



DAL CONSUMO INTEGRATO ALLA MARGINALITÀ SOCIALE: lo stato delle dipendenze patologiche in Toscana

Documenti dell'Agenzia Regionale
di Sanità della Toscana

Mercato della droga
e interventi di contrasto



I consumi
delle sostanze psicotrope



Indagine
sulle disuguaglianze di salute
della popolazione
ad alta marginalità sociale



Indagine
sull'uso di sostanze legali e non
nel mondo giovanile



Conseguenze sanitarie
dell'abuso
di sostanze psicotrope



Inserimenti lavorativi
nella popolazione
tossicodipendente

77

Maggio
2014

**Mercato della droga
e interventi di contrasto**

**I consumi
delle sostanze psicotrope**

**Indagine
sulle disuguaglianze di salute
della popolazione
ad alta marginalità sociale**

**Indagine sull'uso di sostanze legali
e non nel mondo giovanile**

**Conseguenze sanitarie
dell'abuso
di sostanze psicotrope**

**Inserimenti lavorativi
nella popolazione
tossicodipendente**

**Dal consumo
integrato alla
marginalità sociale:**

**lo stato
delle dipendenze
patologiche in Toscana**

Collana dei Documenti ARS

Direttore responsabile: Francesco Cipriani

Registrazione REA Camera di Commercio di Firenze N. 562138

Iscrizione Registro stampa periodica Cancelleria Tribunale di Firenze N. 5498
del 19/06/2006

ISSN stampa 1970-3244

ISSN on-line 1970-3252

Dal consumo integrato alla marginalità sociale: lo stato delle dipendenze patologiche in Toscana

Coordinamento

Francesco Cipriani Direttore
Agenzia regionale di sanità della Toscana

Sintesi

Fabio Voller Dirigente
Settore sociale Osservatorio di Epidemiologia
Agenzia regionale di sanità della Toscana

Autori

(in ordine alfabetico)

Arcangelo Alfano Responsabile
PO Prevenzione e cura delle condotte di abuso e delle dipendenze
Settore Politiche per l'integrazione socio-sanitaria
Regione Toscana

Laura Aversa Collaboratrice
Osservatorio di Epidemiologia
Agenzia regionale di sanità della Toscana

Alice Berti Funzionario di ricerca
Osservatorio di Epidemiologia
Agenzia regionale di sanità della Toscana

Stefano Bertoletti Ricercatore
Forum Droghe

Francesco Innocenti Funzionario di ricerca
Osservatorio di Epidemiologia
Agenzia regionale di sanità della Toscana

Fabrizio Mariani Presidente
Coordinamento nazionale Comunità di accoglienza Toscana

Pasquale Pepe Collaboratore
Polo universitario Città di Prato
Servizi didattici e scientifici per l'Università di Firenze

Maria Stagnitta Coordinatrice
Servizi Associazione Insieme Onlus

Barbara Tinti Ricercatrice
Forum Droghe

Barbara Trambusti Responsabile
Settore Politiche dell'integrazione socio-sanitaria
Regione Toscana

Fabio Voller Dirigente
Settore sociale Osservatorio di Epidemiologia
Agenzia regionale di sanità della Toscana

Grazia Zuffa Responsabile
Ricerca e formazione
Forum Droghe

Editing

Elena Marchini Comunicazione e informazione
PO Tecnologie dell'informazione e comunicazione
Agenzia regionale di sanità della Toscana

Impaginazione Nuova MCS - Firenze

Ringraziamenti

Per aver contribuito alla realizzazione del Capitolo 3: Jacopo Lascialfari (Associazione Insieme), Stefano Bertoletti (CAT cooperativa sociale), Giorgia Delli Cicchi (Cooperativa sociale Il Cerchio), Andrea De Conno (Società della salute Zona Pisana).

Per aver reso possibile la ricerca riportata nel Capitolo 4 con il proprio lavoro di reclutamento e di intervista: Federica Gamberale, Nicoletta Zocco, Chiara Galigani, Sara Contanessi, Giacomo Del Sala, Marco Mannuccini, Valentina Menzella, Elena Ciucci, Camilla Santi, Barbara Tinti, Ilaria Landi, Phan Thi Lan Dai (ricercatori).

Per il contributo alla realizzazione del Capitolo 5: gli studenti e i docenti degli istituti d'istruzione secondaria della Toscana che hanno aderito al progetto EDIT Web 2013.

Ringraziamo infine tutti i Servizi per le Tossicodipendenze della Toscana e le Comunità afferenti al Coordinamento degli Enti Ausiliari per la loro collaborazione e disponibilità.

Indice

Il Documento in sintesi	pag. 7
1. Il mercato della droga e gli interventi di contrasto delle forze di polizia	11
1.1 Il traffico globale di sostanze	13
1.2 L'attività di contrasto in Italia e in Toscana	18
1.2.1 Le operazioni antidroga	18
1.2.2 Le azioni di contrasto	19
1.2.3 Le segnalazioni all'Autorità Giudiziaria	20
1.2.4 I controlli per guida sotto l'effetto di alcol e sostanze stupefacenti: il quadro toscano	25
2. I consumi delle sostanze psicotrope	29
2.1 Dal contesto mondiale alla realtà italiana	31
2.2 L'uso e abuso delle sostanze stupefacenti in Toscana: le fasce giovanili	34
Focus I - La poliassunzione di sostanze illegali tra gli studenti toscani	41
Focus II - Rilevazione EDIT Web 2013: i dati preliminari	46
3. Indagine sulle disuguaglianze di salute della popolazione ad alta marginalità sociale	53
3.1 Introduzione	55
3.2 Descrizione dello studio	55
3.2.1 Obiettivi	55
3.2.2 Strumenti e metodi	56
3.3 Risultati	57
3.3.1 Analisi descrittiva del campione	57
3.3.2 Analisi descrittiva dei risultati	60
3.4 Conclusioni	73
4. Indagine sull'uso di sostanze legali e non nel mondo giovanile: i modelli, i contesti e le traiettorie dei consumi	77
4.1 Introduzione	79
4.2 Descrizione del progetto	80
4.2.1 Obiettivi	80
4.2.2 Strumenti e metodi	81
4.3 Risultati	82
4.3.1 Partecipanti: analisi descrittiva	82
4.3.2 Rapporto con i servizi	84
4.3.3 Consumo di sostanze legali	86
4.3.4 Consumo di sostanze illegali	89
4.4 Conclusioni	109

5. Conseguenze dell'uso e abuso di sostanze psicotrope	113
5.1 L'utenza in carico ai Servizi per le tossicodipendenze	115
5.2 L'utenza in carico ai Servizi alcolologici della Toscana	121
5.3 Gli accessi ai pronto soccorso toscani per cause droga correlate	124
5.4 Ricoveri droga correlati	130
5.5 I decessi per overdose da sostanze in Italia e Toscana	132
5.5.1 Le fonti e i dati nazionali	134
5.5.2 I dati toscani	136
6. Sperimentazione e valutazione degli inserimenti lavorativi nella popolazione tossico/alcolodipendente della regione Toscana	141
6.1 Introduzione	143
6.2 Descrizione del progetto	144
6.2.1 Strumenti e metodi	144
6.3 Risultati	145
6.3.1 Avvio effettivo del progetto e durata	145
6.3.2 Analisi descrittiva del campione	146
6.4 Valutazione ed esito degli interventi	150
6.4.1 Uso di sostanze	150
6.4.2 Esito finale	152
6.4.3 Valutazione degli interventi	158
Allegati	161
I - Questionario EDIT Web 2013	163
II - Questionario	179
III - Questionario	187
IV - Scheda di valutazione pre-intervento	197
V - Scheda di valutazione post-intervento	205

