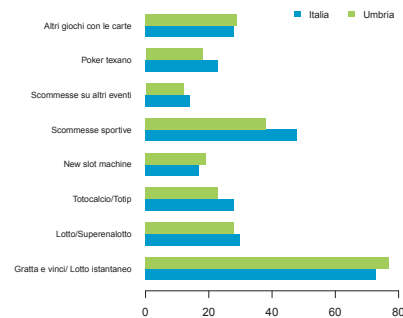
Oltre il 60% delle studentesse umbre ha giocato al massimo 2 volte nel corso dell'anno. Tra i maschi, invece, quasi la metà ha giocato tra le 3 e le 19 volte. Poco oltre il 2,5% delle studentesse ha giocato almeno 20 volte, mentre tra gli studenti è il 17% ad averlo fatto. Solo il 34%, infatti, ha giocato al massimo 2 volte. Rispetto alla rilevazione precedente i maschi restano più o meno invariati, mentre le coetanee hanno aumentato la frequenza di gioco.

Il gioco preferito, sia in Italia, sia a livello regionale, è il gratta e vinci/lotto istantaneo. In Umbria seguono le scommesse sportive e altri giochi con

le carte; a livello nazionale invece al terzo posto si piazzano le puntate al lotto.

In cima alle preferenze di entrambi i generi sta il gratta e vinci e similari, mentre per gli altri giochi le studentesse giocano a lotto e superenalotto, ad altri giochi con le carte e alle new slot machines. Gli studenti, invece, prediligono le scommesse sportive e il totocalcio. I maschi, rispetto alle coetanee, fanno rilevare comunque una maggior vicinanza a tutte le tipologie di giochi rispetto alle femmine che, tolti quelli elencati, riportano prevalenze ridotte.

**Figura 2.19** Prevalenze dei giochi in cui si puntano soldi tra gli studenti che hanno giocato negli ultimi 12 mesi. Confronto Umbria - Italia. Dati ESPAD. Anno 2013.



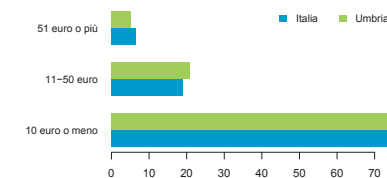
Il luogo privilegiato per giocare a soldi, sia a livello regionale sia nazionale, è il bar tabacchi; al secondo posto si trova l'abitazione propria o di

amici, ed in seguito le sale scommesse.

Distinguendo per genere, in Umbria la grande differenza riguarda le sale scommesse (frequentate dal 38,5% degli studenti, contro il 3,8% delle coetanee) e i giochi on line (praticati dal 16% degli studenti contro il 4%).

Oltre il 75% degli studenti italiani e umbri hanno giocato non più di 10 euro nel corso dell'anno. Anche distinguendo per genere, sia tra i maschi sia tra le femmine questa è la somma massima maggiormente giocata. Poco più di un quarto dei ragazzi ha speso sino a 50 euro e meno del 4% è andato oltre questa somma di denaro. Tra le ragazze queste prevalenze si abbassano al 7% e al 3%. In totale la quota di coloro che hanno scommesso più di 50 euro nel corso dell'anno è inferiore in Umbria rispetto al dato nazionale (3.5% vs 6.8%).

**Figura 2.20** Distribuzione della spesa tra gli studenti che hanno giocato negli ultimi 12 mesi. Confronto Umbria - Italia. Dati ESPAD. Anno 2013.



Oltre l'84% degli studenti umbri non presenta un profilo a rischio rispetto al gioco d'azzardo, dato

migliore che nel 2012. Rispetto al dato italiano, gli studenti umbri riportano valori maggiori per l'assenza di rischio e inferiori per profili a rischio e problematici. I profili a rischio (9,5%), soprattutto, e problematici (6,4%) riportano valori inferiori rispetto alla rilevazione precedente. Comunque il 6,4% di studenti con profilo di gioco problematico corrispondono a circa 2.400 giovanissimi umbri, un dato da non sottovalutare nella strutturazione di servizi socio-sanitari.

Il 2010 riporta la prevalenza più alta del praticare giochi d'azzardo tra gli studenti umbri in relazione agli ultimi anni (53%). Negli anni successivi tale valore è sceso fino al dato del 2013 (43%). Il confronto tra le due province non rileva alcuna differenza.

## 2.5 Osservazioni conclusive

Nel quadro regionale che emerge dal monitoraggio del consumo di sostanze legali, il dato saliente è quello relativo al fumo di tabacco: accanto al Lazio, l'Umbria è la regione con la quota più elevata di fumatori, il 23% della popolazione. Questo dato non suscita la stessa eco di altri gravi fenomeni (si pensi alle morti per overdose), tuttavia se si considera che l'Organizzazione Mondiale della Sanità attribuisce al fumo dal 12% al 16% dei decessi negli adulti over 30, si può intuire facilmente il drammatico impatto che esso esercita sullo stato di salute della popolazione. E d'altro canto, lo stesso dato dà evidenza del valore potenziale, in

termini di miglioramento della salute individuale e collettiva, che possiedono gli interventi preventivi e di supporto all'interruzione dell'abitudine al fumo.

Per quanto riguarda l'alcol, sia nella popolazione generale che nella popolazione studentesca di 15-19 anni i dati umbri sono in linea con quelli nazionali. Sia in Italia che in Umbria, tuttavia, rispetto alla rilevazione precedente si rileva un aumento dei consumi nella popolazione generale, presumibilmente a carico della fascia adulta, considerato che le rilevazioni nella popolazione studentesca evidenziano al contrario una flessione.

Tra i giovani umbri risulta in decremento anche la diffusione del binge drinking, ovvero l'assunzione in un'unica occasione di più unità alcoliche, che nel 2013 si equipara al dato nazionale. Questa modalità di bere, tuttavia, coinvolge tuttora una quota consistente di giovani, sia in Italia che in Umbria, ed episodi di ubriachezza sono segnalati anche in età molto precoci.

Infine, si evidenzia in Umbria, come in Italia, l'accesso diffuso a pratiche di gioco d'azzardo. Le rilevazioni mostrano un quadro regionale simile a quello nazionale.

Negli studenti di 15-19 anni le prevalenze sono leggermente inferiori alla media nazionale, e si registra una diminuzione rispetto alla rilevazione precedente.

Inoltre, in confronto al quadro nazionale i dati relativi alle somme di denaro giocate sono inferiori, e sono migliori quelli che valutano il profilo di rischio dei giocatori.

Il miglioramento registrato negli ultimi anni, attribuibile a diversi fattori, incoraggia a proseguire nelle campagne di prevenzione attuate a più livelli.

### 3.1 Carcere e dipendenze

Quando si parla di carcere e dipendenze è necessario tenere conto del fatto che il trattamento penale riservato in Italia al fenomeno della tossicodipendenza è apparso negli ultimi trent'anni piuttosto ondeggiante, indice di una transitorietà e fluidità dei proponimenti e degli obiettivi via via perseguiti. A ciò può aggiungersi che, pur essendo il consumo delle droghe un fenomeno di natura polideterminata e circolare, tuttavia l'impatto del carcere su di esso risente in modo molto lineare e diretto di come vengono regolate, valutate e sanzionate, in rapporto anche alle diverse sostanze stupefacenti, l'insieme delle fattispecie riconducibili ai comportamenti di consumo, detenzione illecita, spaccio, traffico (fermo restando che la violazione della normativa in tema di stupefacenti non è necessariamente connessa ad uno status di sog-

getto consumatore o, ancor meno, dipendente da sostanze psicotrope)<sup>1</sup>.

Dato ciò, va pertanto precisato che il quadro statistico che verrà illustrato di seguito si riferisce a soggetti sottoposti ad un provvedimento sanzionatorio di carattere penale che ha comportato la restrizione della libertà in un istituto penitenziario.

<sup>1</sup> In tale scenario si inserisce il D.P.R. 309/90, recante "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza", così come modificato ed integrato dalla legge 21 febbraio 2006, n. 49 (c.d. Legge Fini-Giovanardi), con oggetto "Conversione in legge, con modificazioni del decreto-legge 30 dicembre 2005, n. 272, recante misure urgenti per garantire la sicurezza ed i finanziamenti per le prossime Olimpiadi invernali, nonché la funzionalità dell'Amministrazione dell'interno. Disposizioni per favorire il recupero di tossicodipendenti recidivi", che ha previsto, in particolare nell'art. 73 e ss., la penalizzazione di una serie di azioni e comportamenti, alcuni dei quali richiamati nel testo. La sentenza della Corte Costituzionale n. 32 del 25 febbraio 2014 ha dichiarato l'illegittimità costituzionale della Legge "Fini-Giovanardi", riportando la materia alle disposizioni in vigore precedentemente al 2006, con particolare rilievo circa la distinzione tra sostanze stupefacenti "leggere" e "pesanti".

rio dell'Umbria, caratterizzati in questo contesto da quella che potremmo definire una particolare condizione clinica oltre che fattuale, vale a dire la dipendenza dalle sostanze o quanto meno la precedente assunzione delle stesse.

Le fonte dei dati illustrati è costituita dai Servizi sanitari delle ASL dell'Umbria, e nello specifico dai Servizi Regionali per le Tossicodipendenze (SerT) operanti all'interno degli istituti penitenziari della regione. Difatti, in seguito all'accordo sancito dalla Conferenza Unificata in data 18/05/2011,<sup>2</sup> è prevista una rilevazione periodica semestrale da parte dei SerT delle ASL (col sostegno organizzativo dei referenti aziendali per la sanità penitenziaria) circa la presenza di detenuti adulti, minori e giovani adulti tossicodipendenti e alcolodipendenti, ristretti nel territorio di propria competenza. Ad oggi sono state effettuate, per quanto riguarda gli istituti penitenziari dell'Umbria, rilevazioni da parte dei SerT dell'Umbria a partire dal 31/12/2010.

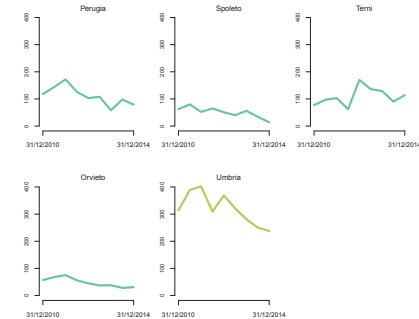
Circa il numero dei dipendenti e degli assuntori<sup>3</sup> di stupefacenti ristretti negli istituti penitenziari

umbri, il dato complessivamente più evidente, soprattutto a livello regionale (mentre a livello dei singoli istituti l'interpretazione risente di una maggior complessità del dato), è un andamento crescente fino al 31/12/2011, andamento che dimostra invece, successivamente, dopo un momento di parziale ripresa alla rilevazione del 31/12/2012, un netto e costante calo fino al 31/12/2014.

Dalla Figura 3.1 si evince inoltre che, se dal 31/12/2010 al 30/06/2012 è il dato dell'Istituto di Perugia Capanne quello quantitativamente più influente all'interno del quadro regionale, al 31/12/2012 vi è un passaggio di testimone in favore dell'Istituto di Terni, andamento che si dimostrerà costante anche nelle rilevazioni successive, seppur con la parziale eccezione della rilevazione al 30/06/2014 (ove l'Istituto di Perugia torna ad avere il dato relativamente più alto). Di converso, a partire dal 31/12/2012 appaiono complessivamente in calo e si attestano su dimensioni residuali i numeri di Orvieto e Spoleto. Ad ogni modo, per una migliore collocazione contestuale di tali elementi, può essere utile operare un raffronto incrociando questi dati con alcune statistiche pro-

minare i "soggetti per i quali è stato possibile verificare la presenza di problematiche sanitarie conseguenti all'uso di sostanze", siano essi sia tossicodipendenti che assuntori. Sempre sulla stessa scheda, in base alle linee guida del Dipartimento Politiche Antidroga (DPA), è prevista solo l'utilizzazione dell'ICD IX CM come strumento tecnico scientifico per distinguere in carcere chi è tossicodipendente o alcolodipendente da chi invece non lo è. Per una analisi critica di tale impostazione, giudicata come troppo limitata, V. Bellosi C. (2012): "Le linee guida del Dipartimento Politiche Antidroga: più carcere per i tossicodipendenti", in *Terzo Libro Bianco sulla Legge Fini-Giovanardi, I Dossier di Fuoriluogo*.

**Figura 3.1** Detenuti dipendenti ed assuntori di stupefacenti, ristretti in Umbria. Rilevazioni nell'ultimo giorno del semestre nel periodo 31/12/2010-31/12/2014. Dati SerT Umbria.



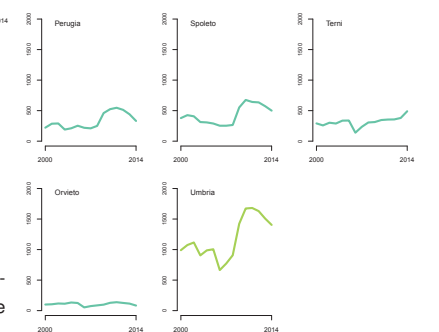
venienti dall'Amministrazione Penitenziaria. Appare a questo punto importante porre in relazione questo dato riguardante i tossicodipendenti ristretti in Umbria con quello complessivo di tutti i soggetti ristretti in Umbria. A questo proposito, nella successiva Figura 3.2 si rileva l'andamento complessivo in un periodo piuttosto ampio, cioè il periodo 2000-2014, delle presenze dei detenuti negli istituti penitenziari dell'Umbria, come registrato nell'ultimo giorno dell'anno, che permette una miglior contestualizzazione del sistema carcere della regione.

La Figura 3.2 mostra come a partire dal 2006<sup>4</sup>

<sup>4</sup>Tale riferimento al 2006 è dovuto al sopraggiungere nel corso di quell'anno del provvedimento di indulto (legge n. 24 del 31 luglio

vi sia una vera impennata, con una crescita delle presenze pressoché costante su base regionale, che condurrà nel corso degli anni immediatamente successivi ad una situazione di notevole sovraffollamento<sup>5</sup>.

**Figura 3.2** Detenuti in Umbria. Rilevazioni annuali al 31 dicembre nel periodo 2000-2014. Dati PRAP Umbria.



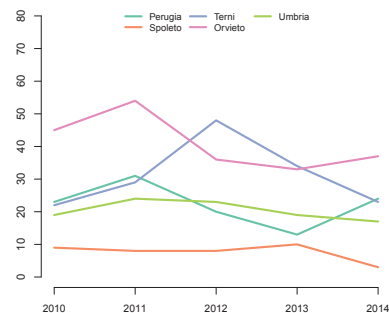
Possiamo a questo punto considerare i dati delle presenze relative all'ultimo giorno dell'anno in ciascun istituto penitenziario dell'Umbria per il pe-

riodo 2006, recante "Concessione di indulto", pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 176 del 31 luglio 2006), che crea un autentico spartiacque nella valutazione di alcune statistiche di ambito penitenziario.

<sup>5</sup>Sotto questo profilo, va in particolare evidenziato che alla base del sovraffollamento citato vi è il tasso di incremento relativo delle presenze complessivamente registrate negli istituti penitenziari umbri, che a partire dalla rilevazione del 30 giugno 2009, fino a quella del 31.12.2011, risulta superiore non solo a quello medio italiano, ma anche a quello delle altre regioni. Vedi a tal proposito Report della Regione Umbria "Carcere e salute in Umbria", 2013, p. 40 e ss.

riodo dal 31/12/2010 al 31/12/2014, che ci consente di rapportare le presenze dei detenuti dipendenti e assuntori con quelle complessive di tutti i detenuti nei momenti di rilevazione previsti e di ridurle in termini percentuali.

**Figura 3.3** Percentuali di dipendenti/assuntori tra i detenuti in Umbria. Rilevazioni al 31 dicembre nel periodo 2010-2014. Dati PRAP Umbria e dati SerT Umbria.



Da questo confronto emerge come, nel periodo considerato, il peso percentuale dei detenuti dipendenti ed assuntori di sostanze risulti maggiore, in rapporto al numero complessivo dei detenuti presenti, negli Istituti di Orvieto (rilevazioni al 31/12/2010, al 31/12/2011 ed al 31/12/2014) e di Terni (31/12/2012 e 31/12/2013). Per quanto riguarda in particolare l'Istituto di Terni, è da evidenziare come l'aumento del numero di detenuti dipendenti ed assuntori sia "netto" dal 31/12/2011

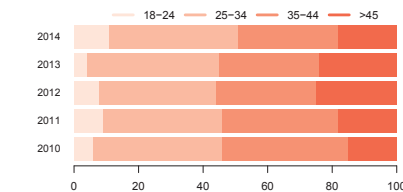
al 31/12/2012 (poiché si passa da un numero complessivo di 354 detenuti presenti dei quali 103 dipendenti e assuntori, ad un numero complessivo di 356, ma con 170 detenuti dipendenti ed assuntori). Invece, sempre nell'Istituto di Terni va notato come il successivo calo percentuale dei detenuti dipendenti ed assuntori dipenda anche dall'aumento del numero complessivo dei detenuti (in particolare per quanto riguarda il passaggio dalla rilevazione al 31/12/2013 a quella al 31/12/2014).

Un'altra analisi interessante che i dati di fonte SerT ci consentono di effettuare è quella relativa alla suddivisione dei detenuti tossicodipendenti ed assuntori di stupefacenti per classi d'età, che vanno da quella quella 18-24 anni fino agli over 64. Dalle rilevazioni effettuate si può dedurre che tra i detenuti ristretti qualificati come dipendenti e assuntori di stupefacenti negli istituti dell'Umbria vi è sicuramente una netta prevalenza dei soggetti appartenenti alle fasce 25-34 e 35-44 anni, anche se tali classi d'età sembrano andare verso un trend di costante e progressiva riduzione nel corso del tempo (fa eccezione la rilevazione al 31/12/2014, che vede la fascia 25-34 in rialzo rispetto alla rilevazione precedente).

Le altre classi d'età si muovono all'interno di range non troppo ampi, e sembrano comunque risentire del calo generalizzato di detenuti dipendenti ed assuntori registrati negli ultimi anni.

Un'ultima osservazione circa i dati relativi alle rilevazioni effettuate dai SerT negli istituti penitenziari concerne i detenuti alcolodipendenti. La tabel-

**Figura 3.4** Detenuti dipendenti ed assuntori di stupefacenti, ristretti negli istituti penitenziari dell'Umbria, suddivisi per classi d'età. (Le 3 classi d'età dai 45 anni in poi sono state per comodità raggruppate in un'unica classe). Anni 2010-2014. Dati SerT Umbria.



la successiva illustra le presenze dei detenuti alcolodipendenti, suddivise per ciascun istituto penitenziario della regione. Al di là dei numeri decisamente più contenuti rispetto a quelli già riscontrati per i ristretti con dipendenza o assunzione di stupefacenti, quello che risalta è che un considerevole numero di alcolodipendenti presentavano, all'atto della rilevazione, anche dipendenza da altre sostanze stupefacenti (numeri tra parentesi nella Tabella 3.1). Inoltre risulta abbastanza evidente che le presenze di detenuti alcolodipendenti si registrino soprattutto negli istituti di Perugia e Terni.

Trattandosi, come si diceva, di numeri piuttosto limitati, è difficoltoso individuare un trend chiaro all'interno dell'andamento complessivo rilevato a livello regionale. Sembra comunque potersi individuare un certo calo a partire dalla rilevazione del 31/12/2011, fatta eccezione per la rilevazione al

**Tabella 3.1** Alcolodipendenti negli Istituti Penitenziari Regionali al 31 dicembre di ogni anno. Dati SerT Umbria.

Anno	Perugia	Spoleto	Terni	Orvieto	UMBRIA
2010	20 (20)	6 (1)	21	0	47 (21)
2011	12 (7)	2	18	0	32 (7)
2012	16 (6)	2	12 (3)	0	30 (9)
2013	16 (9)	9	17 (12)	0	42 (21)
2014	11 (6)	2	9 (4)	0	22 (10)

31/12/2013.

## 3.2 Considerazioni conclusive

Il detenuto tossicodipendente o assuntore di sostanze stupefacenti, con tutte le sue problematiche e prerogative, dovrebbe entrare a pieno titolo nel quadro di tutela che, in base alle normative vigenti in Italia, ed agli atti conseguenti, stabilisce come, anche all'interno di una condizione di detenzione, non sia possibile né ammissibile derogare ad alcuni diritti fondamentali, tra i quali la salute<sup>6</sup>. Entrando nel concreto, la situazione negli istituti penitenziari in Umbria è apparsa per alcuni anni (in particolare nel periodo 2010-2013) fortemente critica mostrando, in particolare per i cosiddetti detenuti "comuni" (cioè quelli che appartengono al circuito definito come di media sicurezza) dei tassi notevoli di sovraffollamento; detenuti comuni dei quali, ricordiamolo, fanno in genere parte tossicodipendenti o assuntori di sostanze stupefacenti,

<sup>6</sup>Per una disamina approfondita di tali norme, si rimanda ancora al Report della Regione Umbria *Carcere e salute in Umbria*, 2013.



che possono a tutti gli effetti essere considerati un elemento critico aggiuntivo<sup>7</sup>. Tanto più che in Umbria i soggetti dipendenti ed assuntori di stupefacenti detenuti sono arrivati a rappresentare, in base ai dati raccolti dai SerT negli istituti penitenziari, una quota rilevante (circa un quarto) dei detenuti stessi, fino a toccare in alcune rilevazioni la quota della metà di essi all'interno di alcuni istituti (v. in proposito la Figura 3.3). Pur in una situazione che tende, lentamente, a tornare nell'ambito di una migliore gestibilità, non può sfuggire il peso che tutto ciò esercita in termini di ricaduta sui Servizi territoriali di vario genere, e non solo di quelli che si occupano di dipendenze (basti dire come anche in carcere risulti abbastanza consueto passare dalle problematiche attinenti all'area delle dipendenze a quelle del disagio psichico e viceversa<sup>8</sup>). Inoltre, i dati forniti dai SerT ci forniscono una preziosa indicazione circa le fasce d'età maggiormente coinvolte nel fenomeno, che risultano essere di gran lunga quella 25-34 e quella 35-44, seppur caratterizzate, negli ultimi anni di rilevazione, da un trend

<sup>7</sup>Il rapporto tra presenze e capienza è apparso nel periodo particolarmente critico proprio in riferimento al circuito che accoglie i cosiddetti detenuti comuni, cioè quello di media sicurezza, presente in tutti e quattro gli istituti umbri, che presuppone un giusto equilibrio tra esigenze di sicurezza ed esigenze trattamentali, riguarda la stragrande maggioranza della popolazione carceraria, e nel quale sono appunto in genere inseriti i dipendenti ed assuntori di sostanze stupefacenti. Per una analisi più approfondita, V. Report della Regione Umbria "Carcere e salute in Umbria", 2013, p. 29 e ss.

<sup>8</sup>V. a questo proposito la ricerca condotta proprio presso l'istituto penitenziario di Perugia da Piselli M., Elisei S., Murgia n., Quaratesan R., Abram K.M. (2009): "Co-occurring psychiatric and substance use disorders among male detainees in Italy", *International Journal of Law and Psychiatry*, 32, 101-107

generalmente volto ad una costante e progressiva riduzione. Quest'ultimo dato, accompagnato da un altro (seppur di fonte diversa, cioè l'amministrazione penitenziaria) relativo alla forte esposizione degli stranieri detenuti rispetto al fenomeno tossicodipendenza (in proporzione, più degli italiani<sup>9</sup>), finisce di inquadrare il problema attribuendogli la sua giusta complessità. Complessità che ricollega le già ampie problematiche di livello intramurario, le ordinarie difficoltà connesse alla conciliazione di finalità quali custodia, sicurezza e trattamento, con molteplici aspetti di carattere sanitario ed assistenziale. Si pensi, solo per rimanere nell'ambito delle dipendenze, alla difficile gestione, tra l'altro neanche omogenea tra istituto ed istituto, delle terapie farmacologiche nella cura della sintomatologia astinenziale, soprattutto in riferimento all'impiego dei farmaci sostitutivi, ed in particolare nelle dipendenze di lungo termine; o ancora, al fatto che il sostegno psicologico e la predisposizione di programmi devono tener conto di motivazioni dei pazienti spesso strumentali all'ottenimento di benefici (tra l'altro, di per sé non sempre semplici da ottenere) o comunque condizionate dalla restrizione forzata. Tutto questo porta con sé l'esigenza ineludibile di un miglioramento continuo della comuni-

<sup>9</sup>Il riferimento è appunto quello dei dati forniti dal Provveditorato amministrazione penitenziaria dell'Umbria, che per quanto concerne le rilevazioni che vanno dal 31/12/2003 al 31/12/2011, evidenzia come in percentuale, tra i ristretti in Umbria, la categoria dei tossicodipendenti sia risultata quasi sempre superiore all'interno del gruppo dei detenuti stranieri rispetto a quello dei detenuti italiani. V. a tal proposito Report della Regione Umbria "Carcere e salute in Umbria", 2013, p. 66 e ss.

cazione e di una forte integrazione delle rispettive istanze e ruoli, all'interno degli istituti penitenziari, tra operatori dei SerT ed i medici di continuità assistenziale da un lato, e tra operatori della sanità, operatori del trattamento ed addetti alla sicurezza dall'altro. Ciò in funzione di una presa in carico il più efficace e pronta possibile (anche grazie ad analisi approfondite dei soggetti all'ingresso) e di un trattamento che, coniugando gli aspetti farmacologici, sanitari in genere e sociali<sup>10</sup>(grazie anche all'attribuzione di spazi idonei e dedicati per le attività trattamentali previste), elimini, o quanto meno possa attenuare, lo stato di disagio e di squilibrio della persona detenuta con problemi di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze. Senza infine trascurare gli aspetti di continuità assistenziale dati dalle problematiche che si verificano all'uscita dal carcere, col rischio del ritorno all'uso di sostanze dopo un periodo drug free, ovvero "pulito", che porta con sé quello di intossicazione acuta per la bassa tolleranza alla sostanza stessa tanto che, nell'analisi del fenomeno della mortalità per overdose<sup>11</sup>, l'uscita dal carcere è considerata co-

<sup>10</sup>Sul versante sociale, va evidenziata l'esigenza di trovare fonti di finanziamento per l'avviamento di attività lavorative connesse a trattamento e reinserimento. Ciò anche in funzione della forte contrazione della percentuale dei lavoratori tra i detenuti ristretti in Umbria, diminuiti nel recente passato, secondo i dati del PRAP Umbria, da una quota del 41% al 31.12.2006, ad una quota del 18% al 31.12.2011. In proposito, V. Report della Regione Umbria "Carcere e salute in Umbria", 2013, p. 18.