Il Documento in sintesi

Nel **primo capitolo** viene dato grande risalto ai principali dati del mercato della droga a livello internazionale ed italiano, con particolare riferimento all'attività di contrasto delle forze dell'ordine in Italia ed in Toscana attraverso l'analisi delle segnalazioni all'autorità giudiziaria per possesso di sostanze, per traffico illecito di sostanze e per associazione finalizzata al traffico illecito. Sono presentati anche alcuni dati relativi ai controlli stradali per guida sotto l'effetto di sostanze psicotrope. **Cocaina:** la maggior parte degli indicatori disponibili suggeriscono un andamento del mercato tendenzialmente in calo. Questo risultato riflette principalmente la situazione in Nord America, dove il mercato della cocaina è diminuito in modo significativo, soprattutto nel periodo 2006-2012, e, in misura minore, in Europa occidentale e centrale. **Cannabis:** stabile il mercato, nel periodo 2000-2011 i sequestri di hashish sono avvenuti principalmente in Spagna, che rappresenta anche il più importante punto d'ingresso in Europa di hashish di origine marocchina. In questo scenario l'Italia, con un milione di piante rimosse in coltivazioni outdoor e oltre 2.500 indoor, occupa un posto strategico nella diffusione di questa sostanza. **Droghe sintetiche:** nel 2011 sono state sequestrate 123 tonnellate di queste sostanze nel mondo (+66% rispetto al 2010). I sequestri risultano aumentati in quasi tutte le aree geografiche maggiormente coinvolte, tra cui l'Asia (soprattutto Cina e Thailandia), il Nord America e l'Europa. Questo aumento è dovuto soprattutto alla quota di metanfetamine sequestrate, la cui produzione, tra il 2010 e il 2011, è cresciuta del 73% (da 51 a 88 tonnellate sequestrate). **Opiacei:** dati sulla stima della produzione di oppio a livello globale nel 2012 registrano un'importante diminuzione rispetto al precedente anno (4.900 tonnellate vs 7.000 tonnellate). Per quanto riguarda le **operazioni antidroga** le azioni di prevenzione e contrasto nel mondo delle droghe vengono realizzate dalle forze dell'ordine con interventi che mirano ad arrestare la produzione, il traffico, il consumo, nonché la guida in stato di alterazione psico-fisica. In Toscana, nel 2012, le operazioni antidroga sono state in tutto 1.338 (-4,2% rispetto al 2011). Negli ultimi 10 anni il trend è rimasto piuttosto costante, con un picco massimo di 1.516 operazioni nel 2009. Passando ad analizzare i sequestri di sostanze, sempre in Toscana, nel 2012 questi hanno rappresentato l'1,6% del totale nazionale con un numero complessivo pari a 6.750 (755 kg. circa in tutto). Rispetto al 2011 è stato rilevato un aumento dei sequestri di eroina (+7%) e piante di cannabis (+74%), mentre quelli relativi alle altre sostanze risultano tutti in calo. Sempre nel 2012, le persone segnalate sul territorio toscano sono state in tutto 2.127 (-2,4% rispetto all'anno precedente), il 6% del totale dei segnalati in Italia. Le denunce hanno riguardato per l'87,5% dei casi il reato di traffico illecito e, nei restanti casi, quello di associazione finalizzata al traffico. Inoltre, il 54% ha coinvolto cittadini stranieri, prevalentemente di nazionalità marocchina, albanese e tunisina, l'8,7% dei quali erano donne. Sempre secondo i dati richiesti al Ministero dell'interno per quanto riguarda l'**uso di sostanze**, i segnalati ai sensi dell'art. 75 del d.p.r. 309/90 e successive modificazioni in Toscana, nel

2012 le segnalazioni avvenute sono in tutto 3.186 e rappresentano l'8,5% circa del totale nazionale (R M/F = 10,7:1).

Nel **secondo capitolo** si affronta il fenomeno del consumo di sostanze nella popolazione mondiale, italiana e toscana analizzando tutte le fonti a disposizione (World Drug Report, European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs - ESPAD, Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs - IPSAD, Epidemiologia dei Determinanti dell'Infortunistica stradale in Toscana - EDIT).

Le **Nazioni Unite (World Drug Report 2013)** hanno stimato che circa **200 milioni di persone in tutto il mondo**, oltre il 5% di tutta la popolazione tra i 15 ed i 64 anni di età, consuma sostanze psicotrope illegali e che circa 30 milioni di questi siano consumatori problematici. Per quanto riguarda l'**Italia, i consumi sono al di sotto delle medie europee** (la cannabis, nella popolazione generale, è infatti pari al 4% circa e arriva al 12% tra i più giovani, mentre per l'uso della cocaina il consumo generale coinvolge circa lo 0,6% della popolazione e quello giovanile non arriva all'1,5%).

Venendo ai **consumi giovanili** (15-19 anni), l'ESPAD stima che nel 2012, **in Italia**, oltre 500mila studenti delle scuole medie superiori abbiano consumato cannabis (circa il 22%), poco più di 60mila cocaina (circa il 4%) e 30mila oppiacei (circa 1,7%). Si attesta una generale tendenza alla stabilizzazione nel numero dei consumatori di tutte le sostanze. Tuttavia, si osservano lievi incrementi nell'uso di cannabis (soprattutto nelle regioni del Centro-sud) e di stimolanti (soprattutto nel Centro-nord). In espansione è il fenomeno del consumo degli psicofarmaci, ritenuti sostanze illegali nella misura in cui vengano assunti senza prescrizione medica. **In Toscana**, secondo l'ultima rilevazione EDIT (2011), il 36,4% dei giovani toscani (14-19 anni) dichiara di aver consumato una o più sostanze illecite almeno una volta nella vita. Questo significa che oltre 66.000 studenti toscani avrebbero assunto una o più sostanze stupefacenti nella loro vita. Osservando l'andamento dei risultati delle tre rilevazioni EDIT (2005-2008-2011) non emergono differenze rilevanti, se non un lieve aumento della prevalenza di assuntori di cannabis. L'associazione di due o più sostanze illegali (**poliuso**) nella vita riguarda il 13,4% del campione degli intervistati nel 2011, in aumento rispetto all'inizio della rilevazione (2005).

Nel **terzo capitolo** si riportano i risultati di un'**indagine** sulle disuguaglianze di salute della **popolazione ad alta marginalità sociale**, dove utilizzando il canale facilitante dei servizi di Riduzione del Danno/Bassa Soglia del CNCA (Unità di strada, Drop in, Centri di prima accoglienza e ascolto) si è potuto raggiungere un target - sempre più numeroso nei nostri territori - che esprime una forte multiproblematicità, dovuta spesso alla compresenza di patologie sanitarie (tossicodipendenza, malattie infettive, disturbi psichiatrici), con condizioni di fragilità sociale. Accanto a persone con carriere "storiche" di policonsumo ed altre più facilmente inquadrabili nel fenomeno della "homelessness" o dell'immigrazione clandestina, sono stati analizzati i bisogni sanitari dei "nuovi poveri", ovvero uomini e donne che fino a poco tempo fa conducevano una vita socialmente ed economicamente dignitosa, ma che la crisi ha fatto precipitare sotto la soglia di povertà assoluta. I dati di più immediata lettura suggeriscono che il possesso o meno della

residenza anagrafica è sicuramente elemento discriminante per poter accedere a servizi sanitari e sociali strutturati. Ne deriva l'ingresso di questa popolazione (italiani e stranieri) in un circuito di cronicizzazione dei propri problemi sanitari e sociali da cui spesso è difficile, se non impossibile, uscire. Per risolvere problemi sanitari che non rivestono carattere di urgenza, queste persone si trovano sempre più spesso costrette a rivolgersi al pronto soccorso, causando inevitabilmente un appesantimento ed ulteriori costi a questo presidio che dovrebbe provvedere solo ed esclusivamente a casi di emergenza/urgenza. Inoltre, il 40% dei consumatori di sostanze psicoattive dichiara di non essere sottoposto a trattamenti terapeutici. Per ciò che riguarda gli stili di vita a rischio e le malattie infettive, molte delle persone incontrate non fanno uso del profilattico e non hanno mai effettuato i test HIV, HCV, HBV.

Nel quarto capitolo sono riportati i risultati di **un'indagine sui modelli di consumo, contesti e tendenze della popolazione giovanile consumatrice di sostanze illegali**. La ricerca offre uno spaccato significativo su una certa cultura dell'uso di sostanze, tipica di strati giovanili mediamente integrati socialmente, per i quali la socialità legata al divertimento riveste un ruolo di rilievo in cui la tipologia di consumi sembra essere incardinata in una vita sociale caratterizzata da frequenti uscite settimanali per passare le serate nei pub, nei bar e alle feste. Si riconfermano trend che appaiono ormai consolidati, come la diffusione della cannabis come sostanza d'elezione, la cocaina come "seconda" sostanza, l'MDMA come sostanza associata al ballo. Ma emergono anche altre sostanze, seppure più "di nicchia", come la ketamina e l'oppio. Inoltre, una sostanza da anni in declino come l'eroina si ripresenta, anche se con diverso stile di consumo (fumata). È uno degli ambiti più interessanti del presente studio, che permette di andare oltre la definizione stessa, puramente descrittivo-epidemiologica, di "policonsumo", attraverso l'individuazione dei "vantaggi"/"svantaggi" dei mix, facendo emergere con precisione la "razionalità" degli abbinamenti di sostanze.