<sup>11</sup>V. Farrell, M. e Marsden, J. (2008): "Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales", *Addiction* 103(2), pp. 251-5, cit. in EMCDA (2012) "Prisons and drugs in Europe, The problems and responses". Si vedano in proposito

me uno degli eventi a più forte rischio, in quanto associato a condizioni di aumentata vulnerabilità sul piano fisico, psichico e sociale; tutti fattori, questi, che fanno emergere la necessità di prolungare per questa "particolare" (ma come abbiamo visto nelle statistiche, a livello penitenziario piuttosto ordinaria) categoria di soggetti, azioni di tutela della salute anche successivamente al termine della detenzione.

anche i Report della Regione Umbria: "Mortalità per overdose da stupefacenti in Umbria", Anni 2011-12.

**Parte II**

**I problemi di salute correlati all'uso di  
sostanze psicoattive**

---

## La mortalità per overdose

---

### 4.1 La mortalità per overdose

*Il consumo delle sostanze stupefacenti è una delle principali cause di mortalità tra i giovani europei, sia direttamente in seguito a overdose (decessi indotti dagli stupefacenti) sia indirettamente in seguito a malattie, incidenti, violenze e suicidi connessi al consumo degli stupefacenti. La maggior parte degli studi di coorte sui consumatori problematici di stupefacenti evidenzia tassi di mortalità che oscillano tra l'1 e il 2% l'anno, corrispondenti a una mortalità in eccesso di 10-20 volte superiore a quella prevista. Secondo una recente analisi dell'OEDT, ogni anno in Europa muoiono circa 10.000-20.000 consumatori di oppiacei. Tali decessi si concentrano soprattutto fra i maschi di età compresa fra i 30 e i 40 anni; tuttavia l'età, i tassi di mortalità e le cause di morte variano nel tempo e da un paese all'altro. La principale causa di morte*

*tra i consumatori di stupefacenti in Europa è l'overdose. In tale contesto gli oppiacei - in particolare l'eroina o i suoi metaboliti - sono presenti in gran parte dei casi segnalati, spesso in associazione con altre sostanze come l'alcol o le benzodiazepine. Oltre all'eroina, nelle relazioni tossicologiche è presente una serie di altri oppiacei, fra cui il metadone, la buprenorfina e il fentanil. Il 90% circa dei decessi per overdose segnalati in Europa si concentra tra persone di età superiore a 25 anni e l'età media di coloro che muoiono di overdose è in aumento; questo fa pensare che l'età della coorte dei consumatori problematici di oppiacei si stia alzando. Gran parte dei decessi per overdose (80%) si registra fra persone di sesso maschile. Secondo le stime, nel 2011 in Europa il tasso medio di mortalità per overdose è stato pari a 1,8 decessi per 100.000 abitanti di età compresa fra 15 e 64 anni. Sono stati segnalati tassi superiori a 4 decessi per*

100.000 in sei paesi e i tassi più alti sono stati segnalati in Norvegia (7,3 per 100.000) e in Estonia (13,6 per 100.000). La maggior parte dei paesi ha segnalato una tendenza crescente nei decessi per overdose dal 2003 agli anni 2008 e 2009, quando si è verificata una stabilizzazione del fenomeno, che ha poi iniziato a diminuire. Tuttavia, la situazione varia per i singoli paesi, alcuni dei quali riferiscono ancora una tendenza all'aumento. L'OEEDT nella Relazione Annuale 2011-Evoluzione del Fenomeno Droga in Europa, precisa che se il numero dei decessi indotti dagli stupefacenti riferito dai diversi paesi da un lato "può essere influenzato dalla prevalenza e dai modelli di consumo degli stupefacenti (per via parenterale, poliassunzione), dall'età e dalle comorbilità dei tossicodipendenti e dalla disponibilità dei servizi di trattamento e di emergenza", d'altro lato esso è direttamente condizionato "dalla qualità della raccolta dei dati e dalla modalità di stesura delle relazioni". Invita quindi, nonostante il miglioramento generale a livello europeo nell'affidabilità dei dati, a "... una certa cautela nel confronto tra paesi, poiché esistono ancora differenze nella metodologia di stesura delle relazioni e nelle fonti di dati" (dal Report 2012 OEDT<sup>1</sup>)

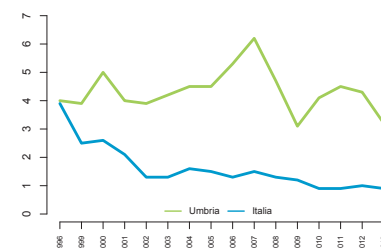
In Umbria è stata consolidata negli anni un'attività di monitoraggio della mortalità per overdose, basata su una rete piuttosto articolata: l'Istituto di Medicina legale dell'Università di Perugia (sezio-

ni di Perugia e di Terni), le Prefetture di Perugia e Terni, il Servizio di Emergenza Urgenza - 118 dell'Azienda Ospedaliera di Perugia, i Servizi socio-sanitari per le Dipendenze, il Laboratorio centralizzato dei Carabinieri di Perugia. I dati forniti da questa rete di monitoraggio, elaborati dagli uffici regionali competenti, sono risultati attendibili e completi. L'allarme diffuso a tutti i livelli intorno al problema ha inoltre contribuito a sviluppare in Umbria una certa sensibilità negli operatori sanitari, nelle istituzioni, nella popolazione regionale, determinando un buon livello di accuratezza nelle segnalazioni dei casi di decesso. Dai due elementi segnalati, associati a valori quantitativi di piccole dimensioni che semplificano le attività di rilevazione, deriva un sistema di osservazione completo ed accurato, che consente oggi un'analisi approfondita del fenomeno, basata sulla sorveglianza del suo andamento nel corso degli anni, utile ad orientare concretamente le strategie per la prevenzione delle overdose.

Il trend dei decessi per overdose in Umbria, che parte dall'anno 1996, denota un fenomeno sostanzialmente stabile fino al 2005, pur con una discreta variabilità negli anni; nello stesso periodo di riferimento, in Italia si evidenzia una continua decrescita, seguita da una stabilizzazione del dato. Nel 2006 e nel 2007 si rileva in Umbria un rilevante aumento, fino a raggiungere il picco più alto del periodo osservato (35 decessi). Nel 2008 si evidenzia una prima inversione di tendenza, confermata in modo molto marcato nell'anno 2009, in cui si rag-

giunge il livello più basso dell'ultimo decennio (18 decessi). Nel 2010 si è verificato un nuovo aumento (24 decessi), valori su cui si assesta la tendenza negli anni 2011 e 2012. Nel 2013 i decessi per overdose in Umbria sono stati 18, il 25% in meno rispetto all'anno precedente. Il dato si compone di una contrazione di mortalità nella Provincia di Perugia (-22%) e nella provincia di Terni (-25%).

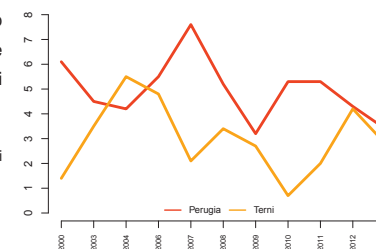
**Figura 4.1** Mortalità per overdose in Italia e in Umbria. Tassi per 100.000 abitanti 15-64 anni, anni 1996-2013



Nell'ultimo periodo i tassi per provincia si sono sostanzialmente avvicinati. È la terza finestra temporale negli anni 2000 in cui assistiamo all'avvicinamento delle curve di mortalità per le due provincie (è stato così dal 2004 al 2006, nel 2009 e negli ultimi due anni), all'interno di una tendenza che vede una maggiore mortalità nella provincia di Perugia.

L'elemento decisivo di questa superiorità è stato identificato nello stabilirsi nella città di Perugia di

**Figura 4.2** Mortalità per overdose nella provincia di Terni e di Perugia. Tassi per 100.000 abitanti 15-64 anni, anni 2000-2013



un mercato illegale di sostanze stupefacenti particolarmente ramificato ed aggressivo, in costante evoluzione, che attrae acquirenti non solo da tutta la provincia ma anche dal resto del territorio regionale e dalle province limitrofe.

I dati indicano come la mortalità per overdose sia, anche in Umbria, un fenomeno prevalentemente maschile, confermando così ampiamente le statistiche nazionali ed europee.

Se tuttavia consideriamo i consumi dichiarati nella popolazione di 15-64 anni, sia per quanto riguarda l'Italia che per l'Umbria, delle sostanze che possono essere considerate portatrici di maggior rischio di overdose, vale a dire eroina e cocaina, si evidenzia che in tali consumi il dato femminile, comunque sempre inferiore a quello maschile, è indubbiamente ben più rilevante rispetto a quanto

<sup>1</sup><http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2012>

si riscontra nella mortalità per overdose. In altre parole, le donne, che riferiscono un consumo di sostanze meno diffuso rispetto agli uomini, muoiono anche in misura minore rispetto a quanto dichiarano di consumare, e questa non coincidenza potrebbe dipendere da una maggiore propensione dei maschi ad assumere comportamenti a rischio nelle modalità di consumo.

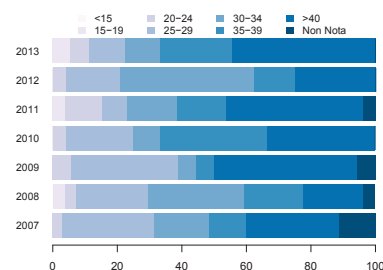
Nel 2012 e nel 2013 si assiste ad un aumento ulteriore nella percentuale dei decessi maschili rispetto all'anno precedente, visto che tutti i morti del 2012 sono maschi e nel 2013 si verifica un solo caso di sesso femminile. Si passa quindi dal 79,2% del 2010 all' 88,5% del 2011, fino al 100% del 2012 e al 94,4% del 2013.

Nel 2013 si registra un'età media dei deceduti pari a circa 38 anni, quindi superiore al dato del 2011 ed in linea con i valori degli anni precedenti. Nel 2013 il 44,4% dei decessi si colloca nella fascia over 40, in netto aumento rispetto agli anni precedenti; consistente è anche l'aumento del peso della classe 35-39 anni (22,2% rispetto al 12,5% dell'anno precedente). In netto calo rispetto al 2012 le classi d'età più giovani.

In conclusione, si può segnalare come negli ultimi anni la mortalità per overdose in Umbria tenda ad interessare progressivamente le fasce di età più avanzate, e soprattutto le persone over 40, in coerenza con il dato nazionale e con le tendenze europee.

Nel 2013 l'11,1% delle persone morte in Umbria per overdose è nato all'estero (25% nel 2012). Si

**Figura 4.3** Distribuzione per età dei morti per overdose in Umbria. Anni 2007-2013



evidenzia quindi una netta riduzione della quota di stranieri nel 2013, mentre negli anni precedenti si verificava una quota di stranieri pari a circa un quarto dei decessi.

Gli stranieri deceduti in Umbria nel 2013 in totale sono 2, di cui uno nato in Tunisia e uno in Cina. Pur assistendo ad una riduzione rispetto al passato nel numero dei decessi tra gli stranieri, occorre sottolineare il fenomeno crescente della diffusione di sostanze psicoattive tra gli immigrati, i quali peraltro sono più difficilmente raggiungibili da iniziative di informazione e sensibilizzazione, promosse nel corso dei decenni passati al fine di limitare il più possibile i comportamenti a rischio.

I dati registrati negli ultimi anni documentano come le percentuali maggiori dei deceduti per overdose siano costantemente costituite dai residenti nella regione Umbria. Nel 2013 quasi tutti i de-

ceduti erano residenti in Umbria (salvo una persona senza fissa dimora), nel 2012 erano il 63%.

Considerando il comune ove è stato rinvenuto il cadavere, nel 2013 come negli anni precedenti il comune maggiormente interessato dal fenomeno è quello di Perugia (7 decessi, il 40% di quelli umbri), fenomeno comunque in diminuzione rispetto al 2012 (erano il 50%) e al 2011 (69%).

Incrocando questo dato con quello relativo alla residenza dei deceduti, si riscontra come nei 7 decessi avvenuti a Perugia ci sia un solo soggetto non residente nel capoluogo. Il dato è in controtendenza rispetto all'anno precedente. Nel 2012 infatti, nei 12 decessi avvenuti a Perugia c'erano ben 9 soggetti non residenti nel capoluogo, di cui uno solo umbro. Gli altri erano residenti in zone extraregionali (6 casi), mentre in due casi si trattava di soggetti senza fissa dimora.

Nel 2013 i deceduti sono stati rinvenuti per il 72% dei casi in un'abitazione, dato che appare in netto aumento rispetto al 2012 (50%).

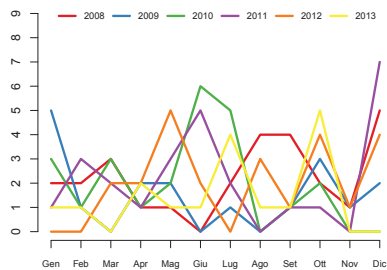
La mortalità mese per mese è di difficile interpretazione, sia in relazione alla scarsa durata della serie storica, sia perché negli anni considerati si registra un'alta variabilità, che non permette di evidenziare una correlazione statisticamente significativa tra il numero di morti e il mese del decesso. Ci si avvicina alla significatività statistica solo per alcuni mesi, quali luglio (mortalità in aumento), novembre (in diminuzione) e dicembre (in aumento). Circa il mese di novembre in particolare, si nota come per tutti gli anni considerati si registri un calo

di decessi rispetto al mese precedente, o in alcuni casi la loro totale assenza. Un'ipotesi interpretativa di questo dato potrebbe essere individuata nella tendenza a un minor consumo di sostanze in questo periodo, in vista del successivo periodo delle feste di fine anno, che abitualmente viene invece accompagnato da un aumento dell'uso. Anche osservando la figura, appare in alcuni anni un andamento temporale caratterizzato da un certo numero di picchi del numero dei decessi, che può far pensare ad un andamento periodico del fenomeno, del quale è tuttavia arduo individuare i fattori determinanti. Se a questo proposito, infatti, possono essere avanzate ipotesi in particolare relativamente alle caratteristiche delle sostanze illegali in circolazione nei diversi periodi (magari a seguito di variazioni interne al mercato illegale o conseguenti ad azioni di polizia), tuttavia la verifica di tali ipotesi (necessariamente limitata dall'impenetrabilità del contesto illegale) non ha consentito di riscontrare correlazioni univoche.

## 4.2 Osservazioni conclusive

Il quadro regionale negli ultimi anni si caratterizza per un riavvicinamento alle tendenze evidenziate a livello nazionale, pur se un confronto diretto dei dati non appare praticabile, per la disomogeneità delle modalità di rilevazione e dell'accuratezza delle segnalazioni di decesso per overdose nelle diverse regioni.

**Figura 4.4** Distribuzione per mese dei morti per overdose in Umbria. Anni 2008-2013.



Si rileva infatti in Umbria una tendenza alla diminuzione progressiva dei decessi, in entrambe le province, inoltre aumenta l'età media dei deceduti e diminuisce la quota degli stranieri e dei residenti fuori regione.

Parimenti, come vedremo nel prossimo capitolo, si registra una diminuzione significativa degli interventi del Servizio di Emergenza 118 del Perugino per intossicazioni acute da sostanze stupefacenti.

Infine, pur se il fenomeno rimane concentrato prevalentemente nella provincia di Perugia, si assiste ad un avvicinamento dei tassi di mortalità nelle due province.

## Le overdose fauste, gli interventi del 118

### 5.1 Le overdose fauste, gli interventi del 118

In Umbria, e particolarmente nell'area del Perugino, cioè l'area territoriale che comprende i comuni di Perugia, Corciano, Torgiano e Deruta, che è anche quella maggiormente interessata dal problema delle overdose, è stato codificato ormai da anni da parte del Servizio di Emergenza-Urgenza un intervento specifico del tutto adeguato a rispondere a questo particolare problema. Le Centrali Operative del 118 dell'Umbria, infatti, catalogano l'overdose come una emergenza medica e come tale, laddove il sistema sanitario viene allertato, questo genera l'intervento immediato con attribuzione del codice Rosso.

L'intervento rapido riduce drasticamente la mortalità, cosicché l'episodio di overdose può essere registrato frequentemente nella casistica delle

*overdose fauste*, cioè non mortali: dai dati raccolti negli ultimi anni dal servizio di emergenza 118 dell'area del Perugino, non risulta essersi verificato nessun caso di morte per overdose durante l'intervento di emergenza.

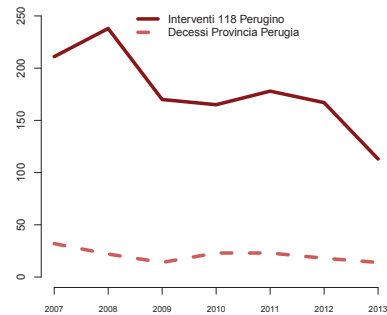
Le persone decedute per overdose sono state trovate dagli operatori del 118 ormai prive di vita in luoghi generalmente isolati, in macchina o da sole nella propria abitazione, e all'arrivo del mezzo sanitario si riscontravano in genere i segni di un decesso avvenuto ormai da ore.

Questo dato incoraggia a proseguire nella campagna preventiva regionale, che molto ha insistito nella valorizzazione dell'intervento del 118 e che ha portato tra i consumatori di sostanze ad una graduale diffusione della prassi di chiedere all'occorrenza tale intervento.

Nel 2013 nell'area del Perugino sono stati eseguiti 113 interventi del Servizio 118 per intossica-

zione acuta da droghe, evidenziando una significativa riduzione rispetto al 2012 (167 interventi).

**Figura 5.1** Interventi 118 nell'area del Perugino e decessi per overdose in provincia di Perugia. Anni 2007-2013

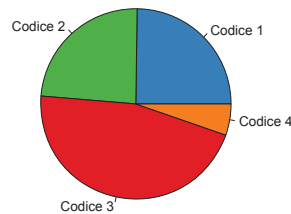


Questo dato appare comunque rilevante e richiede di essere attentamente valutato; infatti documenta il ruolo centrale svolto dal servizio di emergenza-118 nella prevenzione dei decessi, e invita anche a riflettere sul livello importante di situazioni esposte ad un rischio potenziale di morte raggiunto in questi anni.

Una ripartizione degli interventi in base alla gravità del quadro clinico, al momento dell'arrivo al 118, mostra che il 46% delle persone soccorse nel 2013 è in imminente pericolo di vita (Codice 3).

L'85% di questi interventi è stato realizzato nei confronti di persone di sesso maschile, dato

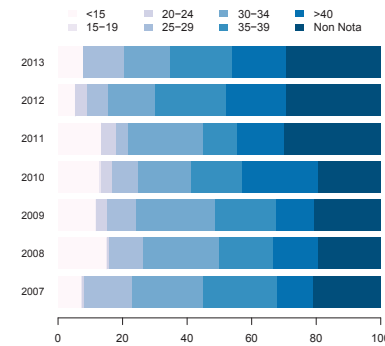
**Figura 5.2** Interventi 118 nell'area del Perugino per codice. Anno 2013. Codice 1 - Forma morbosa lieve; Codice 2 - Forma morbosa grave; Codice 3: Compromissione funzioni vitali; Codice 4 - Soggetti trovati deceduti.



del tutto sovrapponibile a quanto verificatosi nel 2012 (89%) ed abbastanza in linea con gli anni precedenti.

Appare interessante valutare come si distribuiscono gli interventi per classi d'età. La classe d'età maggiormente coinvolta, in percentuale, negli interventi del 118, è quella degli over 40 (quasi un terzo degli interventi). Questa maggiore esposizione trova riscontro con quanto già considerato circa la distribuzione per età nei decessi per overdose in Umbria nel periodo 2006-2011.

**Figura 5.3** Numero interventi del 118 nell'area del Perugino per classi d'età. Anni 2007-2013



Accanto ai residenti a Perugia e negli altri comuni umbri, c'è una quota considerevole d'interventi nei confronti di persone residenti in altre zone d'Italia: difatti, nel periodo 2007-2009 questi ultimi assommano a quasi un quarto degli interventi, poi nel periodo 2010-2011 denotano un lieve, graduale calo, rimanendo comunque su quote rilevanti. Nel 2013 circa un quinto degli interventi è stato rivolto a persone non residenti in Umbria.

Il fatto che circa un quinto degli interventi sia stato rivolto a persone residenti fuori regione e circa un terzo a persone non residenti nella provincia di Perugia, conferma l'ipotesi dell'area del Perugino come centro attrattivo per l'acquisto e il consumo di stupefacenti da parte di consumatori provenienti da fuori. Non si può escludere d'altro canto che

alcuni di questi residenti fuori regione o fuori provincia non siano in una situazione di passaggio nella città di Perugia, ma siano in qualche modo stanziali per motivi di lavoro o di studio.

Per quanto riguarda la distribuzione per età dei residenti fuori regione, la fascia d'età più rappresentata risulta quella degli ultraquarantenni (19%).

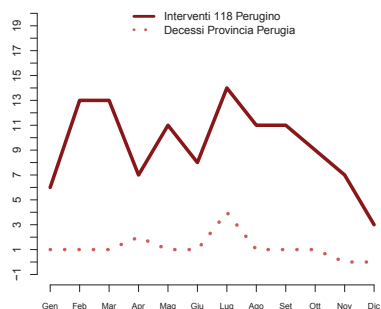
La maggior parte di queste overdose (16 su 21) hanno riguardato persone provenienti dalle quattro regioni confinanti con la regione Umbria (Toscana, Marche e Lazio), mentre solo 5 persone provengono da regioni distanti. Tra le 21 overdose di residenti fuori regione, solo in 8 casi il soggetto ha meno di 30 anni. Senza escludere in modo totale alcuna ipotesi, ciò spinge tuttavia ad una sostanziale cautela circa la stanzialità per motivi di studio universitario di questi residenti fuori regione.

Tra gli under 30, cioè coloro che potrebbero essere con più probabilità studenti universitari, 4 su 8 provengono da comuni nel raggio di circa 100 Km da Perugia, e quindi nulla esclude che possano essere in qualche modo *pendolari* che giungono nel territorio perugino per rifornirsi o soddisfare in loco le loro esigenze tossicomane. Per tutti quegli altri soggetti del campione provenienti da regioni vicine, non è invece possibile né affermare, né tanto meno escludere in modo assoluto la stanzialità (magari per motivi di lavoro, senza acquisire la residenza), ma neanche escludere di trovarsi invece di fronte a *turisti* della droga.

Per quanto riguarda la distribuzione degli inter-

venti per mese, viene confermato il periodo estivo come particolarmente insidioso, mentre dicembre, che ha sempre conciso con un aumento del consumo di sostanze stupefacenti, nel 2013 registra solo tre interventi. Non sembra esistere una relazione definita tra numero di interventi per mese e decessi per overdose.

**Figura 5.4** Numero interventi del 118 nell'area del Perugino e numero decessi per overdose in provincia di Perugia per mese. Anni 2007-2013



Nel corso degli anni gli esiti degli interventi hanno avuto delle modifiche significative. Nel 2007, difatti, in tre casi su quattro, il solo trattamento con Narcan<sup>1</sup>, effettuato nel luogo dove la persona viene trovata (trattamento in loco), risultava risolutivo. Tale proporzione tuttavia negli anni è andata via

<sup>1</sup>Farmaco antagonista degli oppioidi, utilizzato nel trattamento delle overdose.

via diminuendo fino al 41% del 2010, un livello su cui si è mantenuta costante nel biennio successivo. C'è stato un sostanziale innalzamento del ricorso sia al trattamento e successivo trasporto in P.S. (Pronto Soccorso), sia del trasporto al P.S. senza precedente trattamento, che arrivano congiuntamente nel 2012 al 45% e nel 2013 al 65% del totale degli interventi prestatati dal 118.

Le tendenze rappresentate da questi dati sono compatibili con l'ipotesi di un policonsumo da parte delle persone che presentano sintomi di overdose. Difatti il policonsumo complica il quadro clinico dell'episodio di overdose, tanto che l'applicazione delle terapie classiche, ed in particolare l'uso del farmaco antagonista degli oppioidi Narcan, non produce sostanziali miglioramenti nella condizione clinica dell'assistito, e l'intervento del 118 in loco si trasforma appunto in ricovero in Pronto Soccorso per ulteriori approfondimenti ed adeguate terapie. Trasporto in Pronto Soccorso che avviene invece direttamente, senza trattamento in loco, ove ci siano evidenze sintomatologiche che escludono che l'overdose sia stata causata da oppiacei.

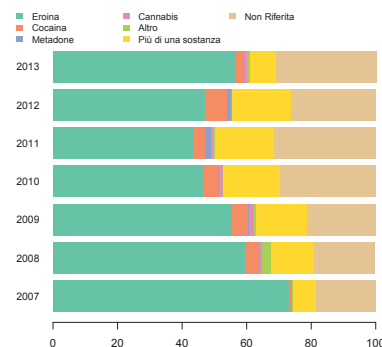
Nel 2013, in particolare, si riporta un caso di intossicazione da sostanza della famiglia delle fenetilammine, sostanza identificata dal Centro Antiveleleni di Pavia con successiva pubblicazione di Allerta NEWS<sup>2</sup> da parte del Dipartimento Politiche

<sup>2</sup>Allerta NEWS (National Early Warning System - Sistema Nazionale di Allerta Precoce) è il sistema attivato dal Dipartimento Politiche Antidroga, finalizzato ad individuare precocemente i fenomeni potenzialmente pericolosi per la salute pubblica, correlati alla comparsa di

Antidroga.