Nel quinto capitolo si affronta il tema delle **conseguenze sanitarie del consumo di sostanze illegali in Toscana** misurandolo attraverso i dati degli utenti in carico ai Servizi per le tossicodipendenze, agli accessi al Pronto soccorso ed ai ricoveri ospedalieri per cause droga-correlate e attraverso i dati di mortalità per overdose.

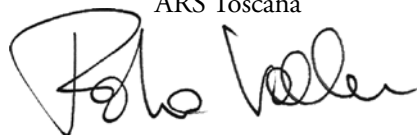
Gli utenti in carico nel 2011 presso i 41 SerT della Toscana sono in tutto 4.416 (82,5% maschi e 17,5% femmine). Il 16,3% di questi sono nuovi utenti. Gli andamenti dei soggetti in carico nei SerT toscani dal 1991 ad oggi mostrano un tendenziale aumento dell'utenza totale, determinato dalla prolungata ritenzione in trattamento nei SerT dei soggetti tossicodipendenti. Relativamente alla sostanza d'abuso primaria negli ultimi 20 anni, l'eroina è passata dal 91% al 72% circa, mentre l'uso della cocaina e della cannabis aumenta, passando dall'1% al 14% nel primo caso e dal 6% circa al 10% nel secondo. Le persone in trattamento per alcoldipendenza in Toscana nel 2012 erano 5.183 e gli andamenti temporali dal 1997 ad oggi mostrano un aumento degli alcolisti in carico, sia dei nuovi utenti (da 846 a 1.181) sia, ma in particolar modo, di quelli già in carico (da 1.240 a 4.002). Il totale degli accessi al Pronto soccorso per le cause droga-correlate rilevato per

l'anno 2013 è pari a 1.308, dato in lieve calo rispetto ai precedenti anni (1.379 nel 2011 e 1.334 nel 2012). Gli accessi per queste cause rappresentano lo 0,13% sul totale degli accessi in tutti gli anni di rilevazione e il 15,3% è esitato in un ricovero ospedaliero. Per quanto riguarda i decessi per overdose in Toscana, come in Italia, dai primi anni '80 in poi si osserva un andamento in crescita fino ai primi anni '90, con un picco nel 1995, per poi attenuarsi in modo repentino fino al 2002 stabilizzandosi negli anni fino al 2012. Questo andamento è con tutta probabilità legato alle variazioni nei consumi di eroina che, in concomitanza della metà degli anni '90, raggiungeva il massimo della diffusione. La Direzione generale per i Servizi antidroga (DCSA) riporta per la Toscana, dal 2002 in poi, valori tra i 20 e i 40 decessi l'anno, per poi arrivare ai 43 del 2012.

L'età media delle persone decedute continua ad alzarsi ed è arrivata a quasi 38 anni nel 2012.

Il sesto capitolo dà spazio infine ai risultati della sperimentazione degli **inserimenti lavorativi** nella popolazione tossico/alcolodipendente, effettuati tramite un progetto finanziato dalla **Regione Toscana**. I percorsi di assistenza e cura alle persone con problemi di dipendenze si orientano sempre più in direzione di una forte differenziazione. L'esperienza di alcune regioni ha dimostrato come una delle risposte maggiormente utilizzate nei trattamenti sia stata quella degli inserimenti lavorativi, sia che questi fossero direttamente connessi al trattamento, sia che rappresentassero l'anello conclusivo di un percorso terapeutico. La formazione professionale e le azioni d'inserimento possono inoltre rispondere alla duplice necessità di fare acquisire le competenze e, al tempo stesso, attraverso la pianificazione del percorso d'inserimento lavorativo, dare al soggetto gli strumenti necessari per quella progettualità che gli sarà utile non solo alla ricerca del lavoro. A tal proposito la Regione Toscana, dal 2008, ha avviato un percorso comune tra gli operatori del settore delle dipendenze con lo scopo di costruire procedure standardizzate di applicazione degli interventi lavorativi e di verifica dei risultati, in modo da creare altresì prassi e modalità operative trasferibili. Nel corso del 2012-2013 sono stati finanziati 179 interventi di inserimento lavorativo, esperienza formativa e inserimento socio-terapeutico, suddivisi tra SerT e gli enti appartenenti al Coordinamento Enti Ausiliari Regione Toscana (CEART). Di questi sono stati 149 gli interventi conclusi positivamente, ossia l'83,2% del campione. I percorsi attivati hanno talvolta anche prodotto degli esiti in termini contrattuali. Ha infatti ottenuto un contratto di lavoro il 16,7% del totale delle persone coinvolte. Un risultato importante, se teniamo conto dell'attuale congiuntura economica. Per più della metà dei soggetti coinvolti in questa progettualità non ci sono state ricadute nell'utilizzo delle sostanze.

Fabio Voller
dirigente Settore sociale
ARS Toscana



Capitolo 1

Il mercato della droga e gli interventi di contrasto delle forze di polizia

Alice Berti

Francesco Innocenti

Fabio Voller

1. Il mercato della droga e le azioni di contrasto

1.1 Il traffico globale di sostanze

Di seguito vengono riportati i principali dati sul mercato globale che coinvolge le grandi categorie di droghe. Le stime analizzate sono il frutto di valutazioni effettuate (dagli organi preposti) che tengono conto delle quote di sostanze illegali sequestrate e consumate nel mondo.

Le Nazioni Unite, in particolare lo United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) nell'ultimo rapporto (World Drug Report 2013), forniscono i principali dati sulla produzione e traffico di droghe illegali per tipologia di sostanza: cocaina, cannabis, droghe sintetiche e oppioidi.

Cocaina

La maggior parte degli indicatori disponibili suggeriscono un andamento del mercato tendenzialmente in calo. Questo risultato riflette principalmente la situazione in Nord America, dove il mercato della cocaina è diminuito in modo significativo, soprattutto nel periodo 2006-2012, e, in misura minore, in Europa occidentale e centrale, dove invece sembra essersi consolidato dopo molti anni di crescita. Al contrario, nei paesi emergenti quali Africa e Asia sembra che vi sia un'espansione in atto e ciò sta comportando un cambiamento nella domanda di cocaina.

In merito alla coltivazione di piante di cocaina, nel 2011 sono state individuate circa 155.600 piantagioni distribuite tra Bolivia, Perù e Colombia e, rispetto al precedente anno, non vi sono state importanti variazioni.

Anche per quanto riguarda i sequestri, dal 2005 al 2011 si registra un andamento in calo, passando rispettivamente da quasi 750 tonnellate a neanche 600 tonnellate. In Europa, Spagna e Portogallo rappresentano i paesi con più sequestri effettuati.

Cannabinoidi

I derivati della cannabis (hashish e marijuana) rappresentano le sostanze maggiormente consumate al mondo e quelle più diffusamente coltivate.

Infatti, sia la coltivazione che la produzione avvengono localmente e, proprio per questo, risulta difficile stimarne i livelli globali.

I paesi dove viene maggiormente coltivata la marijuana sono gli Stati Uniti, il Sudamerica e l'Europa, mentre in Afghanistan e Marocco ha principalmente origine l'hashish.

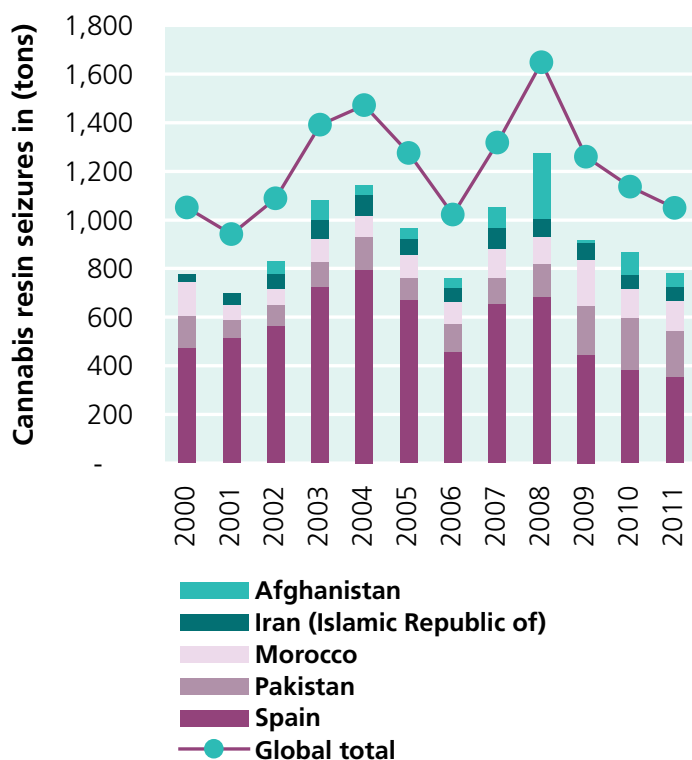
Tra i paesi che nel 2011 hanno fornito dati sulle coltivazioni e sui sequestri allo UNODC ritroviamo l'Afghanistan ed il Messico, con circa 12.000 ettari coltivati, e la

Nigeria con 918 ettari; mentre per quanto riguarda i sequestri di piantagioni outdoor, solo negli Stati Uniti si parla di quasi 9,9 milioni di piante rimosse distribuite in oltre 23.600 siti, seguiti da Filippine (4 milioni di piante), Tagikistan (2,1 milioni) e Indonesia (1,8 milioni). Per quanto riguarda invece coltivazione indoor, di gran lunga il maggior numero di coltivazioni è stato sradicato nei Paesi Bassi (1,8 milioni), un importante fornitore di marijuana per il mercato europeo. In questo scenario l'Italia, con un milione di piante rimosse in coltivazioni outdoor e oltre 2.500 indoor, non sembra rimanere troppo indietro.