La presenza (presunta all'atto dell'intervento) di sola eroina nell'episodio di overdose è diminuita in modo sostanziale dal 2007 (ove si riscontrava nel 73,5% dei casi). Negli ultimi anni si trattava ormai di meno della metà dei casi (nel 2012 il 47,3%), mentre nel 2013 si è riscontrata nel 56,6% dei casi.

**Figura 5.5** Interventi 118 nell'area del Perugino e sostanza sospetta come causa di overdose. Anni 2007-2013



nuove droghe e nuove modalità di consumo, e ad attivare segnalazioni di allerta che coinvolgono le strutture deputate alla promozione e alla tutela della salute e responsabili dell'attivazione di adeguate risposte alle emergenze segnalate. Per la raccolta delle informazioni, il Sistema si avvale di un articolato network di input che coinvolge strutture sanitarie, centri antiveleleni, laboratori delle tossicologie forensi, laboratori delle Forze dell'Ordine, unità di contatto etc.



## 6.1 HIV

*La mortalità correlata all'HIV è la causa di morte indiretta più documentata fra i consumatori di stupefacenti. Secondo la stima più recente, nel 2010 in Europa circa 1 700 persone sono morte a causa dell'infezione da HIV/AIDS contratta in seguito al consumo di stupefacenti per via parenterale, e la tendenza è al ribasso. Sono responsabili di un gran numero di decessi tra i consumatori di stupefacenti anche le malattie epatiche, dovute principalmente a infezione da HCV e spesso aggravate dal forte consumo di alcol, benché non siano disponibili cifre a livello europeo. (dal Report 2012 OEDT<sup>1</sup>).*

La sorveglianza sulle nuove diagnosi di infezione da HIV è tenuta nella nostra regione dal Diparti-

mento di Medicina Clinica e Sperimentale e Scienze Biochimiche dell'Università di Perugia in virtù di una convenzione con la Regione Umbria. Dalle relazioni periodiche si evince un incremento del numero dei nuovi casi a partire dal 2011 (61 casi rispetto ai 46 del 2009 e ai 37 del 2010), confermato nel 2012 (68 casi).

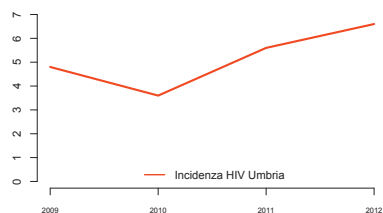
Per quanto riguarda la distribuzione percentuale per sesso, in tutti gli anni considerati c'è una forte predominanza dei maschi con una media del 71% (passando dal 76% del 2010 al 67% del 2011). Per quanto riguarda la distribuzione per residenza, gli umbri costituiscono in media l'88% (passando dall'84% del 2011 al 93% del 2009). Se guardiamo invece alla nazionalità, gli italiani sono in media il 61% dei nuovi casi (dal 59% del 2010 al 65% del 2009).

Se consideriamo i tassi di incidenza dei nuovi casi umbri rispetto alla popolazione, si passa dai

<sup>1</sup><http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2012>

4,8 per 100mila residenti del 2009 ai 6,6 del 2012. L'età mediana dei nuovi casi negli anni 2009-2012 è 40 per i maschi e 32 per le femmine.

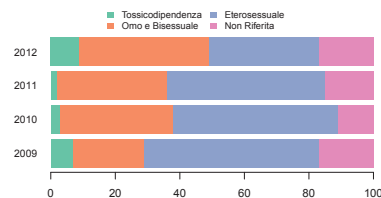
**Figura 6.1** Incidenza infezioni HIV in Umbria. Tassi per 100.000 abitanti, anni 2009-2012



Per quanto riguarda le modalità di trasmissione, notiamo che i casi legati alla modalità iniettiva di consumo di sostanze sono pochi in valore assoluto (3 casi nel 2009, 1 nel 2010, 1 nel 2011 e 6 nel 2012) e in percentuale rispetto al totale. Sollecita una certa attenzione, tuttavia, l'aumento dei casi nel 2012. Nel periodo considerato, in media 4 casi su 5 sono legati alla trasmissione sessuale.

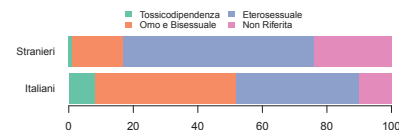
Profondamente diversa è la modalità di trasmissione dell'HIV nella popolazione italiana e in quella straniera. Nella popolazione italiana la componente che pesa di più è quella dei contatti omo e bisessuali (44%), mentre in quella straniera pesa di più la componente dei contatti eterosessuali (59%). Nella popolazione italiana la componente relativa all'uso iniettivo di sostanze (10%) pesa di

**Figura 6.2** Distribuzione infezioni HIV in Umbria per modalità di trasmissione. Anni 2009-2012



più che nella popolazione straniera (1%).

**Figura 6.3** Distribuzione infezioni HIV in Umbria per modalità di trasmissione e sesso. Anni 2009-2012



## Parte III

### Le iniziative di risposta

---

## I programmi di prevenzione

---

### 7.1 I programmi di prevenzione

La prevenzione, in particolare nel campo dell'abuso di sostanze, è in genere esposta a due tendenze "rischiose": da un lato, viene spesso presentata come una soluzione "miracolista" per tutti i problemi, e dall'altro non c'è chiarezza su quali siano di volta in volta gli obiettivi specifici, concretamente perseguibili, né le metodologie o le strategie comunicative più appropriate. Questa mancanza di visione strategica, associata alla mancata identificazione di un sistema di coordinamento operativo e alla scarsa propensione alla valutazione degli esiti degli interventi, si traduce nel rischio di un proliferare di azioni discontinue e frammentate, per cui (in particolare nel contesto scolastico) si può andare dall'assenza totale di interventi alla sovrapposizione delle iniziative più disparate sullo stesso tema, peraltro con dubbi risultati.

In ambito regionale, pertanto, un primo obiettivo della programmazione si è concretizzato nella costruzione di una struttura deputata all'effettivo coordinamento degli interventi di promozione della salute e prevenzione universale, con la costituzione in ogni ASL di una "rete della promozione della salute", ovvero un gruppo di lavoro stabile che vede la partecipazione di tutti i servizi coinvolti in questa tipologia di interventi e che si apre alla più ampia partecipazione di altre istituzioni e realtà informali, nella logica di un approccio inter-settoriale e multidisciplinare. È stato quindi siglato un Protocollo di collaborazione tra la Regione Umbria e l'Ufficio scolastico regionale, al quale sono seguiti, a cascata, analoghi protocolli formali di livello locale, che hanno coinvolto le ASL e gli istituti scolastici presenti nei territori.

È stata infine diffusa, attraverso percorsi formativi di iniziativa regionale, una metodologia di

approccio basata su alcuni punti fondamentali:

- La progettazione partecipata, con il coinvolgimento attivo dei diversi soggetti (istituzionali ed informali) impegnati sui temi di interesse, e delle stesse persone cui ci si rivolge, trasformando i "destinatari" dell'intervento in "protagonisti";
- La trasversalità degli interventi rispetto al tema ampio degli stili di vita, evitando in linea di massima la focalizzazione su singoli aspetti ed avendo come obiettivo costante lo sviluppo delle potenzialità e delle capacità critiche personali;
- La valorizzazione dei fattori di protezione che ogni persona/famiglia/comunità possiede, ed il contenimento dei fattori di rischio;
- La precocità degli interventi, associata alla continuità nel tempo;
- Il rifiuto di ogni forma di improvvisazione, facendo riferimento alle evidenze scientifiche che gli studi e la ricerca mettono a disposizione;
- La valutazione rigorosa degli esiti degli interventi;
- Un ruolo primario per gli educatori ed in particolare, quando gli interventi si svolgono nelle scuole, per gli insegnanti: gli operatori socio-sanitari si posizionano in un ruolo di suppor-

to, mettendo al servizio del "sistema scuola" le proprie competenze specifiche;

- Infine, ma allo stesso tempo come filosofia strategica che informa tutto l'intervento, un lavoro costante di costruzione e valorizzazione dei legami di comunità, la definizione di alleanze, la progressiva strutturazione di una "rete di reti", con l'obiettivo non solo di diffondere i contenuti degli interventi preventivi in contesti molto più ampi di quelli raggiungibili direttamente, ma più in generale di contribuire al maturare di una comunità competente, aperta e dinamica, solidale.

Il quadro degli interventi concretamente attuati nel campo della prevenzione universale e promozione della salute evidenzia a tutt'oggi indubbe criticità, in relazione alla disomogeneità degli interventi, alla loro discontinuità e, in alcuni casi, all'utilizzazione di metodologie non sostenute da evidenze di efficacia. Queste osservazioni riconducono alla necessità di promuovere un approccio maggiormente diffuso ed uniforme, coordinato tra tutte le istituzioni in campo, che includa la valutazione costante degli interventi.

Accanto alla prevenzione universale, che prevede interventi rivolti alla popolazione generale mirati a raggiungere il più ampio numero di persone (con attenzione a differenziare gli approcci in funzione delle diverse fasce d'età), è necessario affiancare la prevenzione selettiva, che comprende un insieme di interventi rivolti a gruppi di popolazione

esposti a potenziali e specifici fattori di rischio. In questo caso i singoli interventi, ad alta specificità, devono essere impostati caso per caso, riguardo agli aspetti metodologici, ai linguaggi adottati, alle modalità di partecipazione, ecc., con un accurato lavoro preparatorio teso a modellare ogni elemento sulle specifiche caratteristiche ed esigenze del gruppo target, e a coinvolgere il gruppo stesso nell'impostazione ed attuazione delle iniziative. Si tratta di un insieme di interventi complessivamente troppo poco praticato, in Umbria come in Italia, nonostante possieda i presupposti per incidere laddove si colgano condizioni di vulnerabilità e/o di rischio potenziale. Tra gli interventi realizzati, si segnalano le azioni rivolte ai frequentatori di locali, discoteche, luoghi di divertimento o di aggregazione giovanile; le iniziative realizzate nei contesti sportivi, in particolare per la prevenzione del doping; ecc.

Infine, la vasta area della prevenzione comprende anche la prevenzione mirata (o indicata), ovvero gli interventi rivolti alle persone che manifestano i primi segnali di un disagio o di un disturbo specifico. Questo ambito di intervento risulta abbastanza diffuso in Umbria, include le attività di consulenza psicologica (ad es. nelle scuole) e gli sportelli di ascolto rivolti a fasce specifiche di popolazione con l'obiettivo di intercettare precocemente le situazioni di disagio, gli interventi rivolti ai minori con problemi di giustizia, i colloqui e i percorsi di ascolto per i segnalati alla Prefettura per possesso di stupefacenti, gli interventi rivolti alle persone

che hanno avuto una sospensione della patente per guida in stato di ebbrezza o sotto l'effetto di stupefacenti, ecc.

Il panorama dei servizi sociosanitari per le dipendenze è piuttosto ampio e comprende essenzialmente servizi ambulatoriali, servizi residenziali e semi-residenziali, unità di strada e centri a bassa soglia. La loro gestione è esercitata in parte direttamente dalle aziende USL (in particolare per i servizi ambulatoriali) ed in parte dal privato sociale (comunità terapeutiche, unità di strada, ecc.). Afferiscono a livello funzionale al dipartimento per le dipendenze, costituito presso ciascuna Azienda USL, al quale è affidato non solo il governo clinico delle risorse in capo all'Azienda USL, ma anche un ruolo di regia nel processo di costruzione e sviluppo di un sistema locale di intervento completo ed articolato.

### 8.1 I servizi ambulatoriali

I servizi ambulatoriali includono i SerT, i servizi di alcologia, le unità antifumo e, in alcuni territori, servizi per problemi o target specifici (per il gioco d'azzardo patologico e altre dipendenze comportamentali, per adolescenti con abuso di sostanze, ed altri); sono diffusi capillarmente e risultano ben conosciuti e radicati all'interno delle comunità locali. SerT e servizi di alcologia hanno una sede per ciascun distretto sanitario: in tutto, quindi, sono presenti 11 SerT ed altrettante unità operative di alcologia, nella maggior parte dei casi con sedi distinte.

Questi servizi garantiscono un buon livello di accessibilità, gli utenti accedono con contatto diretto e non esistono liste di attesa; assicurano:

- Interventi di prevenzione e promozione della salute, in stretta integrazione con le Reti di

promozione della salute costituite presso le Aziende USL;

- La presa in carico delle persone con uso problematico o dipendenza da sostanze o comportamenti, attraverso trattamenti multidisciplinari integrati, che comprendono trattamenti farmacologici, interventi psicoterapici individuali, familiari e/o di gruppo, programmi di inserimento sociale, interventi di tipo educativo e di accompagnamento, inserimento presso strutture residenziali e semiresidenziali;
- La realizzazione di interventi: per la riduzione dei rischi e dei danni associati; a supporto dell'inclusione sociale e lavorativa; rivolti alla prevenzione, diagnosi e cura delle patologie correlate; rivolti alle famiglie.

I servizi per le dipendenze si avvalgono, nell'esplicitamento delle proprie funzioni, di opportune integrazioni con gli altri servizi sanitari, i servizi sociali, le risorse del privato sociale accreditato; hanno, in particolare i servizi di alcolologia, un rapporto consolidato con le associazioni di auto mutuo aiuto, come l'Associazione dei Club Alcologici Territoriali e gli Alcolisti Anonimi. Nel caso di utenti multiproblematici, assicurano una presa in carico integrata con i servizi portatori delle necessarie competenze (servizi di Salute Mentale ed altri servizi sociosanitari, servizi sociali degli Enti locali, ecc.).

Questi servizi, inoltre, assicurano la propria assistenza ai detenuti con problemi connessi all'abu-

so di sostanze; le attività all'interno delle carceri comprendono interventi di diagnosi e trattamento, colloqui di orientamento e sostegno, attività informative ed in alcuni istituti anche gruppi di sostegno e di auto mutuo aiuto. Assolvono, infine, ad un'ampia serie di compiti e procedimenti inerenti il rilascio di certificazioni a valenza medico legale, in particolare riguardo alle patenti di guida.

L'utenza che affrisce ai servizi per le dipendenze delle Aziende USL umbre è piuttosto numerosa; per darne un'idea, si richiamano alcuni dati complessivi:

- nel 2013 sono stati in carico ai SerT 3.082 utenti tossicodipendenti;
- nel 2012 (ultimo dato ad oggi disponibile) sono stati in carico ai servizi di alcolologia 2.563 utenti con problemi alcolcorrelati;
- nel 2013 presso i servizi per le dipendenze sono stati in carico 189 giocatori d'azzardo patologici.

Il quadro relativo agli utenti dei SerT e dei servizi di alcolologia sarà maggiormente approfondito nel capitolo successivo, inerente la domanda di trattamento.

Nel territorio regionale sono inoltre presenti diversi centri antifumo, rivolti alla prevenzione e cura del tabagismo; sono distribuiti, in maniera meno diffusa rispetto ai servizi sopra descritti, tra le due Aziende USL e nell'Azienda Ospedaliera di Perugia. Erogano i seguenti trattamenti: valutazione

clinico funzionale, prescrizione di terapia farmacologica, counseling individuale, terapie di gruppo per i tabagisti che intendono risolvere la dipendenza dal fumo. Le attività svolte nei servizi non vengono ancora rilevate in maniera uniforme, su base regionale; pertanto attualmente non sono disponibili dati.

## 8.2 I servizi residenziali e semiresidenziali

I servizi residenziali e semiresidenziali comprendono essenzialmente le comunità terapeutiche, ed inoltre alcune strutture con programmi più flessibili, come gruppi appartamento, strutture di reinserimento, ecc.

Questi servizi, avviati inizialmente per iniziativa di un volontariato fortemente motivato e socialmente impegnato che anticipava e suppliva la risposta pubblica al problema emergente delle dipendenze, nel tempo si sono professionalizzati ed hanno reagito con una progressiva articolazione e specializzazione delle risposte ai bisogni sempre più ampi e differenziati degli utenti. Come frutto di questi percorsi, è disponibile oggi in Umbria un ventaglio di comunità terapeutiche residenziali e semiresidenziali accreditate, con un elevato livello di specializzazione, che garantiscono una gamma di programmi diversificati: di tipo pedagogico, terapeutico, specialistico per comorbilità psichiatrica, per utenti con problemi alcolcorrelati, per genitori

con bambini ed inoltre strutture di accoglienza ed orientamento diagnostico.

**Tabella 8.1** Servizi residenziali accreditati. Regione Umbria, anno 2013

Tipologia servizio	n. servizi	n. posti letto
Terapeutico riabilitativa	7	146
Pedagogico riabilitativa	4	90
Specialistica madre-bambino	1	16
Terapeutica per minori	0	
Specialistica doppia diagnosi	2	24
Centro osservazione	3	62
diagnosi e orientamento		
Specialistica alcoldipendenza	1	10
<b>Totale</b>	<b>18</b>	<b>348</b>

I servizi residenziali presenti in Umbria raccolgono un numero consistente di utenti, provenienti sia dal territorio regionale che da altre regioni, soprattutto del centro sud; queste ultime, infatti, risultano in gran parte sprovviste di strutture soprattutto di tipo specialistico.

**Tabella 8.2** Utenti presenti nelle comunità residenziali accreditate gestite dal privato sociale (almeno un giorno/anno in struttura) - Umbria, anno 2013

Comunità Terapeutica	n. utenti
Incontro Mulino Silla + Raganella	250/300
CEIS Spoleto	130
CAST	161
CSA - Città di Castello	67
La Tenda	42
Montebuono	25
<b>Totale</b>	<b>675/725</b>

Questi servizi, ad eccezione di alcune esperienze (comunque significative) di gestione diretta da parte delle Aziende USL, sono gestiti in lar-

ga parte da organizzazioni del privato sociale: nel complesso, sono presenti in Umbria 7 diversi enti del privato sociale, con una lunga storia di lavoro in questo campo ed in genere con un rapporto consolidato di collaborazione con i servizi pubblici. E' un privato sociale che ha svolto, fin dal suo nascere, una funzione propulsiva riguardo alla crescita culturale del settore e al dibattito pubblico su questi temi ed il suo contributo quindi, non è equiparabile a quelle esperienze che, in altri campi, si esauriscono nella fornitura di prestazioni. Questo sistema nel suo insieme non solo ha reso possibile la strutturazione di un'offerta di servizi ampiamente diversificata, ma possiede oggi le potenzialità necessarie per sviluppare, nell'ambito di un rapporto di alta integrazione con il servizio pubblico, programmi innovativi adatti a rispondere ai bisogni emergenti, come dimostrano peraltro le sperimentazioni già attivate in alcuni territori.

Nell'ambito dei dipartimenti per le dipendenze, infine, sono presenti strutture residenziali e semi-residenziali a gestione diretta da parte delle Aziende USL; il quadro dei servizi ed il dato dell'utenza relativo al 2013 sono riassunti nella tabella seguente.

Un dato utile per completare il quadro relativo ai programmi residenziali/semiresidenziali, è quello degli utenti che i servizi per le dipendenze delle ASL umbre inviano a questa tipologia di programmi; nel 2013 ha usufruito di un programma di questo tipo un totale di 351 utenti umbri, presso strutture regionali ed extra regionali.

**Tabella 8.3** Utenti presenti nelle comunità residenziali/semiresidenziali a gestione diretta ASL - Umbria, anno 2013

Centro	n. utenti
Centro Diurno BONEGGIO (PG)	24
Gruppo famiglia per alcolisti PINDARO (PG)	7
Centro Diurno TERNI	24
Totale	55

**Tabella 8.4** Utenti dei servizi per le dipendenze con programmi residenziali/semiresidenziali - Umbria, anno 2013

ASL	Strutture	Gestione	Totale
	accreditate privato sociale	diretta ASL	
Ex ASL 1	41		41
Ex ASL 2	114	31	145
Ex ASL 3	84		84
Ex ASL 4	57	24	81
Totale	296	55	351

### 8.3 Unità di strada e centri a bassa soglia

Il quadro dei servizi dedicati specificamente alle dipendenze si completa con i servizi di prossimità, presenti in alcuni territori regionali, che comprendono:

- le unità di strada, cioè equipe, a volte dotate di postazioni mobili (camper), che operano nei contesti del consumo di sostanze o dell'aggregazione, con finalità di riduzione dei danni e prevenzione dei rischi associati all'uso di sostanze; sono presenti stabilmente a Perugia, Città di Castello e Foligno.
- i centri a bassa soglia (drop in), presenti so-

lo a Perugia, che sono deputati ad accogliere persone consumatrici di sostanze psicoattive con l'obiettivo di fornire risposte ai bisogni primari (servizio mensa, ostello notturno, docce, ecc.), informazioni e presidi utili a ridurre i danni potenzialmente correlati all'uso di sostanze e soprattutto un'occasione di relazione con gli operatori e di pausa rispetto all'esperienza quotidiana di assuntori di sostanze.

Una descrizione più dettagliata della loro attività è presentata nel capitolo inerente le politiche di riduzione del danno.

---

## La domanda di trattamento

---

L'OEDT di Lisbona adotta, tra gli indicatori epidemiologici, la Domanda di Trattamento (TDI - Treatment Demand Indicator). Tale indicatore descrive il profilo dei soggetti che si rivolgono alle strutture sanitarie (servizi per le tossicodipendenze) in relazione al loro consumo di sostanze.

Con Decreto Ministeriale dell'11 giugno 2010 è stato approvato il nuovo flusso informativo sulle dipendenze (SIND - Sistema Informativo Nazionale delle Dipendenze) che prevede la raccolta delle informazioni sugli utenti e sulle attività dei servizi ad essi collegate, mediante la rilevazione di dati anonimi per singolo individuo; al momento il SIND è stato attivato per quanto riguarda le persone dipendenti da sostanze stupefacenti illegali che si rivolgono ai servizi, escludendo quindi le persone dipendenti da alcol, tabacco, gioco d'azzardo o altro.

Il database sulle attività è composto da sei archivi:

- ANAGRAFICA SOGGETTO - contiene i dati anagrafici, occupazione, condizione abitativa, sostanza d'uso, età di primo uso della sostanza e età di primo trattamento dell'utente oggetto della rilevazione per il SIND;
- ESAMI SOSTENUTI - contiene i dati relativi agli esami di laboratorio sostenuti e refertati all'utente oggetto della rilevazione SIND. Per refertato si intende l'esistenza per l'esame di un referto di laboratorio analisi o la trascrizione di un referto di cui l'operatore ha preso visione;
- PATOLOGIE CONCOMITANTI - contiene i dati relativi alle patologie diagnosticate e/o oggettivamente refertate all'utente oggetto della rilevazione SIND, attive nel perio-



do considerato e concomitanti alla diagnosi principale;

- **DATI CONTATTO** - contiene i dati di contatto corrispondenti alla presa in carico assistenziale dell'utente oggetto della rilevazione SIND, all'interno della quale vengono erogate una serie di prestazioni raggruppate in gruppi omogenei;

- **SOSTANZE D'USO** - contiene i dati relativi alle sostanze d'uso/comportamenti per cui per l'utente oggetto della rilevazione SIND è stato attivato il programma di assistenza;

- **GRUPPO PRESTAZIONI OMOGENEE** - contiene, per ogni sede di erogazione delle prestazioni (SerT, carcere, comunità), i dati attinenti ai gruppi di prestazioni omogenee relative al contatto aperto con l'utente.

L'oggetto di rilevazione del sistema informativo, entrato a regime a decorrere dal 1 gennaio 2012, è il singolo soggetto per il quale siano soddisfatti i seguenti requisiti: accesso al servizio (SerT, anche quando l'assistenza sia prestata presso un carcere o altra struttura); accertamento documentato (esame di laboratorio o diagnosi medica eseguiti nel periodo di riferimento per la nuova utenza, oppure precedenti al periodo di riferimento per l'utenza già nota) dell'uso di sostanze stupefacenti (esclusi pertanto alcol o tabacco come uso primario) con frequenza occasionale, saltuaria o giornaliera; erogazione di almeno due prestazioni

dei gruppi omogenei (compreso l'invio in strutture socio-riabilitative) nel periodo di riferimento.

### 9.1 Caratteristiche degli utenti tossicodipendenti in trattamento

Secondo i criteri metodologici descritti in precedenza, la popolazione tossicodipendente assistita nel 2013 in Umbria risulta essere di 3.082 soggetti (3.099 nel 2012). Nel totale dei soggetti assistiti, il 14,5% è un nuovo utente (13,5% nel 2012), mentre l'85,5% è un utente già in carico.

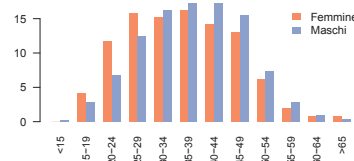
L'83,4% dell'utenza dei Servizi per le tossicodipendenze è di genere maschile, con un rapporto di circa 4 maschi per ogni utente femmina, la stessa proporzione vale anche se si considerano i soli nuovi utenti o quelli già in carico (rispetto al 2012 è aumentata la percentuale dei nuovi utenti nei maschi, 14,6% rispetto al 13,4%). L'età media degli utenti è di 37,4 anni (37,1 nel 2012). Mediamente le utenti donne sono più giovani (36 anni rispetto ai 37,7 dei maschi nel 2013; 35,5 anni rispetto a 37,4 era il dato nel 2012).

La classe di età maggiormente rappresentata nel totale degli utenti è quella dai 35 ai 44 anni; se si prende in considerazione la distribuzione per genere, tuttavia, gli uomini sono in linea con il totale dell'utenza, mentre le donne sono più numerose nella classe di età dai 25 ai 29 anni (Figura 9.1).