La distribuzione a livello mondiale dei sequestri di hashish riflette i principali paesi di origine (**Figura 1.1**). Nel periodo 2000-2011, i sequestri di hashish sono avvenuti principalmente in Spagna, che rappresenta anche il più importante punto d'ingresso in Europa di hashish di origine marocchina.

Ad oggi, come negli anni precedenti, Afghanistan e Marocco restano i principali produttori di hashish, anche se nel World Drug Report vengono registrati andamenti in calo per il Marocco e tendenti alla stabilizzazione per l'Afghanistan.

Figura 1.1
Sequestri di cannabis (in tonnellate) a livello mondiale e per alcuni paesi - Periodo 2000-2011



Source: UNODC, data from the annual report questionnaire and other official sources.

Droghe sintetiche

Il mercato delle droghe sintetiche, riportate nel World Drug Report come ATS¹, non è quantificabile a causa delle metodiche di produzione che, spesso e volentieri, si realizzano in ambienti domestici e possono avvenire in qualsiasi luogo e/o paese. Come riportato anche nella Relazione annuale del 2011 della Direzione centrale per i servizi antidroga (DCSA), gli esiti delle attività di contrasto da parte delle forze di polizia rappresentano gli unici indicatori da osservare per comprendere l'entità del traffico di queste sostanze.

Nel 2011 sono state sequestrate 123 tonnellate di ATS nel mondo (+ 66% rispetto al 2010). I sequestri risultano aumentati in quasi tutte le aree geografiche maggiormente coinvolte, tra cui l'Asia (soprattutto Cina e Thailandia), il Nord America e l'Europa. Questo aumento è dovuto soprattutto alla quota di metanfetamine sequestrate, la cui produzione, tra il 2010 e il 2011, è cresciuta del 73% (da 51 a 88 tonnellate sequestrate).

Per quanto riguarda le amfetamine, dopo la flessione registrata nel 2010 rispetto al precedente anno (-42%), nel 2011 i sequestri aumentano nuovamente del 55% raggiungendo un totale di 31 tonnellate. Anche in questo caso gli aumenti sono stati registrati un po' in tutti i paesi produttori, in Medio Oriente, Asia Sud-occidentale ed Europa (in particolar modo nella Federazione russa si è passati da 142 kilogrammi a 2 tonnellate).

Infine, per quanto riguarda l'ecstasy, secondo l'ONU il livello globale dei sequestri è rimasto stabile o in calo dal 2008. Da 3,6 tonnellate, infatti, si passa a 3,8 nel 2010 e, nel 2011, queste risultano diminuite del 5% riflettendo il calo riportato per Canada e Cina. Tuttavia, i dati a disposizione della DCSA registrano un incremento dei consumi in Europa, non solo per l'aumento del numero di sequestri ma anche, secondo le ipotesi accreditate dall'agenzia europea Europol², per un aumentato impiego, nella fabbricazione di queste sostanze, di precursori con strutture molecolari leggermente differenti da quelle utilizzate normalmente, così da essere sottratti al controllo legale internazionale.

Oppiacei

I dati sulla stima della produzione di oppio a livello globale nel 2012 registrano un'importante diminuzione rispetto al precedente anno (4.900 tonnellate vs 7.000 tonnellate). Ciò nonostante la coltivazione illecita di papavero da oppio ha raggiunto proprio in quest'ultimo anno il suo picco massimo (dal 1998). Il totale globale, infatti, ammonta a oltre 236.000 ettari, di cui il 65% si trova in Afghanistan ed il 21% in Myanmar. Questo scarto è dovuto principalmente alle fluttuazioni che hanno caratterizzato la produzione di oppio in Afghanistan che, negli ultimi anni, è stato

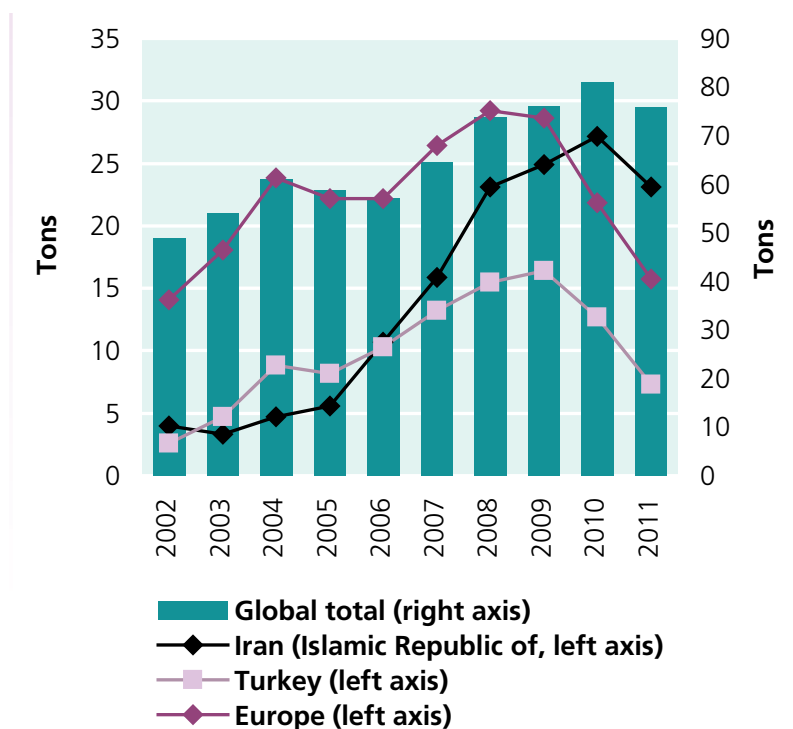
-
- 1 "Amphetamine-type stimulants — a group of substances comprised of synthetic stimulants from the group of substances called amphetamines, which includes amphetamine, methamphetamine, methcathinone and the "ecstasy"-group substances (methylenedioxyamphetamine - MDMA - and its analogues)".
 - 2 European Police Office (Ufficio di polizia europea) - l'agenzia finalizzata alla lotta contro il crimine dell'Unione Europea, divenuta operativa il 1° luglio 1999.

colpito in parte da un parassita delle piante di papavero da oppio e in parte dalle avverse condizioni atmosferiche. Questa instabilità ha generato conseguenze anche nel mercato europeo in cui l'uso di eroina è diminuito, in particolar modo nella parte occidentale che, peraltro, ha sperimentato una maggiore attività di contrasto combinata con un aumento della disponibilità di trattamento.

Per quanto riguarda i sequestri, dalla **Figura 1.2** sottostante si osserva nel 2011 una diminuzione, rispetto al precedente anno, da 81 a circa 75 tonnellate sequestrate. I paesi più coinvolti sono stati l'Iran, la Turchia e i paesi europei.

Parlando di traffico di droghe è necessario soffermarsi sul ruolo di Internet che, negli ultimi anni, è diventato uno strumento fondamentale per il mercato illegale. L'acquisto via web consente un notevole risparmio economico e di tempo, nonché, nel caso delle droghe, anche una maggior sicurezza dal punto di vista legale. Le trattative illecite vengono infatti effettuate in uno spazio virtuale (*deep web*) generato da pagine web non indicizzabili dai motori di ricerca e caratterizzate da anonimato e non tracciabilità.

Figura 1.2
Sequestri di eroina (tonnellate) a livello mondiale e per alcuni paesi - Periodo 2002-2011



Source: UNODC, data from annual report questionnaire and other official sources.