**Tabella 9.1** Età media dei soggetti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze. Anni 2012-2013

	Italia 2012	Umbria 2012	2013
<b>Nuovi utenti</b>	34,4	32,0	31,8
<b>Utenti già noti</b>	39,4	37,9	38,3
<b>Utenti totali</b>	38,5	37,1	37,4
<b>Utenti totali femmine</b>		35,5	36,0
<b>Utenti totali maschi</b>		37,4	37,7

**Figura 9.1** Distribuzione utenti totali per classe di età e sesso. Anno 2013

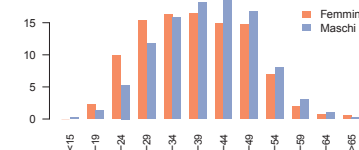


Esaminando il dato negli utenti già in carico, l'unica particolarità che emerge è quella che riguarda il sesso femminile, con una distribuzione percentuale maggiore nella classe tra i 30 e i 39 anni (Figura 9.2).

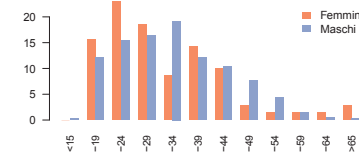
I nuovi utenti, come ci si può aspettare, sono più giovani e la classe di età più numerosa nel sesso maschile è fra i 30 e i 34 anni (nel 2012 era tra i 20 e i 24 anni), mentre nelle donne la frequenza maggiore è nella classe 20-24 anni (come nel 2012) (Figura 9.3).

Analizzando la distribuzione degli utenti in trattamento per residenza, si nota nei nuovi utenti

**Figura 9.2** Distribuzione utenti già in carico per classe di età e sesso. Anno 2013



**Figura 9.3** Distribuzione nuovi utenti per classe di età e sesso. Anno 2013



un'alta percentuale, rispetto agli utenti già in carico, di residenti fuori regione e di persone senza fissa dimora; questo dato tuttavia deve essere interpretato, in questa fase di sistematizzazione del sistema di rilevazione, con una certa cautela, e potrebbe derivare dalla quota di utenti seguiti presso gli istituti penitenziari (Tabella 9.2). La presenza di utenza straniera è del 9% negli utenti già in carico (Tabella 9.2).

La prevalenza di utenza dei servizi rispetto alla

**Tabella 9.2** Distribuzione nuovi utenti e utenti già in carico per residenza e cittadinanza. Anni 2012-2013

		% Nuovi	% Già in carico
2012	Fuori regione	34,4	8,4
	Senza fissa dimora	6,7	3,9
	Umbria	58,6	87,7
	Italiani	91,1	91,0
	Stranieri	8,9	9,0
2013	Fuori regione	29,4	9,1
	Senza fissa dimora	4,7	3,1
	Umbria	65,5	87,6
	Italiani	54,0	89,6
	Stranieri	46,0	10,4

popolazione residente umbra (utenti per 1.000 residenti di età fra 15 e 64 anni) è di 5,51 utenti per 1000 abitanti, stesso valore dell'anno precedente (nel 2012 il dato di 5,51 era superiore a quello italiano, pari a 4,3). Anche in Umbria, come nel resto del paese, ricorrono ai servizi sanitari più gli uomini che le donne (9,33 vs 1,8 utenti per 1000 abitanti). Nel 2012 la prevalenza del totale degli utenti è superiore al valore italiano sia per i maschi che per le femmine, mentre se si prendono in considerazione i nuovi utenti di entrambi i sessi emergono valori perfettamente in linea con il dato nazionale. Non si notano grandi differenze per l'Umbria tra il 2013 e il 2012, salvo un leggero aumento di nuovi utenti tra i maschi

Le differenze dei tassi di prevalenza che si registrano tra le regioni si prestano ad interpretazioni di diversa natura, poiché i fattori intervenienti sono molteplici. Un primo elemento da valutare è l'uniformità o meno delle metodologie di rilevazione,

**Tabella 9.3** Tassi di prevalenza di utenza dei servizi rispetto alla popolazione residente umbra (utenti per 1.000 residenti di età fra 15 e 64 anni). Anni 2012-2013

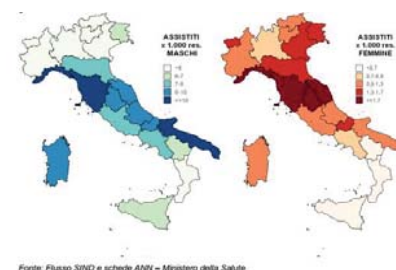
		Italia	Umbria	Umbria
		2012	2012	2013
Totale	Nuovi utenti	0,80	0,74	0,78
	Totale utenti	4,30	5,51	5,51
Maschi	Nuovi utenti	1,30	1,25	1,36
	Totale utenti	7,30	9,34	9,33
Femmine	Nuovi utenti	0,20	0,25	0,24
	Totale utenti	1,20	1,84	1,80

considerato che il sistema nazionale è ancora in fase di messa a regime; a questo livello occorre segnalare, tra l'altro, che prima dell'entrata in vigore del SIND si faceva affidamento su schede di rilevazione ministeriali, cartacee, che tuttora in alcuni casi vengono utilizzate, ma senza garantire, rispetto all'attuale sistema informatizzato, né analoghi criteri di rilevazione né tantomeno lo stesso grado di affidabilità. Una seconda interpretazione del dato può essere riferita alla diversa capacità dei servizi di intercettare l'utenza potenziale; a questo proposito, si segnala l'integrazione ed il radicamento dei servizi umbri nelle comunità locali. Infine, un'altra possibile lettura fa riferimento alla prevalenza più o meno elevata dei consumatori di sostanze nelle diverse regioni. E' da segnalare che il tasso è superiore in Umbria rispetto alla media italiana per gli utenti già noti, mentre per i nuovi utenti è lievemente inferiore; si evidenzia quindi una dinamica evolutiva di questo dato nel tempo.

In Umbria<sup>1</sup>, le sostanze primarie maggiormente

<sup>1</sup>Per il calcolo della percentuale di utenti che hanno usato una

**Figura 9.4** Utenti per 1.000 residenti secondo la regione a cui afferisce la struttura, per genere. Anno 2012. Elaborazione dati Relazione al Parlamento sulle Tossicodipendenze.



**Tabella 9.4** Soggetti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze. Anno 2013

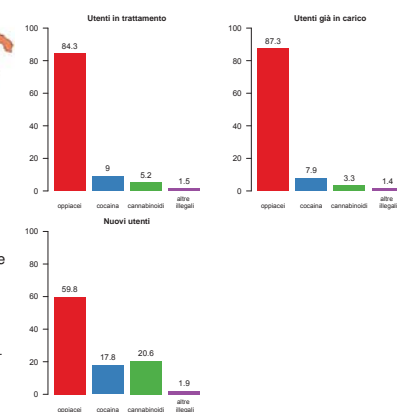
	Nuovi utenti n (%)	Utenti già in carico n (%)	Totale
USLUmbria1	245 (14,7)	1.421 (85,3)	1.666
USLUmbria2	201 (14,2)	1.215 (85,8)	1.416
Totale	446 (14,5)	2.636 (85,5)	3.082

utilizzate sono gli oppiacei, con l'84,3% degli utenti in trattamento, seguiti dalla cocaina con il 9% (Figura 9.5). La situazione è pressoché sovrapponibile alla precedente se si prendono in considerazione solo gli utenti già in carico, mentre nei nuovi utenti gli oppiacei rimangono indiscutibilmente al primo posto come sostanza primaria maggiormen-

determinata sostanza, si è utilizzato come denominatore il totale dei contatti aperti con il servizio sanitario. In alcuni casi ci possono essere più contatti per ogni utente

te utilizzata, ma la percentuale di utenti si abbassa di circa 20 punti percentuali a favore sia della cocaina che dei cannabinoidi (Figura 9.5).

**Figura 9.5** Distribuzione utenti in trattamento presso i servizi per le tossicodipendenze secondo la sostanza d'abuso primaria in Umbria. Anno 2013

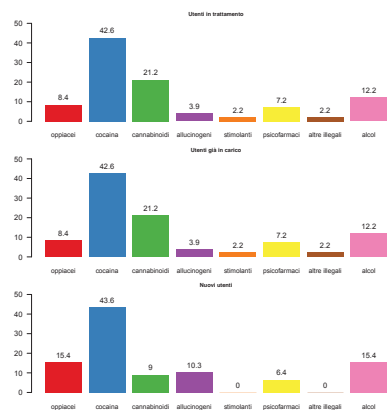


Con lo stesso criterio si è calcolata la percentuale di utenti che hanno fatto uso di sostanze secondarie.

Nel 2013 la sostanza secondaria maggiormente utilizzata è la cocaina, e non i cannabinoidi come nel 2012, con il 42,7% degli utenti che l' hanno utilizzata, seguiti dai cannabinoidi con il 20% (erano il 37,9% nel 2012), e dall'alcol con il 12,5% (Figura 9.6). Da notare anche l'aumento degli psicofarmaci rispetto al 2012 (7,1% vs 4,8%). Anche per

quanto riguarda la sostanza secondaria, non si notano grosse differenze fra il totale degli utenti e gli utenti già in carico. Nei nuovi utenti, si nota ancora di più la percentuale dell'utilizzo della cocaina, che è pari al 44,2% e che è in crescita rispetto al 2012 (era il 31,7%). Inoltre aumentano, come sostanza secondaria, gli psicofarmaci (6,5% nel 2013 rispetto al 3,7% del 2012) e diminuiscono i cannabinoidi (9,1% nel 2013 rispetto al 31,4% del 2012).

**Figura 9.6** Distribuzione utenti in trattamento presso i servizi per le tossicodipendenze secondo la sostanza d'abuso secondaria in Umbria. Anno 2013.



Prendendo in considerazione la modalità di assunzione della sostanza primaria, la via maggiormente adottata è quella iniettiva. Questo è dovuto al fatto che la maggior parte degli utenti fa uso di

oppiacei, anche se tra chi fa uso di cocaina l'assunzione con questa modalità ha un numero significativo di soggetti. La seconda e la terza modalità più frequente di assunzione sono rispettivamente la fumata/inalata e la sniffata. Le tendenze sono sovrapponibili a quelle del 2012.

**Tabella 9.5** Modalità di assunzione della sostanza primaria. Anno 2013

	oppiacei n (%)	cocaina n (%)	cannabis n (%)	altre n (%)
<b>Fumata o inalata</b>	406 (27)	67 (39)	101 (100)	0 (0)
<b>Iniettata</b>	862 (56)	26 (15)	0 (0)	0 (0)
<b>Orale</b>	9 (1)	1 (1)	0 (0)	26 (93)
<b>Sniffata</b>	247 (16)	76 (45)	0 (0)	0 (0)
<b>Altro</b>	3 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (7)
<b>Non Nota</b>	139 (-)	8 (-)	2 (-)	1 (-)
<b>Totale</b>	1666 (100)	178 (100)	103 (100)	29 (100)

Nel caso della sostanza secondaria, invece, la modalità di assunzione più frequente è fumata/inalata, seguita da orale e sniffata.

Le tendenze riproducono il dato del 2012.

**Tabella 9.6** Modalità di assunzione della sostanza secondaria, oppiacei e cocaina. Anno 2013

	oppiacei n (%)	cocaina n (%)
<b>Fumata/inalata</b>	12 (16)	127 (42)
<b>Iniettata</b>	13 (18)	69 (23)
<b>Orale</b>	33 (45)	0 (0)
<b>Sniffata</b>	9 (12)	106 (35)
<b>Altro</b>	6 (8)	0 (0)
<b>Non Nota</b>	1 (-)	45 (-)
<b>Totale</b>	74 (100)	347 (100)

Esaminando le età di primo uso e di primo trattamento, rispetto al 2012 le particolarità che pos-

sono essere messe in risalto riguardano gli utenti con uso di cocaina e quelli di cannabis: per i primi sia l'età di primo uso che di primo trattamento è maggiore in entrambi i sessi; per i secondi l'età di primo uso è più alta per il sesso femminile mentre è più bassa per il sesso maschile; l'età di primo trattamento si è ridotta per il sesso femminile mentre è rimasta stabile per quello maschile.

Grazie ai dati di età di primo uso e all'età di primo trattamento, si è calcolato il tempo di latenza di accesso ai servizi sanitari per sesso<sup>2</sup>. Il dato per gli oppiacei per il sesso femminile è confrontabile con il dato del 2012 mentre nei maschi, è leggermente superiore. Si nota un minor tempo di latenza per la cocaina nelle femmine e una stabilità nei maschi. Per la cannabis c'è una forte riduzione in entrambi i sessi (Tabella 9.7 e Figura 9.7).

## 9.2 Gli utenti in trattamento presso i servizi territoriali di alcolgia

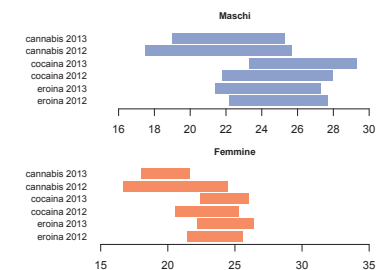
In Umbria, i servizi di alcolgia sono inclusi nella rete informativa regionale per le dipendenze (a livello nazionale, invece, il Sistema informativo sulle dipendenze non include ancora un flusso relativo all'alcol) e sono dotati dello stesso software in uso presso i SerT, che supporta una specifica cartella

<sup>2</sup>Per tempo di latenza si intende il tempo che intercorre tra l'età di primo uso di una sostanza e l'ingresso in trattamento, presso i servizi sanitari, per la stessa sostanza

**Tabella 9.7** Età di primo uso, età di primo trattamento e tempo di latenza per sesso (in anni). Dati Umbria. Anni 2012-13

		età di primo uso	età di primo trattamento	tempo di latenza
2012				
<b>Femmine</b>	<b>eroina</b>	21.5	25.6	4.1
	<b>cocaina</b>	20.6	25.3	4.7
	<b>cannabis</b>	16.7	24.5	7.8
<b>Maschi</b>	<b>eroina</b>	22.2	27.7	5.5
	<b>cocaina</b>	21.8	28	6.2
	<b>cannabis</b>	17.5	25.7	8.2
2013				
<b>Femmine</b>	<b>eroina</b>	22.2	26.4	4.2
	<b>cocaina</b>	22.4	26.0	3.6
	<b>cannabis</b>	18.0	21.6	3.6
<b>Maschi</b>	<b>eroina</b>	21.4	27.3	5.9
	<b>cocaina</b>	23.3	29.3	6.0
	<b>cannabis</b>	19.0	25.3	6.3

**Figura 9.7** Età di primo uso, età di primo trattamento e tempo di latenza per sesso degli utenti SerT in Umbria. Anni 2012-2013.



clinica informatizzata; tuttavia la qualità dei dati inseriti è ancora da consolidare, per cui si è ritenuto

opportuno utilizzare per questo rapporto i dati che il Ministero della Salute, per tramite delle Regioni, rileva con cadenza annuale, tramite schede cartacee, per la redazione di una specifica Relazione al Parlamento, anche per consentire il confronto tra i dati regionali e quelli nazionali, nonchè osservare i cambiamenti avvenuti nel corso degli ultimi dieci anni.

Il numero complessivo degli utenti (Tabella 9.8) è quasi raddoppiato nel periodo 2003- 2012, mantenendo costante il rapporto maschi/ femmine, stabilmente superiore a quello nazionale. Sulla base della popolazione residente in Umbria al 2011, tenendo conto della percentuale indicata dall'OMS della prevalenza presunta di alcol-dipendenza in Italia pari allo 0,6% della popolazione di età superiore ai 15 anni, risulta che quasi il 50% delle persone con problemi di alcolodipendenza sono state prese in carico: la percentuale calcolata sulla base dei dati nazionali risulta sensibilmente più bassa, del 23,3%.

**Tabella 9.8** Utenti totali servizi di alcologia

2003	M	F	Tot	M/F
Umbria	1.159	263	1.422	4,4
Italia	38.620	12.566	51.186	3,3
2012	M	F	Tot	M/F
Umbria	2.100	463	2.563	4,5
Italia	54.431	15.339	69.770	3,3

Compreso nel trend generale di aumento dell'utenza, risulta stabile negli anni il rapporto tra nuovi utenti e utenti già in carico: ogni anno un utente su tre è di nuovo inserimento in trattamento (Tabella

9.9).

**Tabella 9.9** Utenti già in carico e nuovi utenti servizi di alcologia

		M	F	Tot	M/F
<b>2003</b>					
<b>In carico</b>	Umbria	789	176	965	4,5
	Italia	23.635	8.271	31.906	2,9
<b>Nuovi</b>	Umbria	370	87	457	4,3
	Italia	14.985	4.295	19.280	3,5
<b>2012</b>					
<b>In carico</b>	Umbria	1.266	297	1.563	4,3
	Italia	38.205	10.942	49.147	3,5
<b>Nuovi</b>	Umbria	834	166	1.000	5,0
	Italia	16.226	4.397	20.623	3,7

L'età media degli utenti non mostra variazioni significative nel periodo esaminato: risulta sensibilmente inferiore alla media nazionale (Tabella 9.10).

**Tabella 9.10** Utenti già in carico e nuovi utenti servizi di alcologia

		M	F	Tot
<b>2003</b>				
<b>Totali</b>	Umbria	41,2	43,8	41,7
	Italia	44,7	47,2	45,3
<b>Nuovi</b>	Umbria	36,9	40,9	39,9
	Italia	43,0	45,9	43,7
<b>2012</b>				
<b>Totali</b>	Umbria	41,4	44,6	42,0
	Italia	45,5	47,3	45,9
<b>Nuovi</b>	Umbria	41,6	43,9	42,0
	Italia	43,6	44,9	43,9

I programmi di trattamento rivolti agli utenti e alle loro famiglie messi in atto nei servizi di alcologia (espressi in percentuale di soggetti trattati per tipologie di programma prevalente) sono riporta-

ti nella Tabella 9.11. Fin dalle prime rilevazioni, nei servizi della nostra regione prevale una modalità di intervento multimodale in cui il trattamento medico-farmacologico viene attuato in una percentuale abbastanza limitata, prevalendo l'approccio di counseling (a livello individuale e familiare) e l'inserimento nei gruppi di auto-aiuto.

Questi dati, pur mostrando una diminuzione costante negli anni, risultano sempre significativamente superiori alla media nazionale. Risultano sensibilmente in aumento i trattamenti psicoterapeutici, chiara conseguenza dell'inserimento delle corrispondenti figure professionali negli organici dei servizi regionali. Gli inserimenti in Comunità Terapeutiche per trattamenti residenziali o semi-residenziali riguardano una percentuale molto limitata di utenti (2,6%). Nel corso degli anni sono diminuiti i ricoveri ospedalieri degli utenti per dipendenza o altre patologie alcol-correlate; si osserva invece un lieve aumento dei ricoveri in reparti specialistici per trattamenti di disintossicazione e prima riabilitazione, superiore al dato nazionale.

**Tabella 9.11** Trattamenti servizi di alcologia

Trattamento	Umbria	Umbria	Italia	Italia
	2003	2012	2003	2012
Medico-farmacologico	18,0	16,3	28,5	27,3
Psicoterapeutico	7,8	11,9	11,8	11,0
Counseling	43,5	45,1	24,4	26,5
Gruppi auto-aiuto	18,6	12,3	11,4	6,3
Socio-riabilitativo	3,7	7,5	12,7	13,5
Comunità	2,9	2,6	2,3	2,6
Ricovero ospedaliero	1,9	1,5	5,4	2,8
Ricovero casa di cura	2,1	2,8	1,9	1,2

La grande maggioranza dei servizi di alcologia svolge attività di collaborazione con volontariato e privato sociale: Gruppi di auto mutuo aiuto (Club Alcologici Territoriali, Alcolisti Anonimi, altri gruppi), Comunità Terapeutiche, Cooperative sociali per servizi socio-sanitari, educativi e di inserimento lavorativo. Nel corso degli anni si è ulteriormente sviluppata la rete dell'auto mutuo aiuto, con conseguenti minori difficoltà di accesso per l'utenza. Nella pratica operativa si può rilevare che le modalità più efficaci di trattamento si ottengono quando i due sistemi (servizi pubblici e volontariato) collaborano e procedono in parallelo, senza accampare conflitti di interesse che si riflettono soltanto in ulteriori disagi per gli utenti e le loro famiglie.

### 9.3 Utenti accolti per gioco d'azzardo patologico

Le attività per la prevenzione ed il trattamento del Gioco d'azzardo patologico sono state inserite nei Livelli Essenziali di Assistenza (ovvero le prestazioni a carico della sanità pubblica) solo alla fine del 2012 (con il cd. decreto Balduzzi), tuttavia i servizi già negli anni precedenti avevano cominciato ad approntare una risposta strutturata alla richiesta di aiuto che giungeva sempre più frequentemente da parte di giocatori patologici e loro familiari.

Presso tutti i dipartimenti per le dipendenze del-

le 4 ex ASL è stato attivato almeno un punto di accoglienza e presa in carico dei giocatori, in alcuni casi associato ad altri servizi (SerT o servizi di psicologia) ed in altri in unità operative specifiche. Gli utenti presi in carico sono in incremento negli anni; nella tabella seguente sono riportati i dati generali di utenza dei servizi ASL relativi al 2013.

**Tabella 9.12** Utenti in carico ai servizi per le dipendenze per Gioco d'Azzardo Patologico. Umbria, anno 2013

ASL	Utenti
Ex ASL 1	20
Ex ASL 2	84
Ex ASL 3	46
Ex ASL 4	39
Totale	189

---

## Le strategie di riduzione del danno

---

Nell'ambito della strategia complessiva indicata dall'Osservatorio europeo nei confronti dei problemi connessi al consumo di sostanze psicoattive, la riduzione del danno costituisce uno dei capisaldi, accanto alle altre aree di intervento finalizzate a ridurre la domanda (prevenzione e trattamento, associato all'inserimento sociale) e agli interventi di contrasto dell'offerta. Secondo una definizione ormai accreditata, la riduzione del danno mira, attraverso una politica mite, pragmatica e negoziale che parte da una presa d'atto della diffusione dei fenomeni di consumo delle sostanze psicoattive, a limitare i rischi e i danni correlati; i servizi di riduzione del danno intercettano i consumatori di sostanze nei contesti più vicini al consumo ed acquisiscono quindi, in particolare, un ruolo incisivo nella prevenzione dei comportamenti a rischio.

Gli interventi di strada promuovono l'adozione di semplici misure e comportamenti relativi alle mo-

dalità e al contesto di utilizzazione delle sostanze, sostenendo di volta in volta quelle prassi che tendono verso la diminuzione dei danni correlati all'assunzione di sostanze; con il coinvolgimento dei consumatori stessi, vengono inoltre promossi interventi di peer education, la costruzione di network di supporto e forme svariate di auto organizzazione, quali veicoli per la diffusione di messaggi informativi e come strumenti di *aggancio* tra gli utilizzatori di sostanze ed i servizi sociosanitari.

Lo scopo di questi interventi, in un'ottica graduale e progressiva, è in primo luogo quello di introdurre nel contesto territoriale la presenza stabile di operatori e stabilire relazioni significative con i consumatori; quindi, ridurre i problemi sanitari legati all'uso di sostanze nei consumatori stessi (trasmissione di malattie infettive quali AIDS ed epatiti, overdose, poliassunzioni, stati di debilitazione fisica) e nella popolazione (pericolo di contagio per

siringhe abbandonate o rapporti sessuali); dare una lettura dei bisogni presenti sulla strada; ridurre l'esclusione sociale dei consumatori e le distanze tra questi ultimi ed i servizi socio-sanitari; promuovere percorsi individuali di cambiamento verso situazioni drug-free e/o di reinserimento sociale.

Col tempo a questo tipo di attività si è aggiunta un'azione specifica di *Riduzione del Rischio*, schematizzabile come insieme di interventi finalizzati alla prevenzione e alla riduzione dei rischi connessi al consumo di sostanze psicoattive nei contesti dell'aggregazione e del divertimento giovanile. Rispetto a questo versante di intervento, appare interessante analizzare come i tratti caratterizzanti dei fenomeni di consumo possano essere posti in relazione con i giovani intesi come soggetti che esprimono una loro cultura, esplicano pratiche sociali, sviluppano modalità aggregative.

Per capire meglio questa dinamica, nel corso del tempo le Unità di Strada hanno sperimentato e consolidato tecniche e metodi di lavoro che si dislocano, con modalità flessibili, direttamente negli ambiti di aggregazione e di consumo, facilitando la lettura dei cambiamenti repentini che attraversano un mondo estremamente eterogeneo, costituito da luoghi diversi e specifici, linguaggi in continua evoluzione, richieste e bisogni tra i più disparati.

Su un quadro di tal genere si inserisce un intervento volto al contenimento dei fattori rischiosi di alcuni stili e contesti di consumo o divertimento, che si sviluppa attraverso attività di tipo informativo, preventivo e di coinvolgimento diretto, volte

a promuovere l'introduzione e l'assunzione di elementi di autotutela al fine di limitare i possibili effetti negativi del consumo di droghe e/o sostanze psicoattive legali.

E' un tipo di intervento che mutua alcuni aspetti dall'attività di prevenzione (l'aspetto relazionale, la continuità della presenza e dell'accompagnamento, la promozione di una responsabilizzazione attiva) ed altri prossimi alla sfera della riduzione del danno (la fornitura di strumenti di profilassi, di informazioni e saperi per il contenimento dei rischi sanitari e sociali connessi a situazioni di consumo).

L'intervento è finalizzato all'aumento della consapevolezza e del coinvolgimento diretto dei consumatori contattati, anche attraverso la promozione di stili di vita salutari ed il rafforzamento delle "competenze" psicologiche e relazionali, e tenendo sempre conto dei diversi livelli di rischio per la salute connessi con periodi della vita e situazioni specifiche (ad esempio, la prima adolescenza, la gravidanza, la guida sotto l'effetto di alcol e stupefacenti).

Tutte queste diverse tipologie di intervento si muovono all'interno di un costante lavoro di rete, sia con altri servizi o realtà territoriali di prevenzione e di presa in carico, sia con altri soggetti significativi all'interno delle comunità locali (le istituzioni locali, le forze dell'ordine, i gestori dei locali, associazionismo ecc.).