Attualmente, come dichiarato nell'ultima rilevazione della DCSA (2012), le droghe maggiormente richieste sul mercato web sono le sostanze sintetiche che imitano le droghe vegetali. Sembra che queste rappresentino il 5% del commercio illecito via web.

Un'ultima considerazione riguarda due importanti indicatori dell'andamento del mercato: il prezzo e la purezza delle sostanze. Il prezzo rappresenta la principale variabile che regola la domanda e l'offerta di sostanze.

In Italia, la DCSA elabora i dati sui prezzi delle sostanze illegali provenienti dalle forze di polizia locali di 12 città campione³. Questi dati sono stati riportati nella Relazione annuale al Parlamento 2013 del Dipartimento per le politiche antidroga (DPA). Nel 2012, rispetto al precedente anno, si registra un aumento dei prezzi massimi e minimi di hashish e cocaina e un decremento dei prezzi massimi di eroina bianca e brown (**Tabella 1.1**).

In linea generale, dal 2002 al 2012 si osserva una tendenza in diminuzione dei prezzi di molte sostanze (**Figura 1.3**), in particolare per le amfetamine, l'eroina bianca e brown.

Tabella 1.1

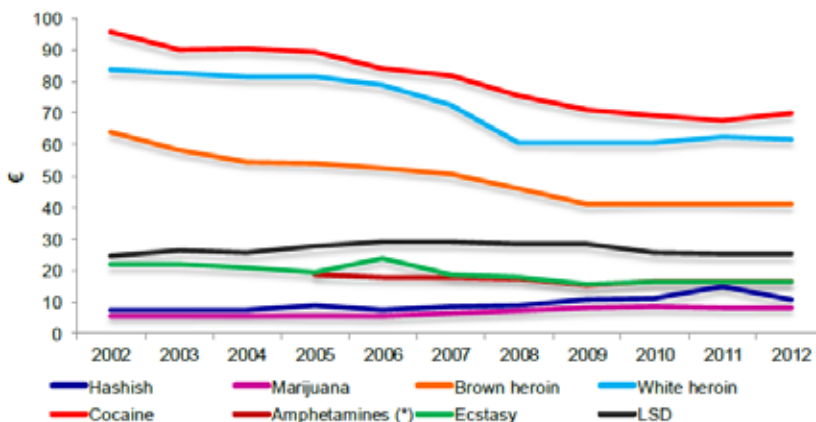
Prezzo minimo e massimo per unità (grammo/dose/pillola) di sostanza stupefacente - Anni 2011 e 2012

Sostanze	Prezzo minimo			Prezzo massimo		
	2011	2012	Δ%	2011	2012	Δ%
Hashish (gr)	8,3	9,2	10,6	11,5	12,6	9,1
Marijuana (gr)	7,2	7,3	1,0	9,4	9,4	0,5
Eroina brown (gr)	35,5	35,5	0,0	48,4	47,4	-2,1
Eroina bianca (gr)	53,3	55,0	3,1	72,0	69,0	-4,2
Cocaina (gr)	55,4	55,7	3,0	80,3	82,8	3,1
Amfetamine (gr)	16,0	16,0	0,0	17,4	17,6	-1,0
Ecstasy (dose)	14,8	14,8	0,0	18,8	18,8	0,0
LSD (dose)	23,3	23,3	0,0	27,0	27,0	0,0

Fonte: Ministero dell'interno - DCSA

3 Palermo, Reggio Calabria, Napoli, Bologna, Venezia, Firenze, Trieste, Torino, Roma, Genova, Milano e Verona.

Figura 1.3
Media (in euro) dei prezzi per dose di sostanza - Anni 2002-2012



(*) I dati relativi al prezzo delle amfetamine sono disponibili solo dal 2005

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

Infine, per quanto riguarda la purezza delle sostanze in commercio (ovvero la percentuale di principio attivo presente per grammo/dose/pillola), secondo le analisi effettuate sulle sostanze sequestrate, nel 2012 la concentrazione di principio attivo risulta aumentata per cannabis e cocaina, stabile per l'eroina e in diminuzione per MDMA⁴.

Tuttavia, come riportato anche nella Relazione annuale al Parlamento del DPA, le variazioni sulla purezza delle sostanze sono alquanto altalenanti, anche perché possono dipendere dalla tipologia di sequestri effettuati (grosse partite o al dettaglio) che spesso riportano anche forti differenze di principio attivo. Inoltre, come emerso dal Sistema nazionale di allerta sulle droghe⁵ del DPA è importante sottolineare l'aumento di concentrazione di THC (principio attivo dei derivati della cannabis) in alcuni dei recenti sequestri, in cui sono state rilevate percentuali fino al 38% per le piante e 58% nell'olio di hashish, a conferma di una recente tendenza alla selezione e coltivazione di piante con potenziali di principio attivo sempre più alti.

1.2 L'attività di contrasto in Italia e in Toscana

1.2.1 Le operazioni antidroga

L'Italia si colloca tra i principali poli strategici di transito e consumo di sostanze illegali. Di seguito riportiamo i dati raccolti ed elaborati dalla DCSA sulle operazioni di contrasto (sequestri e segnalazioni) avvenute sul territorio nazionale nel tempo.

4 3,4-metilenediossimetanfetamina.

5 <http://www.allertadroga.it/sapd/Login/Login.aspx>

Nel 2012 le operazioni antidroga sono state complessivamente 22.748, con un decremento rispetto all'anno precedente pari al 2,2% circa. A partire dal 2003 gli interventi si sono sempre mantenuti attorno alle 21.000 operazioni con un picco nel 2009 (23.316 interventi).

Per quanto riguarda i sequestri di stupefacenti, nel 2012 sono risultati in aumento quelli relativi a eroina (+17,3%), hashish (+7,7%), marijuana (+96,7%), anfetaminici in dosi (+26,5%) ed LSD (+14%), in diminuzione quelli di cocaina (-16,2%) e anfetaminici in polvere (-2,9%).

In quest'ultimo anno di rilevazione, inoltre, si è toccato il picco massimo (dal 2003) dell'ammontare complessivo di sostanze (50.156 kg), ciò sembra dovuto principalmente ai sequestri di derivati della cannabis che, dal 2008, si sono stabilizzati sui 39.000 kg in media.

Andando ad osservare le differenze regionali, la Puglia risulta tra le regioni con il maggior quantitativo di droghe sequestrate (quasi 13.000 kg), seguita da Lombardia (9.759 kg), Liguria (6.071 kg) e Lazio (5.491). Molise e Valle d'Aosta, rispettivamente con 12 e 17 kg sequestrati risultano essere le regioni meno coinvolte, mentre in Toscana (-77%) e Umbria (-60%) sono stati registrati i più consistenti cali per questo tipo di attività di contrasto.

1.2.2 Le azioni di contrasto

Le azioni di prevenzione e contrasto nel mondo delle droghe vengono realizzate dalle forze dell'ordine con interventi che mirano ad arrestare la produzione, il traffico, il consumo, nonché la guida in stato di alterazione psico-fisica.

Secondo i dati richiesti al Ministero dell'interno per quanto riguarda l'uso di sostanze, i segnalati ai sensi dell'art 75 del d.p.r. 309/90 e successive modificazioni, in Italia, nel 2012, risultano in tutto 37.529, di cui il 94% maschi, con un'età media pari a 26,7 anni. Inoltre, secondo quanto aggiunto nella relazione annuale del DPA, sul totale delle segnalazioni circa il 9% è minorenni, nel 27,2% dei casi si tratta di soggetti precedentemente segnalati e per quanto riguarda le sostanze il 77% è stato segnalato per possesso di cannabinoidi ed il 14% per cocaina.

In Toscana, le segnalazioni avvenute sempre nel 2012 sono in tutto 3.186 e rappresentano l'8,5% circa del totale nazionale (R M/F = 10,7:1).

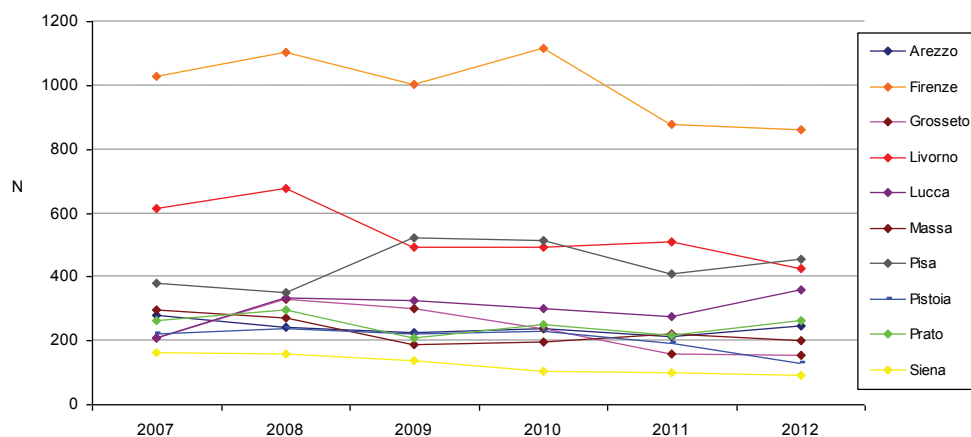
Dalla distribuzione per classe di età emerge una forte concentrazione (circa 36%) in quella oltre i 30 anni (**Tabella 1.2**), mentre la distribuzione territoriale delle segnalazioni, come atteso, mostra una percentuale nettamente più alta nella provincia di Firenze con il 27% sul totale, seguita da Pisa e Livorno con rispettivamente il 14,3% ed il 13,3%; Siena, invece, con solo il 2,9% delle segnalazioni rappresenta la zona meno interessata da questi interventi (dati non mostrati). Tale distribuzione regionale, seppur con qualche fluttuazione nei numeri assoluti (come nelle provincie di Firenze e Livorno), si mantiene piuttosto stabile anche nel corso del periodo considerato nella **Figura 1.4** (2007-2012).

Tabella 1.2
Distribuzione (N e %) per classe di età delle segnalazioni
ex art. 75 d.p.r. 309/90 - Toscana 2012

Classi di età	N	%
<=14	13	0,4
15-17	210	6,6
18-20	544	17,1
21-22	363	11,4
23-25	397	12,5
26-28	349	11,0
29-30	171	5,4
> 30	1.139	35,8
Totale	3.186	100,0

Fonte: Ministero dell'interno - DCSA

Figura 1.4
Andamento delle segnalazioni ex art. 75 d.p.r. 309/90 - Toscana 2007-2012



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

1.2.3 Le segnalazioni all'Autorità giudiziaria

Passando alle segnalazioni per traffico illecito (art. 73 d.p.r. 309/90) e associazione finalizzata al traffico illecito (art. 74 d.p.r. 309/90), nel 2012, in Italia, sono state segnalate all'Autorità giudiziaria (AG) 34.971 persone, con un decremento rispetto all'anno precedente pari al 6%. Le denunce hanno riguardato cittadini stranieri nel 35% dei casi (Tabella 1.3).

La regione Lombardia, con un totale di 5.104 soggetti coinvolti nel traffico di stupefacenti, risulta ancora una volta la regione con il più alto numero assoluto, seguita da Lazio (4.584) e Campania (3.441). I valori più bassi si registrano nuovamente in Valle d'Aosta (54) e Molise (170). Rispetto al 2011 i cali più vistosi si sono verificati in Molise (-31%) e nelle Marche (-27%). La Toscana si attesta su un valore medio con un totale di 2.127 segnalazioni.

Prendendo in esame le macroaree, i soggetti segnalati all'AG risultano distribuiti per il 41% al Nord, per il 35,3% al Sud e Isole e per il 23,7% al Centro.

Per quanto riguarda la tipologia di sostanze, è stata rilevata una diminuzione delle denunce per i reati correlati all'eroina (-19%), alla cocaina (-6%) e all'hashish (-4%), e un aumento per quelli connessi con la marijuana (+11% circa).

Tabella 1.3

**Persone segnalate all'Autorità giudiziaria per tipo di reato, età, genere, e nazionalità
- Italia, anno 2012**

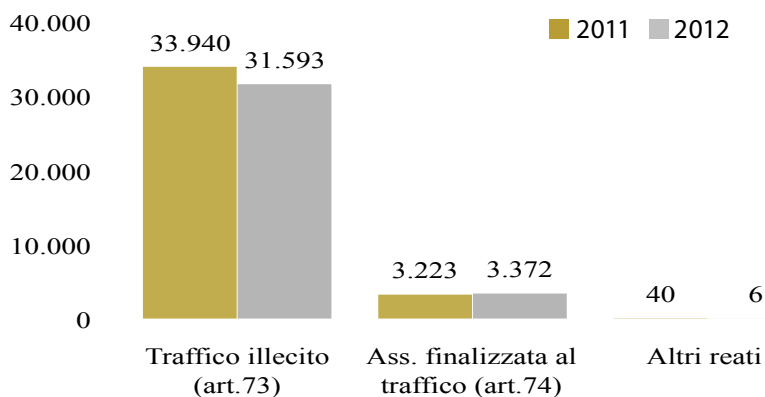
	2012	Variazione sul 2011 %
Per tipo di reato		
Traffico illecito (Art. 73)	31.593	-6,92
Ass. finalizzata al traffico (Art. 74)	3.372	4,62
Altri reati	6	-85,00
Per età		
Maggiorenni	33.708	-6,39
Minorenni	1.263	5,87
Per sesso		
Maschi	31.993	-5,96
Femmine	2.978	-6,41
Per nazionalità		
Italiani	22.745	-6,88
Stranieri	12.226	-4,31
Per fasce di età		
<15	61	38,64
15 - 19	3.414	-4,24
20 -24	7.172	-5,66
25 - 29	6.877	-7,75
30 - 34	5.663	-11,86
35 - 39	4.460	-1,35
>=40	7.324	-3,52
Totale	34.971	-6,00

Fonte: Ministero dell'interno - DCSA

Relativamente al tipo di reato, nel 2012, su 34.971 segnalazioni, di cui 27.300 in stato di arresto (il 5% in meno rispetto al 2011), 3.372 casi sono riferiti a fatti connessi con fenomeni associativi finalizzati al traffico illecito (art. 74 d.p.r. 309/90) e i restanti ai reati riguardanti il traffico illecito (art. 73 DRP 309/90) (**Figura 1.5**). Da notare, infine, che le segnalazioni per reati connessi alla droga negli ultimi 10 anni non hanno mai riportato importanti fluttuazioni, mantenendosi sopra alle 30.000 annue.

Figura 1.5

Persone segnalate all'Autorità giudiziaria per reati connessi al traffico illecito di droghe e associazione finalizzata al traffico - Italia, anni 2011 e 2012



Fonte: Ministero dell'Interno - DCSA

Andando ad osservare il quadro toscano, nel 2012 le operazioni antidroga sono state in tutto 1.338 (-4,2% rispetto al 2011). Negli ultimi 10 anni il trend è rimasto piuttosto costante con un picco massimo di 1.516 operazioni nel 2009.

Passando ad analizzare i sequestri di sostanze, nel 2012 questi hanno rappresentato l'1,6% del totale nazionale con un numero complessivo pari a 6.750 (755 kg circa in tutto) (**Tabella 1.4**). Secondo i dati della DCSA, rispetto al 2011 è stato rilevato un aumento dei sequestri di eroina (+7%) e piante di cannabis (+74%), mentre quelli relativi alle altre sostanze risultano tutti in calo.

Nello stesso anno, le persone segnalate sul territorio toscano sono state in tutto 2.127 (-2,4% rispetto all'anno precedente), il 6% del totale dei segnalati in Italia. Le denunce hanno riguardato per l'87,5% dei casi il reato di traffico illecito e nel restante dei casi quello di associazione finalizzata al traffico. Inoltre il 54% ha coinvolto cittadini stranieri, prevalentemente di nazionalità marocchina, albanese e tunisina e l'8,7% erano donne (**Tabella 1.5**).