Infine, tra gli obiettivi delle unità di strada rientrano anche azioni rivolte alla cittadinanza, in partico-

lare azioni di prevenzione e mediazione di eventuali conflitti che coinvolgano gruppi di consumatori e strategie mirate di inclusione rivolte a questi target.

## 10.1 Il coordinamento tecnico regionale

In Umbria fino al 2010 erano attive 5 Unità di Strada, mentre dall'anno 2011 ne sono rimaste 3, cioè quelle di Perugia, Foligno e Città di Castello, poiché per il mancato rifinanziamento del servizio, le Unità di Strada di Terni ed Orvieto hanno sospeso le loro attività; è inoltre attivo 1 Centro a bassa soglia (drop in), a Perugia, associato ad un servizio mensa e ad un ostello notturno.

Nel corso delle loro attività, le diverse equipe hanno evidenziato la necessità di un raccordo continuativo tra di loro, tale da consentire una lettura globale dei fenomeni - raccordo necessario data l'evidenza del nomadismo dei consumatori tra i diversi territori della regione, che richiede la costruzione di percorsi contraddistinti dalla continuità degli interventi - ed una univocità metodologica ed operativa nel contesto regionale.

Questa esigenza è stata recepita con la costituzione formale del Coordinamento tecnico regionale delle unità di strada e centri a bassa soglia, che riconosce tra i propri obiettivi quello di contribuire al raggiungimento, in ambito regionale, di una sufficiente omogeneità e completezza degli inter-

venti socio-sanitari in tema di dipendenze: obiettivo che appare raggiungibile solo garantendo nei territori la presenza di una completa ed efficace rete di servizi. Un richiamo specifico, a questo proposito, merita l'avvenuta chiusura dell'esperienza delle unità di strada di Terni e di Orvieto, che ha avuto come conseguenza non solo la mutilazione dell'intervento strategico complessivo di livello locale, con l'eliminazione di un segmento specifico importante, ma anche il venir meno di un lavoro regionale coordinato, capace di fornire informazioni e lettura complessiva dei fenomeni e di sviluppare interventi ad ampia diffusione.

## 10.2 Dati di attività

Nell'ambito del coordinamento tecnico regionale, i servizi di prossimità (ovvero unità di strada e centri a bassa soglia) si sono dotati di un sistema unico di rilevazione delle attività, cosicché è disponibile un insieme omogeneo di dati che restituisce le dimensioni del lavoro svolto.

Lo strumento di base utilizzato dagli operatori di questi servizi nel lavoro quotidiano è la relazione che viene instaurata con l'utente nell'immediatezza del contatto interpersonale occasionale, definita tecnicamente *a legame debole*, che non prevede la richiesta all'utente di dati anagrafici né alcuna condizione limitante la possibilità di accesso, ma costituisce un veicolo prezioso per la diffusione di informazioni (con l'ausilio di idoneo materiale informativo), la distribuzione di presidi sanitari uti-

li a ridurre i principali rischi connessi al consumo di sostanze, l'orientamento ed accompagnamento verso servizi e presidi di diversa natura (servizi sanitari e sociali, strutture di accoglienza, volontariato, ecc.), ed inoltre in molti casi consente di preparare il terreno verso il consolidamento di una relazione terapeutica più stabile, propedeutica all'avvio di percorsi di cambiamento.

Questa modalità di approccio consente alle persone che non sono in contatto con i servizi di accedere ad un primo livello di ascolto e di sostegno all'interno della rete, con l'obiettivo di promuovere poi il passaggio ad ulteriori livelli di presa in carico.

Se la metodologia di approccio specifica dei servizi di prossimità non consente di rilevare informazioni standardizzate sulle caratteristiche degli utenti, d'altro canto vengono costantemente rilevate le prestazioni effettuate, dalle quali si ricava un quadro delle attività e del volume degli accessi; nella tabella 10.1, sono riportati i dati riferiti all'anno 2011.

Le unità di strada hanno inoltre partecipato alla realizzazione di alcuni progetti nazionali significativi, tra cui si segnalano il progetto *Emergenza Overdose: intervento integrato per ridurre la mortalità per overdose in Umbria*, il progetto *"Nuovi comportamenti di consumo: prevenzione e riduzione dei rischi"* e il *"Progetto di prevenzione selettiva in materia di nuove droghe"*. Attualmente è in corso un progetto di iniziativa regionale, *"Il sistema della prossimità nei confronti dell'abuso di sostanze e delle dipendenze. Sperimentazione di assetti*

**Tabella 10.1** Attività delle Unità di strada e dei Centri a bassa soglia, anno 2011

	Uds			
	Perugia	Cabs Perugia	Città di Castello	Foligno
<b>Contatti</b>	7.096	14.947	897	901
<b>Accompagnamenti</b>	216	102	41	37
<b>Materiali informativi</b>	1.018	1.523	1.982	2.054
<b>Siringhe</b>	10.141	18.585	294	817
<b>Siringhe scambiate</b>	7.919	13.556	-	232
<b>Acqua distillata</b>	4.084	7.201	-	-
<b>Condom</b>	3.710	1.457	600	585
<b>Narcan</b>	443	353	92	107
<b>Counseling</b>	607	679	-	-

*organizzativi ed approcci metodologici innovativi, per la prevenzione della mortalità per overdose e dei rischi connessi al policonsumo"*, che mira al potenziamento degli interventi di prossimità e al rinnovamento degli approcci utilizzati.

Le attività di contrasto all'offerta

*Si ritiene doverosa una breve analisi dell'attività delle Forze dell'Ordine nei confronti del fenomeno droga nell'anno 2012 relativamente all'Umbria e alle sue province, con particolare attenzione a quella di Perugia, cioè il territorio in cui si concentra la gran parte del mercato di sostanze illegali. Il traffico internazionale di stupefacenti è il business più redditizio al mondo, rendendolo elemento centrale nella rete dei circuiti finanziari internazionali, rendendolo un tema di sicurezza sociale, di legalità, di salute e di qualità dello sviluppo. Accanto alle grandi organizzazioni criminali, si sedimentano reti locali fondate su corruzione, connivenza e ambiguità. I dati presentati sono tratti dalla Relazione Annuale della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA). Risulta cruciale per noi guardare nelle strategie degli organismi investigativi e, più in generale, leggere una serie di dati relativi all'azione di contrasto insieme a tutto il quadro degli*

*indicatori. Ne emerge, a prima vista, un quadro decisamente complesso, ove le relazioni tra i pattern di consumo, gli scenari del mercato e il trend delle operazioni antidroga non appaiono chiarissime. Sicuramente l'interpretazione del quadro d'insieme del numero delle operazioni, dei sequestri di sostanze e delle segnalazioni all'autorità giudiziaria non appare agevole, e necessita comunque, ai fini di una adeguata comprensione di alcune dinamiche, di opportuni approfondimenti. Le operazioni di investigazione si muovono su archi temporali superiori ad un anno e diventa difficile collocare spazialmente l'operazione di contrasto rispetto al mercato di destinazione.*

Nel 2012 sono state condotte in Umbria 413 operazioni antidroga, mentre erano 420 nel 2011. Le attività legate alle operazioni di sequestro sembrano essere cresciute negli anni precedenti alla

2008, ad un livello che poi è rimasto stabile. Nel 2012 la provincia di Perugia, con un totale di 334 operazioni, emerge come valore assoluto rispetto a Terni, con 79. Confrontando questo quadro con il 2011 si evidenzia un aumento delle operazioni in provincia di Perugia (+7,40%), e un decremento in provincia di Terni (-28,18%).

679 sono state le segnalazioni all'autorità giudiziaria per motivi di droga, con un decremento del 14% rispetto all'anno precedente. La percentuale di stranieri segnalati in Umbria si attesta al 65% (442 stranieri segnalati), con una quota particolarmente rilevante nella provincia di Perugia (365). In particolare si rileva che la diminuzione di segnalazioni all'autorità giudiziaria è tutta imputabile alle minori segnalazioni a carico degli italiani, mentre resta pressochè invariato il dato degli stranieri.

Nel 2012 analogamente alle operazioni, il primato per numero delle denunce per violazione della normativa sulla droga appartiene alla provincia di Perugia, con 539 segnalazioni; segue Terni con 140. Rispetto al 2011 si sono avuti decrementi percentuali in entrambe le province (Perugia -13%, Terni -17%).

Le denunce per il reato di associazione finalizzata al traffico sono state rilevate solo a Perugia (70).

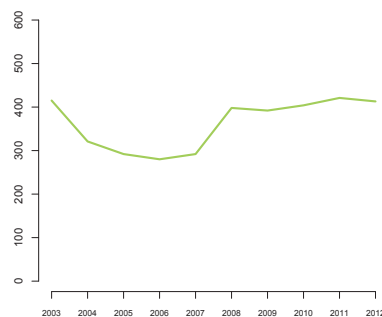
Le denunce a carico di minori sono state 8, con una flessione importante rispetto al 2011 (-53%).

Le denunce hanno riguardato per il 90% il reato di traffico illecito e per il restante 10% quello di associazione finalizzata al traffico.

Nell'ultimo decennio i valori più alti di denunce per reati connessi alla droga si sono registrati nel 2010 (978) e nel 2011 (780); i dati più bassi nel 2005 (551) e nel 2006 (552).

Le operazioni antidroga hanno avuto un incremento dal 2007 al 2008, successivamente si sono mantenute più o meno sullo stesso livello (Figura 11.1).

Figura 11.1 Operazioni antidroga in Umbria. Anni 2003-2012



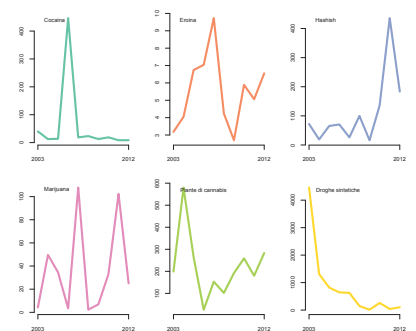
Per i sequestri di stupefacenti nel 2012 la provincia di Perugia (con un totale di kg 176,62) emerge come valore assoluto rispetto a quella di Terni (con un totale di kg 47). Rispetto al 2011 si è verificato un aumento consistente di sequestri in provincia di Perugia (+52%) e un decremento in provincia di Terni (-89%).

La composizione per sostanza varia sensibilmente. Nella provincia di Perugia sono stati se-

questrati 5,96 Kg di eroina a fronte degli 0,59 di Terni, mentre per quel che riguarda la cocaina in provincia di Terni è stato sequestrato il quantitativo maggiore, pari a 5,06 Kg (3,39 Kg a Perugia).

Se analizziamo le serie storiche decennali, notiamo una certa volatilità. I picchi massimi sono stati rilevati: per l'eroina nel 2007 (kg 9); per la cocaina nel 2006 (kg 446); per l'hashish nel 2011 (kg 435); per la marijuana nel 2007 (kg 107) e per le droghe sintetiche nel 2003 (4.458 pastiglie). La cocaina, pur presentando un problema rilevante dal punto di vista dei consumi, appare negli ultimi anni meno interessata dai sequestri. Dal 2009 si nota piuttosto una maggiore attività nei confronti dell'eroina. I quantitativi sequestrati nel 2012 han-

Figura 11.2 Sequestri in Umbria per sostanza. Anni 2003-2012, 2003=100



no segnato il passo rispetto al 2011 (-60%), il calo

più vistoso dopo quello della Toscana. Nello stesso anno in Italia si è raggiunto il picco di sostanze sequestrate nel decennio, con più di 50 tonnellate (+ 27% rispetto all'anno precedente). In Umbria sono stati sequestrati 224 Kg di sostanze stupefacenti (cocaina, eroina, hashish, marijuana, droghe sintetiche e altre droghe).

Per quanto riguarda il tipo di sostanze, nel 2012 in Umbria, sono stati effettuati sequestri di cocaina per 8,45 Kg (-1% rispetto al 2011), di eroina per 6,55 Kg (+29% rispetto al 2011), di hashish per 183,43 Kg (-58% rispetto al 2011) e di marijuana per 25,02 Kg (-76% rispetto al 2011).



---

### I dati dei NOT della prefettura

---

Nel corso della attività istituzionale relativa alla applicazione dell'art. 75 del DPR 9 ottobre 1990, il Nucleo operativo per le tossicodipendenze (NOT) della Prefettura raccoglie sistematicamente dati statistici e conoscitivi sui soggetti segnalati dalle Forze dell'ordine per detenzione per uso personale di sostanze psicoattive.

La segnalazione al Prefetto ai sensi dell'articolo 75 costituisce la parte emergente di un consumo in larga parte sommerso, in quanto illecito, stigmatizzato e socialmente disapprovato e risente di variabili, quali ad esempio le politiche e le strategie di contrasto poste in opera dalle forze di polizia, che sono indipendenti e si pongono finalità diverse dalla lettura dell'evoluzione del fenomeno stesso.

In tal senso, il possibile aumento delle segnalazioni non implica necessariamente un incremento del consumo, ma può essere effetto anche sol-

tanto di un maggior numero dei controlli di polizia, di una loro maggiore incisività ed efficacia, di una diversa distribuzione nel tempo e nel territorio.

Tuttavia, nella consapevolezza dei limiti oggettivi e metodologici propri della banca dati del NOT, le informazioni raccolte costituiscono una delle possibili chiavi di lettura delle tendenze di trasformazione o di consolidamento nel rapporto fra la popolazione della provincia (specie quella giovanile) ed il mondo delle sostanze psicoattive.

Le informazioni necessarie alla elaborazione in forma anonima dei dati vengono acquisite in parte dalla segnalazione inviata dagli organi accertatori, in parte a seguito del colloquio previsto dalla citata normativa, che viene effettuato in Prefettura con le persone segnalate per detenzione di sostanze stupefacenti. La gran parte delle informazioni raccolte viene pertanto validata dal colloquio effettuato con l'assistente sociale, cioè da un con-

tatto che permette di arricchire di contenuti esperienziali diretti il patrimonio conoscitivo fornito dalle segnalazioni delle Forze dell'Ordine.

I dati riportati di seguito riguardano le segnalazioni per fatti accaduti nel periodo 2006 - 2012 e sono stati rilevati nel mese di marzo dell'anno 2013.

Tali dati sono suscettibili di qualche limitato scostamento in caso di rilevazioni successive, per il possibile invio da parte della Autorità Giudiziaria di ulteriori segnalazioni a seguito della archiviazione di procedimenti inizialmente penali e per la ritardata o incompleta lavorazione del fascicolo d'origine.

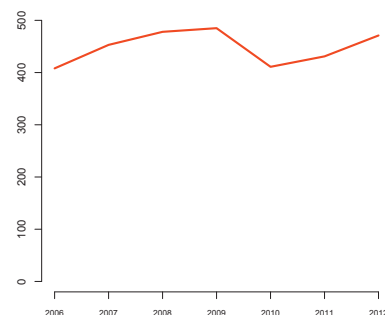
Il numero delle segnalazioni, che risulta sostanzialmente stabile nel corso degli anni, conferma quanto detto in premessa circa l'origine dei dati disponibili, che derivando dai controlli effettuati dalle Forze dell'Ordine non possono essere letti come indicativi del consumo, ma solo di quella parte del fenomeno portato ad emersione nel corso dell'attività di repressione e contrasto nel territorio provinciale.

Per qual che riguarda le segnalazioni ex art. 75 dPR 309/90, si va dal minimo di 408 segnalazioni registrate nel 2006 al massimo di 485 nel 2009.

Le segnalazioni riguardano per oltre il 90 per cento soggetti maschi. Si registra comunque un numero crescente di femmine, che dal 7,8% del 2006 sono passate al 10% del 2012.

In generale, ed anche nel corso degli anni 2006-2012, le segnalazioni riguardano per oltre

**Figura 12.1** Segnalazioni ex art. 75 dPR 309/90. Prefettura di Perugia, anni 2006-2012



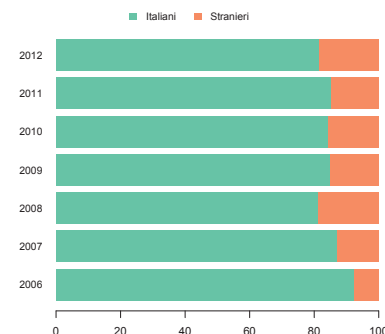
l'80% cittadini italiani. Si rileva tuttavia un aumento costante delle segnalazioni a carico di cittadini stranieri, che nel 2012 sono 87 (il 18,5% del totale).

Dall'analisi dei dati si evidenzia nel tempo la prevalenza dei soggetti in età compresa tra i 20 e 24 anni. La maggior parte delle segnalazioni si concentrano tra i 20-29 anni. Nella fascia dei trentenni si nota come coloro che hanno un'età compresa tra i 34-39 anni siano i meno rappresentati. Da sottolineare il costante aumento di persone che hanno più di 45 anni.

Il consumo di sostanze stupefacenti pare quindi associarsi prevalentemente al mondo giovanile, ma le età successive non ne sono estranee.

Dal 2006 al 2012 i minorenni complessivamente

**Figura 12.2** Segnalazioni ex art. 75 dPR 309/90. Prefettura di Perugia, anni 2006-2012. Distribuzione italiani e stranieri



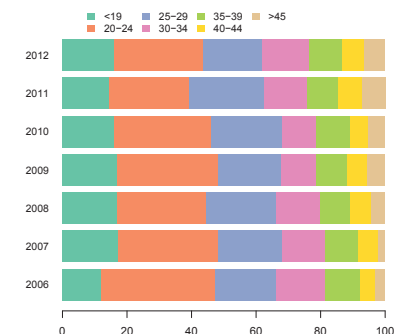
segnalati sono stati 205, pari al 6,5% del totale delle segnalazioni. Si evidenzia un aumento costante e significativo nella fascia di età dei 16enni.

L'analisi dei dati sulle sostanze sequestrate a livello provinciale nell'ambito del procedimento previsto dall'art. 75 del dPR 309/90, evidenzia come i cannabinoidi (hashish e marijuana) costituiscano oltre la metà delle sostanze sequestrate (Figura 12.4).

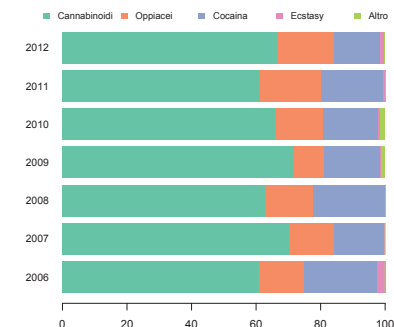
Nel periodo 2006-2010 si osserva una sostanziale stabilità (intorno al 14% del totale) delle segnalazioni per detenzione di eroina, con l'unica eccezione del 2009 quando si registra una sensibile diminuzione (9,1%).

Nel 2011-2012 si evidenzia invece un aumento, che porta le segnalazioni per detenzione di eroi-

**Figura 12.3** Segnalazioni ex art. 75 dPR 309/90. Prefettura di Perugia, anni 2006-2012. Distribuzione per età



**Figura 12.4** Segnalazioni ex art. 75 dPR 309/90. Prefettura di Perugia, anni 2006-2012. Distribuzione per sostanza



na su livelli superiori a quelli degli anni precedenti, fino a superare, nel 2012, quelle per cocaina.

La cocaina rappresenta fino al 2011, quando si registra un sostanziale riavvicinamento dell'eroina, la sostanza più associata alla segnalazione dopo hashish/marijuana.

I pochi casi di segnalazioni per detenzione di ecstasy e metanfetamine sembrano indicare che tale mercato, in riferimento all'uso personale, non venga intercettato nelle operazioni di contrasto.

Per quanto riguarda invece altre sostanze psicoattive, sono pervenute, in alcuni anni, singole segnalazioni per detenzione di LSD e, solo nel 2009 e 2010, alcuni casi di detenzione di ketamina.

## **Parte IV**

# **La valutazione delle politiche per le dipendenze in Umbria**

---

La valutazione delle politiche per le dipendenze in Umbria: un'esperienza di  
ricerca qualitativa - *Capitolo a cura di Claudio Bezzi*

---

### 13.1 Introduzione

Nell'ambito dell'attenzione che la Regione Umbria pone al tema delle dipendenze è in corso da tempo l'implementazione di un sistema informativo che fornisce una cospicua mole di dati utili per la quantificazione del fenomeno, la sua descrizione, l'analisi delle componenti e delle dinamiche principali. Mancava un aspetto qualitativo relativo ai significati, agli umori dei protagonisti, all'opinione degli operatori e una proiezione nel medio periodo che consentisse di capire dove si stia andando, quali conseguenze ci saranno sui servizi a causa della crisi, quale l'evoluzione del fenomeno. Questo insieme di problematiche è stato affrontato, nel 2013, con un'indagine ad hoc che ha avuto queste caratteristiche:

- un approccio partecipato per consentire

a questo primo esperimento valutativo di coinvolgere attivamente gli operatori delle dipendenze in Umbria in un processo condiviso;

- una pluralità di interventi, con tecniche differenti, per osservare elementi diversi del problema;
- una relativa semplicità di approccio per una più facile comprensione, accettazione e successiva divulgazione di quanto analizzato, sempre in un'ottica partecipativa e di "ingresso" della valutazione fra gli operatori;
- un limite, infine, nel confronto solo con operatori e altri esperti senza intervenire sugli utenti e loro famiglie; questo limite è consapevole, non si tratta di una scelta ma di semplici ra-

gioni organizzative che non hanno consentito diversamente per questo primo intervento.

La ricerca, svolta fra la primavera e l'autunno del 2013, ha incluso le seguenti attività: (1) **Analisi con gli operatori umbri delle dipendenze** per comprendere i loro punti di vista sui problemi, i punti di forza e di debolezza, le possibili soluzioni. Questa analisi è stata realizzata con dieci focus group: cinque focus group con operatori, con diversa professionalità, di ciascuno dei quattro ex dipartimenti delle ASL (prima del recente accorpamento che le ha ridotte a due), più uno di approfondimento tematico con operatori dei servizi di alcolologia di tutta l'Umbria; successivi cinque focus group con operatori della rete di servizi (incluso volontariato, comunità) che si muove attorno ai SerT (sempre nella logica dei quattro ex dipartimenti più uno di approfondimento per alcolologia). Questo secondo ciclo ha vista la presenza anche di alcuni operatori SerT per consentire un migliore dibattito nel gruppo. (2) **Analisi con esperti (umbri e nazionali)** sull'evoluzione del problema delle dipendenze e costruzione di ipotesi di scenario a breve termine, tramite analisi Delphi<sup>1</sup>.

La sintesi di questo lavoro è volutamente restituita in un modo discorsivo per favorirne la diffusione. Per quanto riguarda la tecnica dei focus group

<sup>1</sup> Il metodo Delphi è una tecnica usata per ottenere risposte ad un problema da un gruppo (panel) di esperti indipendenti attraverso due o tre round. Dopo ogni round un amministratore fornisce un anonimo sommario delle risposte degli esperti e le loro ragioni

e della Delphi si rimanda alle note metodologiche in fondo al capitolo.

L'ultima avvertenza riguarda il fatto che, dal momento della conclusione dell'indagine, sono intervenute alcune novità, tra cui i cambiamenti alla legge Fini-Giovanardi introdotti dal Parlamento per adeguare le norme alle sentenze della Corte Costituzionale, una ristrutturazione del Dipartimento Politiche Antidroga e una serie ulteriore di norme che hanno prodotto un primo alleggerimento della situazione carceraria. Queste evoluzioni erano state fortemente auspiccate da larga parte dei professionisti coinvolti nell'attività di valutazione.

## 13.2 Il giudizio degli operatori

### 13.2.1 Il focus di Perugia

Il gruppo di Perugia ha mostrato, assai più degli altri, un clima sostanzialmente più negativo e problematico con riferimento al clima esterno e a quello che qualcuno ha chiamato un "attacco della politica contro i SerT". Vera o presunta, questa percepita critica attorno al loro lavoro (o quanto meno un abbandono, un allentamento dell'attenzione), ritenuta ingiusta e non argomentata, ha creato in alcuni - in particolare del SerT perugino - una situazione di disagio che viene acuita dalla mancanza di ricambio degli operatori dal non vedere "eredi" della professionalità acquisita. Ciò risulta frustrante in un gruppo, oggettivamente invecchiato, specie a fronte dell'evoluzione del fe-

nomeno (nuovi bisogni, utenti stranieri, nuove sostanze). Trattando di problemi più specifici il gruppo segnala la scarsità di personale in due sensi: come mancanza di scambio (fra psicologi, fra medici) e come mancanza di figure specifiche: infermieri, educatori, psicologi etc (specie nei SerT più piccoli). Viene segnalata la drammatica mancanza di spazi (ad esempio la psicologa senza una stanza sua per i colloqui), la progressiva riduzione di risorse e strumenti, la scarsità di strutture intermedie. Infine si segnala la difficile finalizzazione del lavoro, per esempio con un progetto lavorativo, per le enormi difficoltà contestuali amplificate dalla mancanza di risorse; oppure per un rientro in famiglia visto il mutamento dell'organizzazione familiare, meno disponibile di una volta. A Perugia, in particolare, questi ultimi problemi appaiono particolarmente gravi anche per la presenza di numerosi stranieri (spesso clandestini) che si rivolgono al SerT senza la possibilità di un adeguato intervento (vengono proposti diversi esempi specifici, dalla mancanza del mediatore culturale alla scarsa capienza della mensa Caritas, difficile risposta dei servizi sociali comunali a loro volta senza risorse etc). Viene comunque sottolineato come il gruppo degli operatori sia stabile e coeso, con buona formazione, e la molteplicità di figure presenti restituiscono all'utente la dignità di "persone", e non solo di "tossicodipendenti", malgrado gli stereotipi sociali che gravano su loro e, conseguentemente, sui SerT. In alcuni casi vengono raccontate soluzioni "inventate" da operatori per sopperire alle difficoltà

organizzative e gestionali (in particolare attività di prevenzione, con rapporti con le scuole e altri servizi etc); questo viene descritto come gratificante, ma al contempo pesante gravando tutto sulle spalle degli operatori. Anche la capacità di rapportarsi ad altre professionalità della rete viene imputata a capacità personali e volontarie, e non in maniera strutturata.