Tabella 1.4
Sequestri (N operazioni e Kg sequestrati) per tipo di sostanza – Toscana, 2012

Sostanze	Quantità	2012	Variazione % sul 2011
Cocaina	<i>kg</i>	252,79	-82,25
Eroina	<i>kg</i>	53,37	7,21
Hashish	<i>kg</i>	221,42	-84,59
Marijuana	<i>kg</i>	197,81	-30,25
Piante di cannabis	<i>piante</i>	1.982	73,86
Droghe sintetiche	<i>kg</i>	0,38	32,63
	<i>nr</i>	313	-58,76
Altre droghe	<i>kg</i>	29,37	-65,41
	<i>nr</i>	6437	758,27
Totale	<i>kg</i>	755,13	-76,97
	<i>nr</i>	6.750	347,32
	<i>piante</i>	1.982	73,86

Fonte: Ministero dell'interno – DCSA

Tabella 1.5
Persone segnalate all'Autorità giudiziaria per tipo di reato, età, genere e nazionalità - Toscana, 2012

	2012	Variazione sul 2011 %
Per tipo di reato		
Traffico illecito (Art. 73)	1.862	-13,19
Ass. finalizzata al traffico (Art. 74)	265	657,14
Altri reati	-	-
Per nazionalità		
Italiani	979	-19,09
Stranieri	1.148	18,35
Per età		
Maggiorenni	2.056	-3,50
Minorenni	71	29,09
Per sesso		
Maschi	1.942	-2,31
Femmine	185	-3,65
Totale	2.127	-2,43

Fonte: Ministero dell'interno – DCSA

Nel 2012 la provincia di Firenze, con un totale di 477 operazioni, riporta il più alto valore assoluto rispetto alle altre, seguita da Livorno con 186. I valori più bassi sono stati invece registrati a Grosseto con 52 e a Siena con 57 segnalazioni. Rispetto al 2011, si sono avuti aumenti significativi nel numero di operazioni in provincia di Siena (35,7%), Prato (9,4%) e Firenze (12,7%), mentre a Grosseto (39,53%), Massa (24,71%) e Pisa (24,28%) sono stati calcolati i cali più notevoli. Per i sequestri di stupefacenti, nel 2012 la provincia di Pisa, con un totale di kg 326,43, primeggia come valore assoluto rispetto alle altre, seguita da Firenze con kg 208,28. Sempre nel 2012, analogamente alle operazioni, il primato appartiene alla provincia di Firenze con 788 segnalazioni, seguita da Livorno con 294 e Pisa con 242 (Tabella 1.6).

Tabella 1.6

Riepilogo per provincia delle operazioni di contrasto per sostanza, tipo di reato, nazionalità, età e genere - Toscana, anno 2012

		FI	AR	GR	LI	LU	MS	PI	PO	PT	SI
OPERAZIONI ANTIDROGA											
Operazioni	Nr	477	82	52	186	85	64	131	128	76	57
SEQUESTRI DI STUPEFACENTI											
Cocaina	kg	9,51	1,29	0,38	2,06	2,78	1,39	219,56	10,75	2,85	2,22
Eroina	kg	32,86	0,23	0,24	2,16	0,18	1,72	14,30	1,17	0,30	0,21
Hashish	kg	16,31	56,95	9,69	3,76	3,41	2,07	91,28	33,18	2,48	2,28
Marijuana	kg	120,44	7,05	0,65	9,35	0,98	1,82	1,27	5,01	37,90	13,34
Piante di cannabis	piante	110	86	50	118	648	247	17	3	617	86
Droghe sintetiche	kg	0,07	-	0,04	0,01	0,01	-	-	0,25	0,01	-
	nr	5	-	-	-	-	2	8	198	98	2
Altre droghe	kg	29,09	-	-	0,03	-	-	0,01	0,23	-	-
	nr	361	14	4.504	1.505	-	-	-	50	-	3
Totali	kg	208,28	65,52	11,00	17,35	7,36	7,01	326,43	50,60	43,54	18,05
	nr	366	14	4.504	1.505	0	2	8	248	98	5
	piante	110	86	50	118	648	247	17	3	617	86
PERSONE SEGNALATE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA											
Per tipo di reato											
Traffico illecito (Art.73)		618	117	63	293	115	77	152	206	126	95
Ass. finalizzata al traffico (Art.74)		170	-	-	1	1	-	90	3	-	-
Altri reati		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Per nazionalità											
Italiani		253	68	48	217	44	56	93	66	63	71
Stranieri		535	49	15	77	72	21	149	143	63	24
Per età											
Maggiorenni		759	109	59	282	114	76	237	203	123	94
Minorenni		29	8	4	12	2	1	5	6	3	1
Per sesso											
Maschi		727	112	56	253	112	69	223	190	116	84
Femmine		61	5	7	41	4	8	19	19	10	11
Totali		788	117	63	294	116	77	242	209	126	95

1.2.4 I controlli per guida sotto l'effetto di alcol e sostanze stupefacenti: il quadro toscano

Nel 2010 hanno perso la vita sulle strade dei paesi dell'Unione Europea circa 31 mila persone, mentre i feriti sono stati circa 1,7 milioni (Fonte: Unione Europea). L'obiettivo posto nel 2001, di dimezzare la mortalità stradale entro il 2010, è stato raggiunto da pochi paesi, quali Lettonia (-54%), Spagna (-53%), Estonia (-50%) e Portogallo (-50%), mentre l'Italia, all'ottavo posto dietro Francia, Lituania e Slovenia, si è fermata a -43% (Fonte: Unione Europea).

La Commissione Europea, con il "IV Piano d'azione sulla sicurezza stradale 2010-2020", ha rinnovato l'obiettivo di ridurre della metà il numero di vittime della strada. Per arrivare al traguardo del 2020 sono stati indicati alcuni punti cardine dell'azione, uno dei quali è aumentare l'efficacia delle politiche di sicurezza stradale.

Negli ultimi anni, in Italia come nel resto d'Europa, è stato incrementato il numero di controlli stradali, con l'obiettivo di contrastare la guida sotto l'effetto dell'alcol (art. 186 del Codice della strada) e quella in stato di alterazione psico-fisica per uso di sostanze stupefacenti (art. 187 del Codice della strada).

Nel nostro Paese le informazioni ufficiali sui controlli stradali per guida sotto l'effetto di alcol e droghe vengono fornite dal Ministero degli interni, che raccoglie i dati di Polizia stradale e Carabinieri (risultano dunque esclusi i dati rilevati dalle Polizie locali, introducendo così una sottostima del reale numero di controlli). A fronte di un numero di controlli nel 2011 pari a circa 1,8 milioni, sono state registrate, nello stesso anno, circa 26mila infrazioni per guida sotto l'effetto di alcol e circa 2mila per guida sotto l'effetto di sostanze stupefacenti. Il trend delle infrazioni, come mostra la **Tabella 1.7**, indica un andamento in diminuzione che può essere spiegato da un insieme di fattori quali: il comportamento più virtuoso degli automobilisti, l'aumentato volume del numero di controlli e infine la riduzione del numero di veicoli circolanti indotta dalla crisi economica.

Tabella 1.7

Numero di infrazioni commesse per guida sotto l'influenza di alcol, sostanze stupefacenti e totali - Italia, anni 2010-2012

Tipologia di trasgressione	2010	2011	2012
Guida sotto l'influenza di alcol (art. 186)	24.744	25.956	23.436
Guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti (art. 187)	2.083	2.003	1.443
Totale infrazioni per art. 186-187	26.827	27.959	24.879
Totale generale infrazioni	2.369.540	2.426.956	2.191.745

Fonte: Elaborazione su dati Ministero interno - Polizia stradale

I dati del Ministero dell'interno vengono informatizzati con un dettaglio che arriva fino al territorio regionale, tuttavia sussiste una certa difficoltà nel reperirli, per questo una stima dei fermati in Toscana viene fornita dall'indagine campionaria del sistema di sorveglianza Progressi delle Aziende sanitarie per la salute in Italia (PASSI), in base alla quale risulta che nel 2010 il 3,5% degli intervistati è stato sottoposto ad etilotest, così come dallo studio Epidemiologia dei determinanti dell'infortunistica stradale in Toscana (EDIT) che, realizzato dall'Agenzia regionale di sanità della Toscana (ARS), ha lo scopo di indagare i comportamenti alla guida e gli stili di vita dei giovani toscani (14-19 anni). I dati del progetto indicano che tra i ragazzi che guidano abitualmente un qualunque mezzo (almeno 3-4 volte alla settimana), nel 2011 il 13,9% ha dichiarato di essere stato fermato almeno una volta nell'anno precedente all'intervista per un controllo alcolemico, mentre il 4,5% è stato fermato per un controllo sull'assunzione di sostanze stupefacenti.

I dati di trend provenienti dall'archivio delle Patenti a punti dei residenti in Toscana, come mostra la **Figura 1.6**, indicano una diminuzione delle infrazioni per gli articoli 186 e 187 che inizia nel 2007 e si arresta nel 2010, rivelando un nuovo aumento nel 2011.

In questo contesto l'ARS, a partire dal 2008, ha avviato una rilevazione sui controlli stradali effettuati in Toscana per guida sotto l'effetto di alcol e di sostanze stupefacenti e relative notizie di reato.