**Tabella 13.1** Il focus group di Perugia, gli indicatori e i loro punteggi.

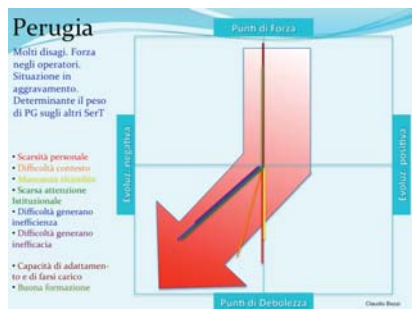
**Valore 1** (da 1, scarsa rilevanza a 5, alta rilevanza); **Valore 2**(0: nessun mutamento nei prossimi due anni; +1,+2, etc evoluzione via via più positiva; -1,-2,etc evoluzione via via più negativa).

Elementi Negativi	Valore 1	Valore 2
Scarsità di personale o specifiche figure	4	0
Difficoltà di contesto, cambiano i bisogni	4	-1
Mancanza di ricambio e trasmissione di competenze	3	0
Abbandono delle Istituzioni e stereotipi culturali	5	-3
Logistica carente (stanze), scarso budget, mancanza servizi intermedi	5	-3
Complessità dei problemi a fronte delle difficoltà; stranieri; famiglie cambiate	4	-3
Elementi Positivi		
Capacità di adattarsi e farsi carico, sopprimere, cercare reti informali	5	0
Buona formazione generalizzata	4	0

### 13.2.2 Il focus dell'Alta Valle del Tevere

Per certi versi questo focus presenta elementi contrari al precedente, probabilmente per il fatto che ha raccolto operatori di piccoli SerT con indiscutibili problemi organizzativi e pratici (come tutti) ma un diverso sguardo prospettico do-

Figura 13.1 Il focus group di Perugia



vuto probabilmente a una buona integrazione col territorio.

I problemi specifici riguardano la scarsità degli operatori e la conseguente continua emergenza priva di programmazione. Di conseguenza si lavora sulla cronicità (tema molto dibattuto, sul quale non tutti hanno concordato) e non si riesce sempre a fare cose innovative e di prevenzione. Non si comunica bene fra operatori, e questo rende più faticoso il lavoro. Le richieste sono enormi e in crescita, in una società sempre più complessa, e appare difficile pensare di dare risposte adeguate a tutti. Una risposta nell'ascolto del paziente è resa difficile dalle condizioni organizzative (ad esempio la mancanza di spazi). Complessivamente questi problemi generano frustrazione.

Si riscontra una buona sensibilità della Direzione dell'ASL, della Regione etc e si vede un'evol-

uzione positiva dei servizi. Diversi partecipanti dichiarano espressamente di amare il proprio lavoro e vengono citate alcune esperienze buone, ma non generalizzabili, di prevenzione o altro.

Tabella 13.2 Il focus group dell'Alta Valle del Tevere, gli indicatori e i loro punteggi.

Valore 1 (da 1, scarsa rilevanza a 5, alta rilevanza); Valore 2(0: nessun mutamento nei prossimi due anni; +1,+2, etc evoluzione via via più positiva; -1,-2,etc evoluzione via via più negativa).

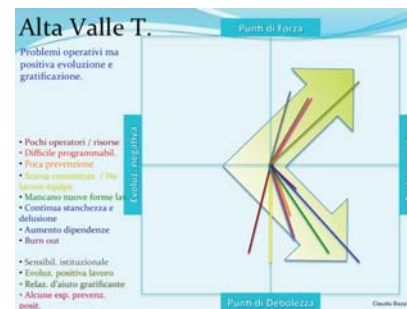
Elementi Negativi	Valore 1	Valore 2
Pochi operatori/risorse/spazi	4	0
Difficile programmabilità	3	+1
Poca prevenzione	2	+1
Scarsa comunicazione e lavoro di équipe	4	0
Mancano nuove forme di lavoro nel servizio	4	+2
Continua stanchezza e delusione	3	+1
Aumento delle dipendenze	5	+3
Burn out/Senso di colpa (indebito)	1	+2
Elementi Positivi		
Sensibilità ASL e Istituzioni	3	+1
Evoluzione positiva del lavoro	3	+2
La relazione d'aiuto è gratificante	4	+3
Alcune esperienze di prevenzione positive	3	+2

### 13.2.3 Il focus di Terni

Il gruppo ha espresso gravissimi problemi di struttura (soffitti cadenti, spazi insufficienti, mancanza risorse per strumenti di base come provette e siringhe) con specifica insistenza e gravità a Terni e Narni; ciò produce conseguenze operative e di efficacia che sono state ampiamente specificate nel gruppo con vari esempi.

Nel gruppo si registrano diverse importanti differenze fra i tre SerT. Sostanzialmente situazione

Figura 13.2 Il focus group dell'Alta Valle del Tevere



discreta a Orvieto, anche come gruppo di operatori, mentre a Terni - oltre alle già accennate problematiche strutturali - si registrano difficoltà organizzative, anche in conseguenza alla numerosità dell'utenza (e, per Terni, alla presenza del carcere). Nei SerT piccoli invece - Orvieto e Narni - com'è facile immaginare c'è carenza di personale e di figure specifiche (lo psicologo per esempio) ma c'è un buon rapporto con utenti e territorio.

I diversi problemi organizzativi e strutturali, declinati nella complessità e negli impegni crescenti, rendono difficile il lavoro, sostenuto comunque grazie alla riconosciuta buona formazione. In ogni caso il gruppo è concorde sulla buona risposta dei servizi, la prevenzione etc.

Occorre segnalare che in questo gruppo, più che negli altri, si è mostrata una grande diversità di situazioni e opinioni nei tre SerT. I punteggi

che seguono risentono della necessità di trovare valori condivisi, e quindi medi.

Tabella 13.3 Il focus group di Terni, gli indicatori e i loro punteggi.

Valore 1 (da 1, scarsa rilevanza a 5, alta rilevanza); Valore 2(0: nessun mutamento nei prossimi due anni; +1,+2, etc evoluzione via via più positiva; -1,-2,etc evoluzione via via più negativa).

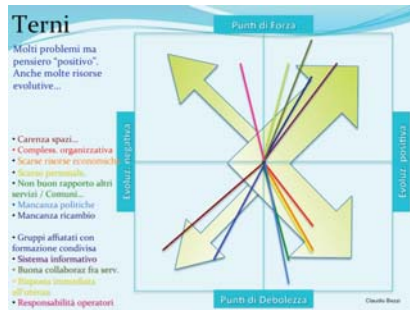
Elementi Negativi	Valore 1	Valore 2
Carenze spazi con conseguenze sul lavoro e l'utenza	5	-4
Complessità organizzativa con potenziali problemi comunicativi	3	+2
Scarsità risorse economiche	4	+2
Scarsità personale e figure specifiche	4	+2
Non buon rapporto altri servizi / comuni; situazioni marginalità	4	+1
Mancano politiche per questa utenza	5	+1
Mancanza di ricambio generazionale e trasmissione di competenze	5	+1
Elementi Positivi		
Generalmente buoni gruppi affiatati con obiettivi e formazione condivisa	4	+2
Sistema informativo	5	+3
Buona collaborazione fra SerT, Alcolgia e Dipartimento	5	+2
Risposta immediata all'utenza e buon livello empatia	4	+1
Responsabilità degli operatori	4	-1

### 13.2.4 Il focus di Foligno

Il gruppo folignate-spoletino ha espresso in vari termini e modi la qualità del servizio prestato: gamma di servizi offerti, attenzione all'utente, integrazione pubblico-privato, operatori sostenuti dal gruppo, con procedure uniformate e supervisione.

Ciò non impedisce di sottolineare carenze strutturali (spazi, carenza e turn over del personale,

Figura 13.3 Il focus group di Terni



budget) e organizzative (eccesso di riunioni e impegni) semmai dovute proprio alla vastità e qualità dell'offerta. Si segnala una carenza di comunicazione verso l'esterno del lavoro realizzato e le problematiche crescenti dovute al mutare del contesto (più problemi degli utenti, ma anche meno disponibilità delle amministrazioni).

Fra operatori di Foligno e Spoleto non appaiono differenze rilevanti, e nel complesso i problemi presentati (diversi, e anche importanti) non sembrano contrastare il dinamismo e la capacità professionale che viene rappresentata.

### 13.2.5 Il focus di Alcologia

Questo quinto gruppo ha raccolto operatori di alcologia provenienti da tutta Umbria, alcuni dei quali - per la doppia funzione ricoperta - presenti an-

Tabella 13.4 Il focus group di Foligno, gli indicatori e i loro punteggi. **Valore 1** (da 1, scarsa rilevanza a 5, alta rilevanza); **Valore 2** (0: nessun mutamento nei prossimi due anni; +1,+2, etc evoluzione via via più positiva; -1, -2, etc evoluzione via via più negativa).

Elementi Negativi	Valore 1	Valore 2
Scarsità di personale e turn over	3	-2
Scarsità risorse economiche	1	-2
Contesto peggiorato, crisi, insensibilità amministrazioni	4	-1
Carico di lavoro eccessivo	3	-1
Burocrazia	1	+1
Scarsa comunicazione con l'esterno	4	+2
Effetti a volte negativi per l'organizzazione della complessità	3	+1
Elementi Positivi		
Buona offerta agli utenti	4	0
Buoni rapporti di rete e col privato-sociale	3	+1
Gruppo coeso e integrato / Supervisione	4	0

Figura 13.4 Il focus group di Foligno



che nei precedenti focus. Si è trattato di un approfondimento ad hoc scelto come specifico caso di studio. Malgrado le diverse provenienze il grup-

po ha uno spiccato senso di identità e solidarietà grazie a una formazione e a un metodo operativo condivisi con grande apertura al territorio (club, scuole etc). Questo elemento di gratificazione del gruppo è stato ampiamente sottolineato con esemplificazioni e con accenni di differenziazione dai SerT.

Gli elementi critici riguardano il limitato orario di apertura all'utente anche in conseguenza al fatto che gli operatori lavorano in alcologia solo part time con il SerT. Manca anche il personale (figure specifiche come lo psichiatra). La rete non funziona sempre al meglio, per esempio i rapporti con Prefetture e Ospedali.

I rapporti con gli utenti sono gratificanti e viene negato che gli operatori soffrano di burn out.

Figura 13.5 Il focus group di Alcologia

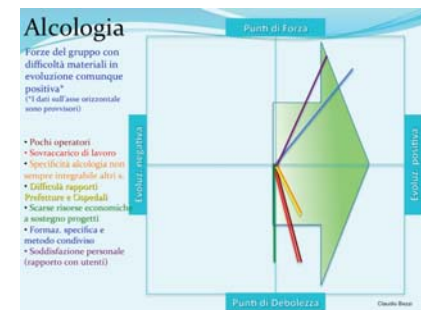


Tabella 13.5 Il focus group di Alcologia, gli indicatori e i loro punteggi.

**Valore 1** (da 1, scarsa rilevanza a 5, alta rilevanza); **Valore 2**(0: nessun mutamento nei prossimi due anni; +1,+2, etc evoluzione via via più positiva; -1,-2,etc evoluzione via via più negativa).

Elementi Negativi	Valore 1	Valore 2
Scarsità di personale e conseguente scarso orario di apertura	4	+1
Mancano figure professionali specifiche e conseguente sovraccarico di lavoro	4	+1
Specificità alcologia non sempre perfettamente integrabili in organizz. SerT e altri servizi	2	+1
Difficoltà rapporti Rete (Prefetture e Ospedali)	2	+1
Scarso risorse economiche per sostenere gli interventi, la prevenzione, ecc.	4	0
Elementi Positivi		
Formazione specifica e metodo condiviso	5	+3
Soddisfazione personale, gratificazione lavoro con utenti e le famiglie	5	+2

### 13.2.6 Un punto di vista complessivo degli operatori dei SerT e alcologia

**Carenze organizzative e logistiche** Una costante di tutti i gruppi è la presentazione di quadri più o meno ampi, e più o meno enfaticamente sottolineati, in merito a carenze organizzative e strutturali. Sedi inadeguate ma, specialmente, con spazi limitati, pochi fondi a sostegno dei programmi educativi o addirittura per l'acquisto di strumentazioni essenziali e ampie carenze di personale sono state con immediatezza indicate con larghezza di esempi. Indipendentemente dall'eventuale enfasi che alcuni operatori hanno potuto mettere su questo punto, molti esempi specifici hanno mostrato l'indubbia realtà di diverse difficoltà struttu-

rali a realizzare un buon lavoro terapeutico, sociale ed educativo con gli utenti.

**Un turn over con scarse prospettive** Il tema della scarsità di personale appena menzionato ha diverse declinazioni: pochi operatori in generale, carenza di figure specifiche, specie in piccoli SerT (dove può mancare per esempio lo psicologo), ma anche lo scarso ricambio che vede invecchiare gli operatori entro gruppi statici, sempre più autoreferenziali, senza nuovi accessi ai quali lasciare l'esperienza e le conoscenze sedimentate in anni di lavoro. Il tema è emerso in particole in seno ad alcuni gruppi, particolarmente affaticati, che denunciano la frustrazione nel vivere il loro prossimo pensionamento come l'interruzione di rapporti, relazioni, capacità conquistate in anni di fronteggiamento delle dipendenze. Questo tema ha moltissimo a che fare con la Rete, come stiamo per vedere.

**Una Rete sostanzialmente informale e a maglie irregolari** La Rete è apparsa in maniera controversa negli incontri con gli operatori. In generale giudicata buona, o almeno discreta, con alcune ombre non generalizzabili perché - se presenti - diverse da gruppo a gruppo. In ogni caso appare abbastanza chiaro che la rete è limitata a pochi servizi assai prossimi ai SerT e, specialmente, che si basa su conoscenze informali. La rete è il network di operatori che alzano il telefono e rispondono come possono a richieste immediate. Salvo casi particolari non sembra esserci una rete istituzionale di progetti, processi e interazioni normate. Questo

chiarisce meglio il punto precedente sul turn over (la fuoriuscita di un operatore per pensionamento dalla rete informale crea un *bucò* non immediatamente ricostituibile) e apre bene al prossimo punto sull'impegno personale degli operatori.

**Operatori motivati nonostante tutto** Bisogna dire che i gruppi focus non sono stati semplicemente momenti di sfogo e critica. Le competenze, la capacità e la voglia di mettersi in gioco, la disponibilità a sopperire alle carenze strutturali, sono emerse chiaramente e - a parere del conduttore - non solo come sterile autocelebrazione. Trovare soluzioni alle carenze, lavorare in gruppo, integrarsi sui territori e soprattutto, come emerso in alcuni incontri, amare il proprio lavoro, costituisce evidentemente un patrimonio di estremo rilievo da sostenere, valorizzare, promuovere.

**Il caso particolare del gruppo alcologia** Senz'ombra di dubbio questa motivazione è di assoluta evidenza nel gruppo specifico che abbiamo dedicato agli operatori di alcologia. Questi operatori sono generalmente parte dei SerT e "distaccati" per un certo orario per lo specifico servizio alcolico. Una formazione specifica e condivisa, la consapevolezza di aderire a un metodo efficace e probabilmente anche un certo orgoglio di appartenenza, ha reso questo il gruppo in assoluto più ottimista, gratificato e positivo, pur non essendo affatto mancate le critiche strutturali e organizzative comuni a tutti i gruppi.

**Un'utenza difficile** Questo impegno e queste capacità, di cui non c'è ragione di dubitare, acqui-

sta un rilievo particolare se si considera la complessità della patologia trattata e degli utenti. L'età media si eleva, con aspetti sostanzialmente di cronicità visti a volte come frustranti, in quanto sembra trasformare il ruolo degli operatori da terapeutico a quello di mero contenimento. Le sostanze abusate dai tossicodipendenti variano e richiedono nuove forme di intervento. Il concetto stesso di "dipendenza" è cambiato negli anni e oltre ad includere, da tempo, la dipendenza da alcol, ha ormai a che fare con una gamma ampia di dipendenze.

Inoltre il problema degli stranieri (specie a Perugia), delle nuove povertà e della multiproblematicità, che si intrecciano in situazioni sempre più complesse, costituiscono - in particolare per alcuni gruppi - elementi di preoccupazione. Le nuove sfide di fronte agli operatori si scontrano con le difficoltà strutturali già ricordate ma anche con un contesto culturale che appare in ritardo. Lo stigma di "tossicodipendente" è ancora un potente elemento di rifiuto sociale che rende più complesso il lavoro e - opinione espressa in un solo gruppo, ma in maniera abbastanza circostanziata - più "distratta" la sfera politica, poco interessata a intervenire e sostenere questi servizi.

**Differenze Centro-Periferia** Una differenza chiara è emersa fra operatori di SerT di grandi centri (Perugia, Terni) e di località minori. La questione ha un po' complicato la conduzione dei focus perché a parte il gruppo dell'Alta Valle del Tevere (basato su SerT tutti di piccoli centri) e - in manie-

ra diversa - quello della Valle Umbra Sud e Spoletino, che si distingue per quantità e qualità delle iniziative locali, gli altri due gruppi hanno coinvolto da un lato Perugia con Assisi e l'area del Lago, e dall'altro Terni con Narni e Orvieto. Diversi temi trattati hanno imposto di fare distinzioni: se le carenze organizzative e strutturali sono mediamente distribuite fra tutti, risulta evidente la maggiore tranquillità degli operatori dei centri più piccoli, la loro miglior collocazione in una rete efficace, i migliori rapporti con utenti e loro famiglie, la maggiore praticabilità di progetti sociali o di prevenzione. Sull'altro versante è specialmente Perugia a mostrare operatori più affaticati, meno soddisfatti dell'efficacia dell'azione terapeutica, più preoccupati per il modificarsi dell'utenza (nuove sostanze, alta percentuale di cittadini stranieri) e afflitti per la carenza di risorse che impedisce di dare risposte adeguate.

**L'unificazione delle ASL** Una nota marginale sul processo di unificazione delle ASL, che non è emerso nei gruppi di Perugia e dell'Alta Valle del Tevere, mentre ha ricevuto alcune considerazioni a Foligno-Spoleto (in termini leggermente preoccupati) e Terni (in termini sostanzialmente ottimisti). Ciò riflette, ovviamente, le opinioni che questi due gruppi hanno in merito alle proprie organizzazioni e all'idea - vera o sbagliata - che hanno di quella dell'altra Asl.

**La prospettiva nel breve periodo** In ciascun gruppo si è chiesto di proiettarsi nel breve-medio periodo, un paio d'anni, e immaginare se ciascu-



na delle questioni discusse (positive o negative) sarebbero migliorate o peggiorate. Non già i desideri, ma una ragionata previsione in base alla conoscenza del fenomeno e del contesto.

Malgrado la denuncia di rilevanti problemi, come visto sopra, occorre dire subito che questa proiezione appare mediamente molto equilibrata, con elementi di cui si immagina l'evoluzione positiva (in particolare quelli legati al gruppo di operatori, loro formazione e capacità di farsi carico) e altri di cui si teme un'evoluzione negativa (in particolare quelli di contesto e quelli organizzativo-strutturali). Il gruppo alcologico si mostra anche in questo differente, vedendo tutti gli elementi discussi in evoluzione positiva o, al peggio, stabili nel tempo. Analogo il gruppo dell'Alta Valle del Tevere (piccoli SerT; probabilmente se i gruppi non fossero stati a livello di ex-dipartimenti ma di singoli servizi, sarebbe questa la chiave interpretativa: nelle località piccole una serie di condizioni consente una visione complessivamente più serena del lavoro). Via via la situazione appare più complessa (con l'emergere di proiezioni negative crescenti per i vari elementi discussi) fino al gruppo perugino che, per ragioni già rappresentate, si mostra come il più pessimista (i vari indicatori sono immaginati, dal gruppo, o stabili o in evoluzione negativa nel medio periodo).

### 13.2.7 Il problema della Rete

**L'allargamento dell'indagine alla rete** Dopo un inizio volutamente centrato sui soli operatori dei SerT si è proceduto con altrettanti incontri "con la rete" realizzando a Giugno una nuova serie di focus group. Il termine "Rete" è utilizzatissimo nella letteratura dei servizi sociali e sanitari ma, come molti concetti analoghi, è piuttosto vago nelle sue dimensioni operative. Da un certo punto di vista è rete tutto ciò - nel nostro caso - che ha a che fare professionalmente col problema delle dipendenze: altri servizi sanitari (per esempio i Dsm), le comunità, le cooperative e il volontariato, servizi di altre istituzioni (per esempio Comuni, Uepe e Not), eccetera. Per organizzare il secondo giro di focus abbiamo assunto questa prospettiva minimale e invitato queste diverse realtà (non sempre tutte, non sempre le stesse, cercando di cogliere di volta in volta quelle più significative).

I partecipanti ai gruppi (che includevano comunque alcuni operatori dei SerT per consentire un confronto più equilibrato) sono stati rapidamente informati di quanto emerso nel primo giro, pregandoli poi di rappresentare in particolare la realtà della rete dei servizi sulle dipendenze nel loro territorio: esistenza, funzionalità, efficacia. Questi i principali risultati.

**Esiste la rete** In tutti i tavoli è emerso abbastanza chiaramente che ci siano livelli diversi di "rete", funzionanti (o meno) in termini assai variegati e concepandola in maniera molto diversa. Indubbia-

mente i SerT (se li assumiamo, qui, come il nodo centrale della rete) hanno necessariamente un rapporto di relazioni molto stretto con alcuni altri servizi (per esempio il Dsm per il contenimento di taluni utenti; oppure il servizio Sal del Comune per i progetti di inserimento lavorativo), come d'altronde era emerso anche nei focus precedenti; altri servizi sono conosciuti e chiamati quando occorre (per esempio un inserimento in comunità) senza che questo presupponga una relazione costante e una progettualità condivisa. In altri casi taluni servizi sono decisamente poco noti (per esempio Not) o sconosciuti ai più (per esempio Uepe). La cosa è reciproca. Se tutti, indistintamente, conoscono gli snodi centrali della rete (SerT, Dsm etc.), la situazione diviene più rarefatta fra snodi periferici. In più di un gruppo si è assistito a una stupita reciproca presentazione, con scambi di biglietti da visita e promessa di immediati contatti dopo il focus group.

Una rete a maglie larghe quindi, con vistosi buchi (non tutti gli attori sociali - servizi, comunità etc. - sono presenti in tutti i territori) e sostanzialmente SerT-centrica, o quanto meno sanità-centrica, in cui gli attori in anelli più lontani ignorano, o faticano a relazionarsi, fra loro. Probabilmente il lettore ricorderà che la descrizione della Rete come emersa nel primo giro di focus era leggermente differente; ciò denuncia la scarsa consapevolezza che gli operatori hanno della Rete potenziale e non conosciuta. Ma, come vediamo dai prossimi punti, la situazione è anche più articolata.

**Rete formale o rete informale** Bisogna partire

dal fatto che in tutti i tavoli, e con marginali differenze specifiche, è emerso chiaramente che la rete funziona per canali informali (com'era già emerso dal primo giro di focus). I protocolli istituzionali fra soggetti diversi sono fatti sporadici, e a volte non sono altro che impegni generici. La maggior parte delle volte non solo i rapporti funzionano esclusivamente per via informale, ma con un'informalità da operatore a operatore, e non da servizio a servizio. Sono stati citati molti casi in cui è l'operatore A del SerT (poniamo) a chiamare l'operatrice B dell'Ufficio di cittadinanza del Comune (o della Comunità, o del Pronto Soccorso), e se l'operatrice B non c'è, cade anche il rapporto (informale) e il servizio chiamato potrebbe non dare le risposte richieste. Naturalmente questo problema si lega a quello del paragrafo precedente. A volte si ha l'impressione che certi rapporti (informali) funzionino perché certi operatori sono "inciampati" l'uno sull'altra, per esempio in seguito a un corso formativo che li ha fatti conoscere. In alcuni casi gli operatori dei gruppi hanno mostrato insofferenza per questa situazione che, oltre a essere disfunzionale, contraddice i principi programmatori regionali. Alla richiesta di approfondire il punto, alcuni dei presenti hanno precisato come l'eccesso di informalità e la mancanza di protocolli o altre forme più standardizzate di relazione fra servizi fosse una conseguenza di scelte (o di non scelte) delle figure di responsabilità interne alle Asl, non sufficientemente sensibili all'argomento. In questa ipotesi - che naturalmente il conduttore dei focus non può verifi-

care - ci sarebbe una precisa volontà programmatica regionale verso una rete di servizi integrata e una corrispondente necessità degli operatori, desiderosi di migliorare tale rete ed utilizzarla al meglio, con in mezzo elementi decisionali non sempre sufficientemente convinti a perseguire questa strada.

**Rete funzionale o Rete integrata** Appare abbastanza chiaro che nella maggior parte dei dialoghi intercorsi nei cinque gruppi focus la Rete è rimasta un'entità astratta, piuttosto lontana, letta più che altro in maniera reciprocamente funzionale. Il SerT ha in mente - poniamo - l'Ufficio di cittadinanza (o qualunque altro servizio) non come elemento integrato, col quale si discute e condivide una programmazione e degli obiettivi, ma solo come dispensatore di un servizio (trovare una soluzione sul piano sociale a un utente). Questo è reciproco. Le comunità concepiscono le ASL come fornitori di utenti. Le unità di strada chiamano il Pronto soccorso in casi di pericolo di morte di un utente.

La rete appare come un intricato gioco di fornitori di servizi reciproci con complicati intrecci. Ma ciascun fornitore mantiene la sua identità non solo professionale, ma specialmente istituzionale. Alcune cose *si fanno* oppure *non si fanno* nell'ambito del mandato istituzionale di ciascuno (Asl, Prefettura, Comune) e con i conseguenti limiti, che non sono solo regolamentari ma anche culturali. Questa è una delle ragioni per cui funziona la chiamata personale. Gli operatori, specialmente quelli in

prima linea, sono solidali fra loro. Ma non sempre lo sono le istituzioni di appartenenza, dalle quali non si può prescindere. Ecco quindi la mancanza di una progettualità di rete che veda l'utente come elemento centrale che dovrebbe - in teoria - attraversare servizi diversi in una continuità progettuale che non è data, se non eccezionalmente, o per sovrapposizioni faticose. Diversi operatori hanno chiaramente indicato questo elemento, concepito ma non sperimentato, dove l'utente invece è preso in carico in luoghi (istituzionali, progettuali e a volte territoriali) differenti, a volte replicando routine, a volte non ricevendo il necessario.

### 13.3 Le prospettive

A partire da Luglio 2013 ma - necessariamente - con più vigore da Settembre, si è prodotta un'indagine Delphi per analizzare le prospettive di sviluppo delle dipendenze e dei servizi e costruire degli scenari di breve-medio periodo. La Delphi è una forma di interrogazione a distanza, tramite invio di questionari successivi, a un gruppo di esperti che ricevono, dopo ogni turno, una sintesi anonima del giro precedente. La mediazione fra i partecipanti avviene per il tramite del ricercatore, che legge e sintetizza le risposte; l'anonimato è necessario per evitare risposte reattive, divisioni politiche, o di scuola, e consentire opinioni dettate unicamente dalla propria riflessione. La nostra Delphi:

- si è sviluppata lungo tre turni: il primo so-

stanzialmente centrato su un'analisi generale della situazione; il secondo sulle proposte migliorative; il terzo sulle conseguenze del mancato intervento sulla materia;

- ha coinvolto 30 persone, ombre e non, operatori di servizi, operatori di altre strutture e osservatori privilegiati, docenti universitari etc;
- si è mantenuta sul doppio binario Umbria/Italia lasciando liberi i rispondenti di argomentare su l'uno o l'altro (o entrambi) gli ambiti geografici.

Gli esperti hanno risposto, ricevuta una sintesi con possibilità di criticarla ed aggiungere commenti e, solo alla fine, hanno ricevuto l'elenco dei partecipanti .

#### 13.3.1 Il quadro problematico attuale

Alcuni partecipanti hanno trattato prevalentemente la situazione nazionale ricordando che i fenomeni di consumo, problematico e non problematico, sono oggi ampiamente diversificati; a livello quantitativo sulla base dei dati disponibili (da alcuni sono segnalate criticità nelle rilevazioni epidemiologiche nazionali), in estrema sintesi risulta che:

- in generale il consumo di sostanze illegali transnazionali in Europa e Italia è stabile o in lieve decremento;

- parimenti il consumo di alcol, anche se, soprattutto tra i giovani, è diffuso il binge drinking;
- si è registrata una rapida, notevole espansione del gioco d'azzardo problematico;
- la modalità più diffusa di consumo è il policonsumo;
- solo una quota minoritaria di consumatori, composta prevalentemente da eroinomani e tendente alla cronicità, si rivolge ai servizi.

La situazione relativa all'Umbria non trova concordi i partecipanti che ne hanno trattato. Una minoranza tende a segnalare una particolare gravità dei problemi, mentre un gruppo più consistente ritiene che i fenomeni di consumo siano nella norma (ancorché preoccupanti), mentre i dati di morte per overdose, molto elevati, dipenderebbero da una maggiore accuratezza nella rilevazione del dato (rispetto ad altre regioni) e da peculiarità del mercato locale:

"I dati sulle tossicodipendenze ci dicono che la situazione è stabile ma sopra la media nazionale, non ho elementi per valutare le altre dipendenze ma credo che anch'esse siano in quantità rilevante, in Umbria e nel Paese. Una nota di preoccupazione viene dal considerare il notevole incremento dell'uso dei farmaci, sostenuto dalle prescrizioni, a volte non necessarie, dei MMG." [FF]

"La situazione umbra, in generale, non è diversa da quella italiana, se non per il fenomeno delle overdose, in parte chiarito dall'approfondimento dell'analisi prodotta regionalmente: alcune "anomalie" di mercato e il rigore della raccolta dati sovraespongono la Regione rispetto al resto d'Italia." [W]

"Certamente il fenomeno è in sé allarmante, come dimostrano, ad esempio, i dati sui decessi. Ma vi è anche un eccesso di allarme sociale (forse questa è la peculiarità "culturale" dell'Umbria)." [DD]

Indipendentemente da queste differenze, il gruppo è concorde nel definire preoccupanti sia l'ampia diffusione dei consumi problematici (negli ultimi tempi soprattutto il gioco d'azzardo), non sufficientemente monitorati, sia lo stato dei servizi che riescono a intercettare una quota minima.

"1) La diffusione del consumo di cocaina e psicotrofici in Italia è notevole, mentre l'accesso ai servizi di cura lo è molto meno. Ciò può essere correlato da un lato alla difficoltà dei nostri servizi a intercettare i problemi, ma dall'altro anche ad una "autolimitazione" delle problematiche relative all'uso. ii) Il consumo di eroina, seppur segnalato in calo, continua ad essere quello a causa del quale ci si rivolge al sistema curante; iii) L'affacciarsi di dipendenze comportamentali, prima fra tutte il gioco d'azzardo patologico, è evidentemente correlata alla grandissima disponibilità e all'incentivo al gioco d'azzardo da parte dello Stato." [BB]

Si segnala infine l'insufficiente attenzione data ad alcol e tabacco, soprattutto in chiave preventiva, in relazione al loro impatto sulla salute. Tutti i partecipanti che hanno fornito risposte, nessuno escluso, hanno espresso giudizi negativi e preoccupati. Anche se le tematiche proposte sono a volte differenti, i nuclei problematici sembrano riconducibili a due principali fattori:

**(1) Politiche nazionali inadeguate, obsolete, disattente o addirittura incentivanti in alcuni settori (gioco, fumo) e repressive in maniera dannosa in altre (sostanze illegali).**

"Credo che su base nazionale le politiche si siano concentrate su interventi di natura "repressiva" andando a ridurre le politiche e le azioni di educazione e "riduzione del danno". Anche a livello regionale sta prevalendo una risposta "repressiva" al tema delle dipendenze. Ritengo che manchi una visione di medio-lungo termine che inserisca le politiche per il contrasto delle dipendenze dentro un più ampio quadro di politiche di welfare e di politiche della città." [M]

"Ritengo che le politiche nazionali siano fortemente pervase e limitate dalla legge attualmente e drammaticamente in vigore (legge Fini-Giovanardi); il congiungersi della cosiddetta "tabella unica", l'illi-

ceità del possesso di qualsiasi tipo di sostanze, i dispositivi di repressione dei consumatori, il combinato disposto della "legge ex Cirielli", creano situazioni non accettabili a molti livelli, per primo a livello del carcere." [X]

"Per quanto riguarda il gioco d'azzardo patologico, il servizio sanitario nazionale rischia di dover accettare la delega a curare una popolazione la cui patologia è di fatto indotta dallo Stato." [BB]

"Ormai da molti anni l'interlocazione delle Regioni e Province autonome con il Dipartimento politiche antidroga è difficile. Ciò è testimoniato dal fatto che dal 2007 ad oggi non è stato sottoscritto alcun Accordo sul tema dipendenze in Conferenza Stato-Regioni, e che la copiosa documentazione prodotta dal Dipartimento, comprensiva di un c.d. Piano di azione nazionale contro le droghe, non è mai stata formalizzata con le Regioni." [BB]

"Ha prevalso la tendenza a affrontare questo settore in termini propagandistici, attraverso un approccio emergenziale, e non di sistema." [GG]

**(2) Servizi territoriali non più adeguati perché operanti secondo logiche limitate sostanzialmente all'eroina, perché parcellizzati e scarsamente dialoganti, perché basati su modelli operativi non più efficaci, o per altre ragioni.**

"L'attuale organizzazione dei SerT ritengo possa affrontare in modo adeguato le problematiche del tossicodipendente da eroina che attualmente rappresenta solo una delle tipologie dei consumatori di sostanze. La stessa normativa risale a più di 20 anni fa ed ha subito rimaneggiamenti che ne hanno solo complicato e reso sempre più incoerente l'impianto." [T]

"Nel settore penitenziario (per i detenuti tossicodipendenti) vedo una sostanziale e pluri decennale assenza "di fatto" dei servizi pubblici, i quali offrono servizi quasi esclusivamente solo farmacologici; episodico risulta infatti l'intervento preventivo, terapeutico, psico e socio riabilitativo, necessariamente pluri-professionale." [U]

"I Servizi di Salute Mentale e quelli per le dipendenze non sempre collaborano adeguatamente e spesso è capitato in passato che la persona che presentava sia disturbi psichici evidenti che dipendenza veniva palleggiata tra i diversi servizi. Poi ci siamo inventati il concetto di "doppia diagnosi" per autoconvincerci a collaborare. Il consumo di sostanze è secondo me un sintomo. In questo senso non è stato secondo me utile fare le separazioni, negli anni 80, tra i CSM, i SerT (allora SAT) e Alcologia (fino a poco tempo fa GOAT). Le persone problematiche hanno dei sintomi che debbono essere curati e

interpretati. Ora si stanno facendo dei Servizi a se stanti, ben distinti dalla Salute Mentale, per i DCA. Sarà una scelta giusta" [C]

"Poche sono in Italia le ricerche nei setting naturali, che cerchino di indagare i differenti modelli di consumo e le loro motivazioni, l'evoluzione dei consumi nel tempo, le strategie di "autoregolazione" dei consumatori, ossia quelle strategie che essi cercano di mettere in atto perché i consumi non compromettano la "normalità" della loro vita quotidiana. Paradossalmente, ciò che sappiamo sui consumi deriva dalla pratica dei servizi dipendenze, basata però su una ristretta minoranza di consumatori, che segue modelli di consumo intensivo e che ha in genere problematiche ancora più serie di marginalità sociale. Ciò rafforza l'approccio patologico (basato sulla teoria della dipendenza come malattia) seguito dalla gran parte dei servizi, e al tempo stesso impedisce al sistema dipendenze di essere attraente per la maggioranza dei consumatori che hanno minori problematiche, o difficoltà saltuarie: per loro, ossia per la maggioranza, sarebbe appropriato un approccio psicosociale proattivo, in grado di supportare le risorse naturali di autoregolazione dei consumatori, con interventi leggeri di counseling." [Y]

Questi due elementi raccolgono la stragrande maggioranza delle risposte; ad essi si aggiungono ripetuti riferimenti alla scarsità di risorse che non sembra, comunque, problema di per sé principale rispetto ai precedenti (anche se, come vedremo, tornerà nelle prossime risposte). Accenni anche alla scarsa capacità di fare rete, al mancato coinvolgimento di altri Enti (p.es. l'Università) nel monitoraggio dei comportamenti giovanili e nella prevenzione, all'eccessiva sanitarizzazione e allo speculare scarso coinvolgimento del sociale, all'assenza/insufficienza di efficaci politiche di prevenzione.

I principali elementi di debolezza denunciati dai partecipanti hanno principalmente a che fare con elementi culturali (variamente tematizzati) ma, questa volta, anche con la scarsità di risorse. Nei quattro punti in cui decliniamo le risposte perve-

nute vediamo una continuità coerente dal livello legislativo a quello organizzativo, intrecciati in un contesto culturale inadeguato.

**(1) Le normative** - come già visto - sono inadeguate e non consentono un'interpretazione migliore e più avanzata del lavoro sulle dipendenze.

"La legislazione attuale riempie le carceri di tossicodipendenti." [N]

"La principale criticità è causata dalla mancanza di coordinamento a livello nazionale delle politiche e degli interventi." [BB]

"Anziché ripensare le politiche di contrasto alle dipendenze, integrandole con le politiche di welfare e inserendole dentro un più ampio progetto di ridefinizione delle nostre città negli ultimi anni il livello nazionale e locale ha ridotto le risorse per questi interventi, trattando questo tema come un esclusivo tema di ordine pubblico." [M]

"Il vero elemento di novità degli ultimi decenni, la riduzione del danno, è stata fortemente ridimensionata a livello nazionale, in primo luogo perché osteggiata sul piano culturale, ma anche per la contrazione delle risorse." [Y]

"Le pregresse leggi in materia repressiva che i tagli ai servizi sanitari e scolastici uniti agli introiti statali provenienti da tabacchi, alcolici e giochi d'azzardo siano dei macigni di criticità. Per quanto riguarda l'Umbria vi è stata una programmazione delle politiche di prevenzione insufficiente rispetto alla gravità dei fattori di rischio." [G]

**(2) I servizi** sono culturalmente, organizzativamente e metodologicamente arretrati, non più efficaci, eccessivamente sanitarizzati, scarsamente dialoganti con altri servizi, legati a modelli vecchi sia a causa delle normative inadeguate sia per incapacità propria; né - parrebbe - sono in vista mutamenti positivi.

"Le equipe di trattamento sono state concepite come multidisciplinari, ma oggi rischiano di frammentarsi specularmente a una suddivisione dell'utenza trattata o meno farmacologicamente. La ricomposizione dell'intera equipe sulle problematiche complessive dei singoli utenti oggi è il punto di maggiore criticità, ed anche il punto di ricadute delle minori risorse devolute al sistema di trattamento." [W]

"Assenza di uno scambio di informazioni tra i servizi (su: bisogni, risorse, procedure, monitoraggio dell'efficacia...), con potenziale danno per l'omogeneizzazione delle prassi, per la tutela del diritto all'accesso degli utenti ai servizi, per la verifica dell'efficacia ed efficienza ecc." [U]

"Le debolezze sono tutte in un modello sempre più specialistico e "sanitarizzato" che però deve fare i conti con un sistema a risorse decrescenti. I rischi sono legati alla progressiva delega che un sistema di questo tipo porta con sé." [S]

"A mio parere aumentano in modo spropositato i bisogni ed i servizi non sono particolarmente adeguati, vuoi per mancanza di risorse professionali, vuoi per mancanza di risorse economiche. Penso, però, più su mancanza di professionalità adeguate e la mancanza di dialogo con i DSM, sempre difficile da attuare." [EE]

**(3) Il contesto sociale, politico e ambientale** in cui i servizi si muovono è stigmatizzante, non disponibile a intendere il servizio in forma evoluta.

"Carenza di un forte e autonomo coordinamento strutturale sovradistrettuale, unito all'assenza di una specifica disciplina universitaria (fonte di crisi di identità professionale degli operatori del settore e di scarsa specializzazione degli interventi)" [Z]

"Immagine dei SerT e dei servizi in generale come luoghi da evitare, sia per i consumatori, sia per le loro famiglie, sia per gli operatori" [X]

"Soprattutto la presenza di molti stereotipi assai difficili da scalfire, tra la gente comune, i politici, l'opinione pubblica, le forze dell'ordine e, a volte, anche tra gli operatori." [II]

"Un importante elemento di debolezza, come dicevo prima, è una politica giovanile di "promozione della salute" e di empowerment (il protagonismo giovanile) debole e che non incide sulla vita concreta delle città, sugli spazi di lavoro e di vita a misura dei giovani (mi viene in mente l'urbanistica)" [FF]

"Il SerT soprattutto, situato in un vicolo della città, è isolato e questo crea tantissimi problemi a chi ci deve venire che teme di essere visto entrare ed uscire dal Servizio da conoscenti ed essere pertanto etichettato. Forse ci sono anche problemi culturali, nel senso che gli operatori stessi delle Dipendenze e degli altri Servizi non condividono una visione sulle problematiche delle persone con comportamenti di Dipendenza." [C]

"Troppo allarmismo, colpevolizzazione dei consumatori, campagne di sensibilizzazioni non efficaci perché fatte per soddisfare solo chi le commissiona." [KK]

#### **(4) Non si registra l'avvio di iniziative diverse e importanti, anche per le scarse risorse.**

Assenza di un piano per la prevenzione [U]

"Quando vi è stata [in Umbria] la individuazione di progetti è mancata la capacità di progettarli in modo razionale e di valutarli." [G]

"Latitanza prolungata dei settori accademici e delle organizzazioni e strutture di ricerca dal campo dei consumi di sostanze." [X]

"Impossibilità da parte dei servizi di incidere sulla promozione (per es. pubblicità del gioco d'azzardo "consapevole", etc) di comportamenti problematici da parte dei mass media. Frammentazione/specializzazione delle risposte per singole dipendenze." [D]

Ci sono comunque anche elementi positivi, anche se letti con minor forza; la stragrande maggioranza delle risposte (le poche diverse non appaiono in contrasto, ma sottolineano semplicemente altri aspetti) sottolinea il ruolo degli operatori. La loro accumulata esperienza, la capacità di fare rete, la capillarità dei servizi (quantomeno in Umbria):

"L'esperienza accumulata dagli operatori è un punto di forza, che diventa debolezza rispetto alle criticità del turnover. I Dipartimenti locali possono costituire una importante risorsa purché sappiano integrare bene al loro interno le diverse specificità, valorizzando gli apporti del privato sociale e dei servizi non sanitari. I servizi per le dipendenze, nel loro complesso, sono stati innovativi in Italia e possono esserlo ancora se si cura il passaggio di competenze generazionale, la formazione degli operatori e il monitoraggio degli stessi. Le competenze e le capacità di coordinamento regionali sono cruciali al proposito." [W]

"Gli stessi elementi di debolezza possono diventare elementi di forza: le Regioni hanno tutta l'autonomia, e la responsabilità, di pianificare politiche e programmazione del settore. I servizi delle AUSL conservano le caratteristiche di multidisciplinarietà e di approccio di rete; credo sarebbe opportuno un ragionamento *rifondativo*, che ne definisca meglio la mission (servizi che si occupano a 360 gradi delle dipendenze, dalla prevenzione all'assistenza sociale' Servizi di secondo livello che operano in rete con le cure primarie, la sanità pubblica e gli enti locali' Servizi organizzati per intensità di cura' etc). E' poi fondamentale un ragionamento sul ruolo degli Enti ausiliari, che per

la loro flessibilità sono in grado di reagire anche organizzativamente in modo più tempestivo." [BB]

"Punto di forza può essere al momento l'esperienza che la maggior parte degli operatori delle dipendenze ha ormai accumulato e la conoscenza personale tra loro e con gli operatori degli altri servizi. Si stanno diffondendo momenti di confronto anche promossi dalla Regione e momenti di formazione congiunta col Sociale, le Prefetture, l'UEPE, l'USSM. Questi momenti accrescono la conoscenza personale e le possibili sinergie. Si sta diffondendo, se pure faticosamente, una cultura del dato che porta a riflettere sul proprio operato. Le sinergie tra i servizi stanno nascendo, forse in special modo nei luoghi più piccoli." [C]

"Una certa, residua "vivacità" della discussione scientifica e professionale sul tema dei consumi e delle risposte sociali e sanitarie ai consumi stessi." [X]

Alla luce di questo quadro abbiamo quindi chiesto quale fosse la possibile evoluzione nel breve (fino al 2015) e nel medio periodo (fino al 2018). Nel breve, il concorso della prevedibile scarsità di risorse con l'aggravarsi del problema (o il suo modificarsi e complessificarsi) rendono una parte consistente dei partecipanti pessimisti sull'immediato futuro o, quantomeno, scettici su sostanziali miglioramenti; a questo si aggiunge il quadro nazionale che alcuni dei rispondenti - in sintonia con quanto dichiarato precedentemente - continuano a vedere responsabile delle difficoltà a causa di una legge repressiva di cui si invoca il cambiamento. Le conseguenze potrebbero tradursi in una diminuita capacità di risposta dei servizi. Unico spiraglio, su cui convergono diversi partecipanti, è nell'ipotesi che proprio per reazione ad una situazione percepita come drammatica possano essere avviati percorsi di rinnovamento a livello locale e regionale.

"Nel breve periodo, considerate le contingenze negative d'ordine economiche e quelle che sono in agenda le priorità politiche da parte

del governo, bisognerà cercare di non peggiorare ulteriormente gli attuali assetti. Forse si potrà migliorare la situazione delle persone dipendenti in carcere facilitando maggiormente l'accesso alle misure alternative anche se entro il 2015 la legge sulle tossicodipendenze sarà difficilmente modificata nei suoi aspetti criminogeni. L'attenzione alle nuove dipendenze sarà proporzionale alle risorse dei servizi e alle capacità delle Amministrazioni di investire in progetti specifici. Un buon risultato potrebbe essere un maggiore accompagnamento dei servizi da parte Regionale per ottimizzare le risorse meglio finalizzare gli interventi comuni, valutare gli aspetti deficitari e saper prendere decisioni per correggere il tiro." [W]

"Se le politiche di settore non riescono a risalire nella cosiddetta "agenda politica" nazionale regionale, non è difficile prevedere l'accentuazione del declino. Se non si mette mano ad una nuova iniziativa legislativa che superi l'impostazione repressiva dell'impianto attuale, assieme ad un disegno rinnovato delle reti e dei servizi, l'ineadeguatezza sarà crescente. In questo senso, un'iniziativa alla portata della Regione Umbria potrebbe essere l'impostazione di un percorso molto partecipato per rinnovare radicalmente il sistema attuale. Un Piano di Azione pluriennale, scandito da interventi innovativi." [X]

"Alla luce dell'insufficienza delle risorse e dell'approccio repressivo ancora vigente sul fronte delle droghe, il fenomeno nelle dipendenze è destinato a crescere, anche come risposta all'impossibilità soggettiva di autorealizzazione con cui a causa della crisi si misura quotidianamente la popolazione, in particolare le giovani generazioni. Si potranno forse conseguire risultati limitatamente al consumo di stupefacenti, ma la mercificazione delle dipendenze pone costantemente più problemi di quanti se ne possano risolvere con gli strumenti disponibili, peraltro pensati per fronteggiare solo determinate tipologie di dipendenza." [GG]

Per il medio periodo i partecipanti hanno sostanzialmente dilatato anche nel medio periodo le preoccupazioni segnalate nelle precedenti risposte. Ipotetiche evoluzioni in positivo sono possibili solo a patto di cambiamenti sostanziali, non solo nel settore specifico.

"La crisi che stiamo vivendo, dal livello internazionale che nazionale e regionale, crea una situazione di estrema incertezza. Siamo ad un bivio sia dal punto di vista economico che sociale, ma anche culturale e scientifico. Andando a spanne, se prevale nei prossimi mesi ed anni l'idea che basta aspettare che passi "la nottata" e che poi si possa continuare come e più di prima con il neoliberismo e con il neopositivismo si andrà ad un peggioramento netto della situa-

zione sia sociale che culturale e scientifica: i fattori sociali, culturali ed economici che sono determinanti nell'espansione del fenomeno dipendenze saranno esaltati e potenziati, mentre si taglieranno i servizi sanitari, insieme al resto dello stato sociale, e si tenderanno cure "mirate" tramite le neuroscienze, colpevolizzando e perseguendo ancora le vittime della di una società produttrice intrinseca di dipendenza. Se invece si modificherà la prospettiva, se i beni comuni saranno oggetto di nuova attenzione, allora si potrà avere, anche in Umbria una occasione importante per utilizzare le conoscenze scientificamente fondate e le capacità degli operatori che si sono formati in questi anni." [G]

"Se non cambiano le politiche a livello nazionale non riesco a immaginare nessuna evoluzione, solo involuzione." [K]

"Nel periodo medio-breve (5 anni) è necessario rivedere l'intera legge sulle dipendenze, passando attraverso la convocazione della verifica triennale, la Conferenza nazionale, imposta per legge, da cui trarre le indicazioni dal confronto con gli operatori, gli esperti e gli studiosi del settore. Bisogna fare anche i conti col relativo fallimento delle politiche proibizioniste ed aprirsi a ragionevoli sperimentazioni." [X]

"Nel medio periodo molto dipenderà dalla possibilità di modificare l'approccio finora seguito, unitamente al maturare di nuove prospettive di progresso socio-economico per la popolazione e di integrazione per le forme di disagio più marginalizzate o non intercettabili dai servizi pubblici." [GG]

### 13.3.2 Cosa fare

Tratteggiato così il quadro delle dipendenze e della realtà delle politiche e dei servizi, cosa suggerire per migliorare la situazione? Il nostro secondo questionario si è concentrato su due diverse questioni: la prima riguarda cosa si dovrebbe fare (ciò che sarebbe necessario potendo programmare senza vincoli di alcun genere); la seconda riguarda ciò che realisticamente si ritiene possibile (immaginando vincoli finanziari, politici o altri, cosa sia minimamente realizzabile).

Per il necessario (che prescinde da vincoli realistici) i partecipanti hanno concentrato le loro risposte su temi diversi, molto articolati e spesso intrecciati. Al fine di semplificare la sintesi e favorire la lettura abbiamo suddiviso le risposte in due macro-temi: il livello nazionale (la legge, le politiche da attuare) e uno locale (l'organizzazione dei servizi, le politiche locali). Una metà circa dei rispondenti ha concentrato le risposte più che altro sul livello nazionale, dividendosi ulteriormente in due gruppi principali, più alcuni accenni alle ludopatie come terzo tema minore.

**Necessità di rivedere le politiche nazionali, giudicate obsolete e inutilmente repressive, pensando anche a interventi sostitutivi al carcere:** "Prescindendo dai vincoli, l'intervento - a mio avviso - più urgente è quello politico-normativo, ovvero un radicale cambiamento della normativa che tuttavia non dovrebbe giocarsi unicamente sul binomio proibizionismo/anti-proibizionismo ma dovrebbe tenere conto, prima di tutto, della complessità e diversificazione che nell'arco degli ultimi 20 anni ha assunto il fenomeno di consumo di sostanze (legali ed illegali) e delle dipendenze *sine substantia*" [T].

#### Maggiori politiche di riduzione del danno e prevenzione, politiche culturali in generale:

"Le dipendenze patologiche da sostanze legali e illegali, da sostanze e non, insieme alle patologie della condotta alimentare e alla crescita dell'obesità sono inestricabilmente collegate agli stili di vita tipici del nostro mondo occidentale. Andrebbero investite risorse per la prevenzione e la promozione della salute, da sempre cenerentola della Sanità" [C]

"Interventi sul contesto socio-culturale finalizzati a modificare la cultura dominante "addiiva" (ben più estesa del fenomeno del consumo di droghe o di giochi d'azzardo)" [Z]

"Occorrerebbe intervenire da un lato sulle giovani generazioni in ottica preventiva, dall'altro sulla "riduzione del danno". Un binomio, quindi, prevenzione + riparazione" [KK]

#### Alcuni accennano anche al tema delle ludopatie, lamentando un troppo scarso interesse

#### delle politiche vigenti.

"rivedere completamente le priorità della ricerca nel settore (è possibile che oggi si affronti il tema del gioco d'azzardo patologico a partire dagli aspetti neurobiologici, quando è di tutta evidenza l'aspetto sociale?)" [BB]

L'altra metà degli intervenuti si è concentrata sull'intervento sulle politiche regionali e l'organizzazione dei servizi. In questo gruppo si manifesta una quantità veramente ampia di proposte, dall'organizzazione generale dei servizi fino a suggerimenti più minuti. I temi principali sono comunque quelli qui proposti.

La maggior parte dei partecipanti di questo gruppo indica, in forme molto diverse, l'integrazione con DSM e altri servizi, incluso il privato sociale (quest'ultimo non unanimemente), e il conseguente cambiamento di strategie e approccio dei servizi in seguito ai cambiamenti nei consumi e nell'accettazione da parte dei giovani e l'altro grande tema molto proposto.

"Occorrerebbe valorizzare il fattore gestionale e strategico nella organizzazione dei servizi; la cultura gestionale dei servizi pubblici più diffusa si pone come obiettivo prioritario il rispetto dei vincoli finanziari; tale obiettivo, dovrebbe essere più correttamente ridimensionato, perché descrive solo una doverosa consapevolezza dei mezzi economici, strumentali, professionali messi a disposizione del dirigente. Si intende invece porre la questione della definizione degli obiettivi generali dei servizi per i tossicodipendenti, i quali, nel rispetto dei vincoli finanziari, devono strutturare la propria organizzazione per il loro obiettivi generali, che, ovviamente, non spettano al singolo ufficio o servizio e che, possono e debbono variare nel tempo alla luce delle esigenze/bisogni." [U]

"Credo vada affrontato di petto il fenomeno delle morti per overdose, la cui gravità (probabilmente sottostimata a livello nazionale) è in Umbria nota a tutti. Su questo versante, un primo intervento (a costo zero) potrebbe essere quello della creazione, a livello territoriale, di un coordinamento permanente, una task force, tra i vari soggetti chiamati ad operare sul campo - forze dell'ordine, 118, servizi per le tossicodipendenze, bassa soglia, laboratori di analisi (che monitori-

no costantemente la purezza delle sostanze sul mercato), amministrazioni locali e regionali, etc - che potrebbe, attraverso un rapido scambio di informazioni, favorire la prevenzione delle overdose e contribuire dunque a ridurre le dimensioni, attualmente inaccettabili, del fenomeno." [N]

"Ridisegnare completamente il sistema nazionale dei servizi, sia nella sua dimensione di intervento pubblico, che in quella di intervento privato-accreditato; dimensionando in forme differenti la presenza di centri di presa in carico, di trattamento, di reinserimento, di riduzione del danno alla qualità e quantità dei fenomeni locali; prevedendo diverse unità di intervento in rete. Un superamento, quindi, della legge in vigore per quanto attiene ai servizi. Questo superamento deve essere anche di tipo terminologico (SerT e Dipartimenti Dipendenze Patologiche)." [X]

Una buona parte indica invece la **riqualificazione e formazione personale SerT**, segnalata in maniera diversa da molti dei rispondenti.

"Formare le nuove generazioni di operatori alla logica della salute, oltre che della patologia (università che dovrebbe avere strette integrazioni con le realtà comunitarie e non solo ospedaliere)." [D]

"Favorire attività di formazione continua al fine di migliorare la qualità dell'approccio clinico e di stabilire una sufficiente omogeneità tra le diverse modalità di intervento adottate dagli operatori dei Dipartimenti per le Dipendenze." [A]

Un piccolo gruppo ritiene importante avere **norme, procedure, protocolli e standard di qualità** più chiari.

Riguardo invece il minimo indispensabile le risposte sono state leggermente diverse. Anche se alcuni partecipanti (in numero esiguo) ribadiscono qui l'urgenza e la possibilità di insistere per un cambiamento della legge nazionale, la grande maggioranza ha suggerito una gamma di questioni pratiche che riconduciamo anche qui - per semplicità - a due macro-gruppi.

La grande maggioranza si concentra su elementi gestionali e organizzativi. In questo primo gruppo prevale il tema dell'integrazione fra opera-

tori e soggetti istituzionali o fra Dipartimenti, o col privato sociale (pochi).

"Vanno disegnati modelli organizzativi di forte integrazione con i dipartimenti di cure primarie e con quelli di salute mentale, per le rispettive aree di competenza, evitando i rischi di autoreferenzialità. Inoltre, l'offerta del privato sociale può essere orientata da una parte nel settore sociosanitario e assistenziale, dall'altra verso programmi residenziali brevi o semiresidenziali, accanto al il modello di comunità terapeutica tradizionale." [BB]

"Potenziamento e sviluppo dei processi di integrazione e conseguentemente dei Dipartimenti. In termini metodologici ed operativi competenze mediche, psicologiche e sociali, ma anche SerT, Servizi alcolologia e/o nuove droghe, Comunità terapeutiche e privato sociale in genere devono essere trasformati e ri-progettati in termini non di competenze e servizi esaurienti in sé e capaci di offrire risposte definitive (i fallimenti e la grande presenza di ricadute insegnano), ma in quanto "strumenti particolari" del territorio da utilizzare in maniera integrata nell'ambito di un progetto complesso di cura." [J]

Alcuni altri indicano la formazione per gli operatori, ma non tanti quanti ci si poteva aspettare dalle risposte alla precedente domanda.

"Forte investimento nella formazione degli operatori allo scopo di promuovere lo sviluppo di strategie di intervento più ampie improntate ai concetti di "Marketing sociale" e al superamento del paradigma interpretativo della devianza (da Servizi per la devianza a Servizi per malattie sociali ; da servizi per l'erogazione diretta di prestazioni di cura a servizi "catalizzatori" della costruzione di una rete diffusa di assistenza)." [Z]

"Coinvolgere i vertici dei servizi ed uffici in una opera di formazione manageriale, al fine di valorizzare le loro capacità di gestire le organizzazioni (definizione degli obiettivi, indicatori, monitoraggio, valutazione ecc.). Osservo che anche la valorizzazione ed addirittura l'impiego delle competenze (mono o pluri) professionali nei servizi, in questa ottica sono da considerare strumenti "possibili", da calibrare in base agli obiettivi assunti dal sistema dei servizi." [U]

Ci sono poi altre risposte interessanti ma isolate: individuare standard minimi di qualità uniformi sul territorio regionale; aumentare il potere decisionale dei Dipartimenti; sviluppare l'attività per progetti.

Il secondo gruppo di rispondenti indica inve-

ce proposte di ordine scientifico, culturale o anche organizzativo fortemente innovative rispetto all'attualità:

Maggiore prevenzione e promozione della salute; anche: concentrarsi sulla riduzione del danno; questo gruppetto richiama quindi, anche come risposte immediatamente praticabili, quanto auspicato alla precedente domanda.

"Occorre ancora definire a livello di pianificazione regionale e aziendale tutti gli ambiti di intervento nel settore delle dipendenze, comprendendo le dipendenze da sostanze legali e quelle comportamentali, e spostare l'obiettivo dal trattamento della condizione di dipendenza al confronto-intervento sul comportamento a rischio." [F]

Riorganizzazione dei servizi che superi la sanitarizzazione e focalizzazione sulla dipendenza come "malattia", e punti invece sulla messa in rete di tutte le risorse disponibili, in particolare quelle sociali; Implementare maggiormente le risposte sociali, oltre a quelle sanitarie:

"Il coinvolgimento degli utenti (sia i soggetti con problemi che i loro familiari) appare molto poco praticato nell'affrontare le dipendenze (ad eccezione dell'alcol): questo porta ad una privatizzazione degli interventi che riduce le risorse attivabili e una de-contestualizzazione delle persone coinvolte (per es. inserimento in comunità riabilitative con problematiche gravi di reinserimento a fine percorso, isolamento sociale, etc.). Sarebbe utile e per nulla dispendioso: 1) favorire la nascita di gruppi di auto mutuo aiuto e curarne l'evoluzione; 2) interventi mirati agli educatori (genitori e insegnanti) verso stili di vita sani; 3) integrare l'intervento sanitario con quello sociale (coinvolgimento del volontariato)." [D]

Il coinvolgimento degli utenti visto sopra compare anche in altre risposte, sia come sviluppo di gruppi di mutuo-aiuto sia come percorso partecipato (dal basso) per ripensare l'attuale complessità delle dipendenze in vista di nuove politiche (inasprire la tassazione sui giochi d'azzardo e investire gli introiti sui servizi).

### 13.3.3 Ipotesi di scenario

Queste ipotesi (quelle auspicato, quelle ritenute possibili) che probabilità hanno di essere realmente perseguite e realizzate nei prossimi due o tre anni? La tabella che segue sintetizza le principali risposte viste al precedente paragrafo con il valore medio della possibilità attribuita dagli esperti (lungo uno scala da 0 - nessuna possibilità - a 100 - sicura realizzazione)

**Tabella 13.6** capienze e presenze negli istituti penitenziari dell'Umbria al 31.12.2011. Distinzione per tipo di circuito penitenziario e per regime detentivo. Percentuale di sovraffollamento espressa dal rapporto tra presenze e capienza regolamentare e dal rapporto tra presenze e capienza tollerabile

Principali temi emerso nel secondo round	Valore
Rivedere le politiche nazionali, giudicate obsolete e inutilmente repressive	32
Politiche orientate alla riduzione del danno e all'integrazione sociale	25
Potenziamento delle politiche di prevenzione, politiche culturali in generale	23
Politiche orientate alla riduzione del danno e all'integrazione sociale	25
Potenziamento delle politiche di prevenzione, politiche culturali in generale	23
Maggiore interesse per le ludopatie e conseguenti politiche di contrasto	53
Integrazione dei dipartimenti delle dipendenze con DSM e altri servizi, incluso il privato sociale	52
Riorganizzazione dei servizi che superi la sanitarizzazione	36
Riqualificazione e formazione del personale	48
Norme, procedure, protocolli e standard di qualità più chiari ed omogenei	49

Naturalmente il valore medio non descrive bene le articolazioni interne al gruppo ma rende

immediatamente evidente che, mediamente, si ritengono potenzialmente possibili:

- l'incremento dell'interesse verso le ludopatie;
- l'integrazione dei Dipartimenti delle Dipendenze con DSM e altri servizi;
- una maggiore riqualificazione e formazione del personale;
- procedure e standard di qualità più chiari.

Sono mediamente ritenuti scarsamente probabili:

- il potenziamento delle politiche di prevenzione e culturali generali;
- lo sviluppo di politiche di riduzione del danno e di integrazione sociale.

Poca fiducia (ma non totale disillusione) sulla possibilità di:

- rivedere le politiche nazionali in senso meno repressivo;
- riorganizzare i servizi in senso meno sanitario e più sociale.

Da segnalare che la platea dei nostri esperti ha visto gli operatori della sanità (dei SerT o dei servizi più strettamente collegati) più chiaramente schierati verso punteggi ottimisti rispetto agli esperti non professionalmente legati alla sanità (la differenza non è fortissima ma sensibile). Alla richiesta di argomentare questi giudizi la maggior

parte delle risposte ricorda la scarsità di risorse disponibili, lo scarso interesse del tema delle dipendenze nell'agenda politica e la particolare situazione anche politico-istituzionale che l'Italia sta vivendo; tutto ciò porta a giustificare sostanzialmente punteggi bassi quasi ovunque. Le eccezioni (per esempio sulle ludopatie) sono motivate dal forte proporsi come emergenze di alcuni temi specifici.

"L'orientamento e la conformazione politica stessa dell'attuale governo non consentono di pensare ad un'inversione di tendenza nell'arco dei prossimi 24/36 mesi, che sono poi - secondo la maggior parte degli osservatori - i tempi di vita previsti per l'esecutivo in carica. Riduzione del danno, integrazione sociale, prevenzione e politiche culturali di cambiamento non rientrano, a mio avviso, tra le priorità di questo governo e non sono neanche "nelle sue corde", visto che all'interno dell'esecutivo trovano spazio forze politiche che hanno da sempre avvertito questo tipo di politiche. Tuttavia, si può attribuire un punteggio leggermente più alto all'ipotesi di revisione delle politiche repressive e di incremento degli interventi sostitutivi al carcere, non tanto per una scelta politica, quanto per una necessità legata al dramma del sovraffollamento carcerario che, proprio in questo periodo (non importa se per ragioni strumentali ad altri interessi) è tornato prepotentemente al centro del dibattito pubblico. Il problema delle ludopatie si è imposto solo recentemente all'attenzione pubblica, ma l'impressione è che sia rapidamente cresciuta, nell'opinione pubblica (o in importanti fette di essa) e nelle istituzioni locali (Comuni, Regioni) la consapevolezza della pericolosità sociale e della gravità di questo fenomeno. Di qui la percentuale più alta delle altre, ma pur sempre contenuta, a causa di un atteggiamento del governo nazionale molto ambiguo e certamente influenzato dall'azione di lobbying esercitata dall'industria dell'azzardo, tanto da annoverare al suo interno esponenti considerati molto vicini a questo mondo. Infine, le basse percentuali ai punti 6 e 7 sono dovute soprattutto alle condizioni generali sempre più critiche del settore pubblico, dei servizi e dei lavoratori che in essi operano. E' difficile che un governo fortemente orientato a privatizzare (come i precedenti d'altronde) metta mano a processi di riorganizzazione dei servizi pubblici o investa nella riqualificazione e formazione del personale." [N]

"Penso che, vista l'emergenza sul sovraffollamento delle carceri, ci sia qualche speranza sulla revisione di determinati meccanismi legislativi, e che si punterà molto sulle alternative al carcere. Credo

che anche la dipendenza da gioco d'azzardo potrà essere al centro di azioni di vario genere, visto l'interesse e le azioni messe in moto da ANCI. Ritengo inoltre che, vista la competenza delle Regioni sull'organizzazione dei servizi, sia possibile operare modifiche organizzative di integrazione e stratificazione dei servizi, modifiche che di per sé non comportano costi ulteriori ma possono migliorare decisamente efficacia e appropriatezza. Ho minori aspettative su altri temi di carattere nazionale: la competenza pressoché esclusiva del Dipartimento nazionale antidroga su questi oggetti non mi lascia sperare in modifiche sostanziali." [BB]

"La situazione politica e culturale è molto incerta, ma si percepisce un cambio verso politiche più inclusive e solidaristiche; non solo, ma si percepisce concretamente il fallimento delle politiche repressive (il problema enorme delle carceri ad esempio). Il cambiamento culturale lo prevedo comunque lento ed incerto, mentre vi sono segnali che indicano un interesse della politica per la promozione della salute (documenti internazionali che vanno in tale direzione e comparsa di questi temi in documenti ministeriali di politica economica: si scopre che qualche volta il prevenire conviene). Per le ludopatie vi è un allarme sociale crescente e quindi, compatibilmente con equilibri di bilancio, si sarà costretti ad un rallentamento della spinta verso tale forma di "rapina sociale". Su questioni interne organizzative specifiche non ho elementi approfonditi, mentre per la situazione generale delle ASL Umbre mi sembra di cogliere un certo interesse per la programmazione partecipata e strutturata (Nell'atto Aziendale della AUSL Umbria 2 ha trovato posto, fra le varie forme organizzative tradizionali, anche l'unità di progetto, ad esempio)" [G]

### 13.3.4 Le conseguenze

La domanda cruciale, a questo punto, è: se quanto auspicato (i vari temi del paragrafo precedente) non dovesse essere realizzato (nessuna politica migliorativa, nessun intervento sui servizi etc) cosa accadrà? Qual è lo scenario peggiore che si prefigura? Naturalmente questa conclusiva e decisiva domanda è molto densa e articolata nelle risposte. Gli esperti avevano la possibilità di scegliere i tre temi (fra tutti quelli proposti) da approfondire; questa possibilità di scelta ci mostra, innanzitutto

che il primo tema indicato sia principalmente quello della revisione delle attuali politiche repressive seguito (ma a forte distanza) da temi relativi alla riorganizzazione dei servizi e la loro integrazione. Questo tema è comunque prevalente nella seconda scelta, anche se articolata in varie forme, con ulteriori indicazioni sulle ludopatie e sulle politiche orientate alla prevenzione. Infine la terza scelta vede segnati molti temi: ancora la riorganizzazione dei servizi e le ludopatie, ma anche la formazione, gli standard di qualità e altri. Vediamo brevemente come sono stati trattati i temi principali.

**Superamento delle attuali politiche:** chi segnala questo problema teme un aumento della popolazione carceraria e la difficoltà al trattamento terapeutico.

"Se le riforme dovessero tardare o mancare, il fallimento si ripercuoterebbe sull'intero sistema carcerario e sul funzionamento della giustizia. In particolare, si accentuerebbe la difficoltà di applicazione dei programmi terapeutici alternativi: ricordiamo il crollo degli ultimi anni dei programmi terapeutici per chi è sotto procedimento amministrativo per uso personale e per chi è sotto procedimento penale ma non ancora incarcerato." [Y]

**Integrazione dei dipartimenti delle dipendenze con DSM e altri servizi:** chi segnala questo tema prevede un rapido peggioramento delle risposte alle dipendenze.

"Qualora non ci si attivi nella gestione e nello sviluppo di integrazione, verrà sollecitato un maggior schieramento e contrapposizione pubblico/privato, con un pericoloso assestarsi reciproco su posizioni difensive e pregiudiziali. Il rischio è che il sistema diventi "ostaggio" della politica in termini strumentali (regioni con culture più legate alla destra verso una privatizzazione totale del sistema; regioni con cul-

ture più legate alla sinistra verso un utilizzo del privato a "servizio" (di bassa qualità) del pubblico). Questi elementi porterebbero comunque ad un disinvestimento sia in termini economici che di sviluppo di pensiero. Tra l'altro un rischio quasi inevitabile, ed in molti territori già in atto, è quello di oscillare tra una replicazione inutile di servizi simili nello stesso territorio (in competizione fra loro) ad un impoverimento di interventi e risorse in altri, spingendo comunque verso l'adozione di "modelli unici" che ad oggi hanno già dimostrato ampiamente la loro inefficacia." [J]

"Si approfondirà il solco tra le diverse politiche (sociali, sanitarie, educative, formative ecc.) con una marginalizzazione ed una delega totale ai servizi, sia pubblici che del privato sociale. La marginalizzazione comporterà una continua diminuzione di risorse dedicate (sia finanziarie che professionali) ed un depotenziamento dei servizi. Le persone potranno avere risposte sempre meno adeguate al livello dei loro bisogni e comunque saranno tutte centrate a contenere e a ridurre l'impatto e la visibilità sociale delle problematiche. Il carcere potrebbe essere sostituito con altre misure di allontanamento e di contenimento (farmaci, quartieri periferici e zone delimitate a forte esclusione sociale)." [S]

**Ludopatie:** la mancata soluzione del problema porterebbe - secondo coloro che hanno segnalato questo tema - a un crescente disagio sociale e culturale.

"Diffusione di sale gioco senza alcuna possibilità di regolamentazione da parte dei Comuni - indebitamento di fasce di popolazione già a rischio povertà (pensionati, giovani sotto occupati) - dal punto di vista culturale, incentivo a forme di pensiero magico e di scarsa critica ai messaggi pubblicitari - sempre maggiore assunzione di gravi responsabilità da parte dello Stato nell'indurre direttamente questi effetti." [BB]

**Prevenzione:** ritenuta indispensabile per una politica di lungo respiro capace di contenere nel tempo i fenomeni di dipendenza.

"Anche se sappiamo bene che gli esiti delle politiche di prevenzione sono visibili dopo molto tempo penso che se non verrà dato più spazio alla promozione della salute e a politiche culturali in generali tendenti a rendere la popolazione consapevole dei propri stili di vita dannosi i servizi per le dipendenze dovranno far fronte ad un aumento di vecchie e nuove dipendenze senza avere le risorse necessarie." [C]

"L'abbandono totale delle politiche di prevenzione sta già portando

ad una evidente perdita culturale, soprattutto e più gravemente, nelle fasce più giovani della popolazione che sono quelle più esposte: i servizi si troveranno ad affrontare richieste di prestazioni sempre più diversificate e quantitativamente aumentate, la possibilità di ridefinizione della domanda sarà sempre minore, così come la possibilità di incidere sulla produzione dei fenomeni." [D]

### 13.4 Conclusioni

L'indagine valutativa fin qui illustrata ha presentato molteplici aspetti: a livello "dimensionale" abbiamo trattato gli operatori, i servizi e la loro organizzazione e le politiche; a livello di ambito - in particolare con la Delphi - abbiamo affrontato le prospettive regionali, umbre e nazionali. Questa articolazione ha consentito un inquadramento d'insieme necessario per comprendere un contesto multiproblematico e complesso in cui si registra:

- una complessificazione del fenomeno "dipendenze" (si pensi solo alle ludopatie, ma anche alla continua trasformazione dei prodotti illegali);
- una molteplicità di attori coinvolti sia a livello operativo (e abbiamo visto quanto sia problematica l'efficacia della rete) sia a livello politico-istituzionale;
- un'agenda politica che non sembra considerare centrale il problema delle dipendenze, e che viene ad essere piuttosto ristretta dalla perdurante situazione di crisi.

Date queste premesse, naturalmente portatrici di difficoltà d'analisi e non disponibili a eccessive

semplificazioni, il lettore si sarà fatta una sua idea in merito a nodi critici, priorità, possibili evoluzioni. Qui si fornisce solo una delle possibili chiavi di lettura che è apparsa evidente al valutatore: la contrapposizione fra due livelli che, per brevità, verranno chiamati "micro" (quello degli operatori e dei SerT) e "macro" (il livello politico-istituzionale).

Dall'indagine svolta appare senza ombra di dubbio che il livello micro funziona, se consideriamo questo livello come preparazione e formazione degli operatori, senso di identità professionale e coesione di gruppo, impegno e sacrificio individuale. Questa immagine assolutamente positiva non deve comunque apparire edulcorata ed eccessiva. Nel quadro di una descrizione generalmente positiva si possono inserire singole eccezioni, che non modificano l'insieme, fatta salva la constatazione del peggioramento man mano che si passa da servizi di piccoli centri verso servizi dei capoluoghi e in particolare Perugia, dove la situazione appare comunque più affaticata. Eccezioni e differenze a parte, il tessuto complessivo dei SerT e dei loro operatori tiene, lavora con competenza, si fa carico.

D'altro lato si evince come il quadro politico-istituzionale non risponda adeguatamente. Una normativa nazionale generalmente considerata pessima, un forte disinteresse politico al tema (anche regionale), la mancanza di risorse per sostenere i progetti e comperare le attrezzature necessarie e la mancanza di un ricambio degli operatori, con ulteriori problemi di organizzazione nel-

l'ambito delle Aziende sanitarie, sembrano separare gli operatori da quei sostegni organizzativi (in senso lato) senza i quali è inevitabile che i servizi non possano che deperire. La volontà e la motivazione degli operatori non possono competere con la mancanza di spazi per la terapia, la mancanza di risorse per i progetti di promozione della salute, l'invecchiamento senza immissione di nuove risorse e così via. È comprensibile come l'apnea organizzativa (politica, istituzionale, economica e quindi anche organizzativa in senso proprio) limiti l'azione individuale prima, la vanifichi poi.

Si sarà notato che non si è posto un livello "meso" intermedio, in queste conclusioni, fra gli operatori e le istituzioni. Il livello "meso" sarebbe rappresentato dalla Rete, effettiva e coordinata, che si è visto essere sostanzialmente assente e scarsamente efficiente (salvo - ma torniamo ai singoli operatori - per quanto individualmente costruito come relazione personale, che solitamente è assai poco per quanto importante).

In questa situazione la visione d'insieme delle politiche per le dipendenze in Umbria è sintetizzabile come un piano inclinato. I SerT scivolano lentamente lungo questo piano perdendo capacità, funzioni, ruolo. Al momento questo "scivolamento" è percepito più che altro dagli operatori e dagli addetti ai lavori e ha effetti marginali a livello sociale grazie alla capacità dei servizi. Ma lo strappo - quello che renderà evidente la distanza fra il fenomeno delle dipendenze e la concreta risposta dei servizi - non è molto lontano. Al-

la fine (abbastanza prossima) del piano inclinato c'è un semplice bivio: da un lato la definitiva stagnazione, coi SerT destinati ad occuparsi di fasce sempre più ristrette di utenti, senza ulteriori investimenti nella complessità dei fenomeni; dall'altro lato un reale, serio, strutturale intervento pubblico: nella riorganizzazione dei Dipartimenti, nel finanziamento dei servizi, nell'immissione di nuovo personale, nella formazione e - lo mettiamo alla fine solo perché enormemente più complesso - nella riflessione sulla normativa.

Si tratta di soluzioni che investono livelli istituzionali differenti. Alcuni si giocano indubbiamente su tavoli distanti, ma altri possono essere decisi localmente, qui in Umbria. Tutto ciò che riguarda l'organizzazione a parità di risorse, per esempio; la formazione; ma anche una forte attenzione al lavoro di Rete che - se opportunamente attivato - potrebbe sostenere adeguatamente il lavoro dei servizi per un periodo più lungo, in attesa che altrove si decida una nuova normativa, che nuove risorse si rendano disponibili. Un'autentica, efficiente ed efficace costruzione di una Rete adeguata - che sarebbe molto più capillare e vasta di quanto, episodicamente, si fa oggi - potrebbe dare nuovo respiro anche se, ripetiamo, solo affrontando i nodi strutturali si interromperà il destino dovuto al piano inclinato.