Figura 1.6
Numero di infrazioni commesse per guida sotto l'influenza di alcol e sostanze stupefacenti - Toscana, anni 2004-2011

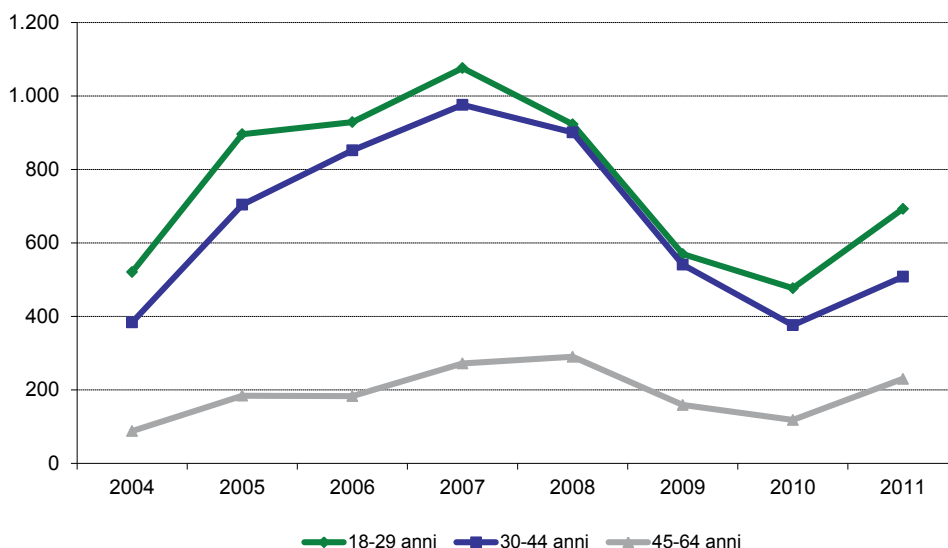


Tabella 1.8

Numero di controlli e relative notizie di reato per guida sotto l'influenza di alcol e sostanze stupefacenti - Toscana, anni 2008-2011

Anno	Guida sotto l'effetto di alcol (art. 186)		Guida sotto l'effetto di droghe (art. 187)	
	Controlli	Reati	Controlli	Reati
2008	116.944	4.986	1.035	602
2009	131.826	5.516	1.030	561
2010	114.614	4.296	739	440
2011	126.487	4.063	933	449

Dai risultati riassunti nella **Tabella 1.8**, è possibile osservare che nella nostra regione i controlli effettuati sul territorio non seguono un trend in costante crescita, così come rilevato a livello nazionale; mentre per quanto riguarda le notizie di reato sono in diminuzione anche in Toscana, sia per la guida sotto l'effetto di alcol che di sostanze stupefacenti.

Rapportando il numero di reati a quello dei controlli, nel 2011 risulta per l'alcol un dato nazionale pari a 1,4% contro un dato regionale pari a 3,2%, denotando così un numero di trasgressioni in Toscana maggiori, in percentuale, rispetto all'Italia. Per quanto riguarda invece le sostanze stupefacenti non è possibile effettuare lo stesso confronto non essendo noto, dai dati a nostra disposizione, il numero di controlli effettuati per guida sotto l'effetto di droghe in Italia; considerato però che dei 2.003 reati rilevati in Italia per questa causa, 449 sono registrati in Toscana (corrispondenti al 22% circa), ciò può significare due cose: la prima è che nella nostra regione il problema guida e sostanze stupefacenti è molto più preoccupante che nelle altre regioni italiane, oppure più semplicemente che la nostra regione effettua più controlli sulle strade per contrastare questo fenomeno.

Capitolo 2

I consumi delle sostanze psicotrope

Alice Berti

Pasquale Pepe

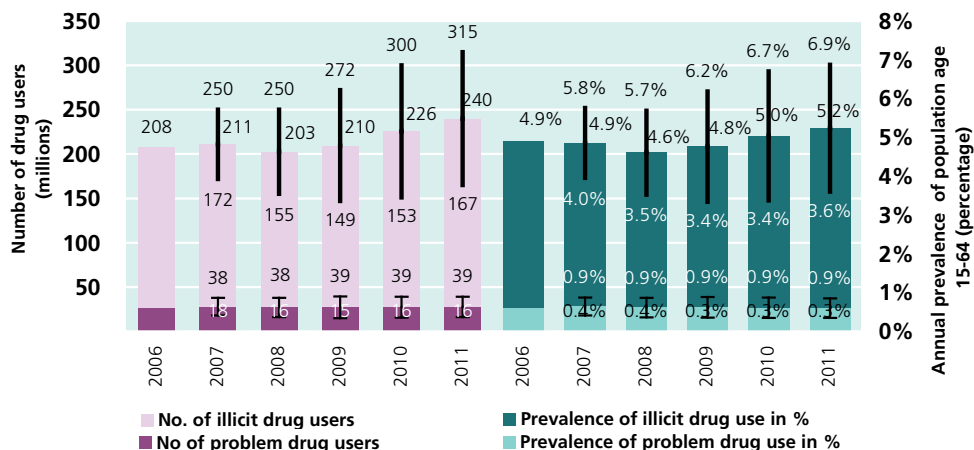
Fabio Voller

2. I consumi delle sostanze psicotrope

2.1 Dal contesto mondiale alla realtà italiana

Il consumo di sostanze psicotrope illegali tocca milioni di vite nei paesi economicamente sviluppati e in quelli in via di sviluppo. I suoi impatti più negativi in termini di costi sociali e sanitari si concentrano tra i soggetti più vulnerabili e marginalizzati delle nostre società. Le Nazioni Unite¹ hanno stimato che circa 200 milioni di persone in tutto il mondo, oltre il 5% di tutta la popolazione tra i 15 ed i 64 anni di età, consuma sostanze psicotrope illegali e che circa 30 milioni di questi siano consumatori problematici (Figura 2.1).

Figura 2.1
Distribuzione (numero assuntori e prevalenze) dell'uso di sostanze psicotrope illegali nel mondo nel periodo 2006 - 2011 (o ultime rilevazioni disponibili)



Source: UNODC estimated based on UNODC ARQ and other official source.

Nonostante la complessità e la dinamicità che caratterizzano questo fenomeno e le sue conseguenze sulle persone e sulla società, nonché la difficoltà nel definire e descrivere il target di popolazione coinvolta (soprattutto a causa dell'aspetto illegale), i dati forniti nella letteratura scientifica concordano su alcuni aspetti, quali, ad esempio, il genere e l'età.

La percentuale di consumatori, infatti, appare da sempre più alta tra i maschi (Stronski et al., 2000), anche se nel tempo si osserva una lenta ma costante tendenza alla convergenza dei due generi (Smit F. et al., 2002; Guxens M. et al, 2007). Inoltre, il consumo di droghe è un fenomeno più strettamente correlato alle fasce d'età giovanili (Bonino S., 2005; Winstock A.R., et al. 2001) e si è sviluppato in particolar modo nei paesi più industrializzati e con bassa mortalità generale.

1 United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), World Drug Report 2013.

Nel (sempre più) vasto panorama di sostanze psicotrope che il mercato illegale offre, cannabis e cocaina restano quelle maggiormente consumate dagli europei (popolazione adulta 15-64 anni).

Nell'ultima rilevazione annuale dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (EMCDDA, Lisbona 2012) si stima che la prevalenza d'uso della cannabis riferita agli ultimi 12 mesi riguardi circa 23 milioni di europei (quasi il 7% dei cittadini europei adulti), quella di cocaina circa 4 milioni di europei (più dell'1% dei cittadini europei adulti). Osservando le stesse informazioni nella fascia giovanile (15-34 anni) si ottengono prevalenze quasi raddoppiate (consumo ultimi 12 mesi: 12,4% cannabis e 2,1% cocaina).

Nelle Figure 2.2 e 2.3 sono state riportate le stime dei consumi di queste due sostanze nei paesi europei sia nella popolazione generale (15-64 anni) che in quelle giovanili (15-34 e 15-24), le prevalenze d'uso diminuiscono all'aumentare dell'età. Per quanto riguarda le differenze geografiche si caratterizzano due quadri diversi a seconda della sostanza, anche se la Spagna si trova ad essere in cima alla classifica in entrambi i casi. Nel caso della cannabis, la Polonia, la Repubblica Ceca e la Francia registrano le prevalenze più alte per le tre fasce di età, con un picco massimo per la classe 15-24 anni francese che arriva al 23% circa. Nei consumi di cocaina, il Regno Unito risulta essere al secondo posto per consumi nella popolazione generale, ma di gran lunga al primo tra gli adulti e i più giovani che registrano consumi annuali fino al 4,2% circa. Per contro, la Romania è il paese che registra i più bassi consumi di queste sostanze e, con valori simili, per l'uso di cannabis è seguita dalla Turchia e per quello di cocaina dalla Grecia.

Figura 2.2
Prevalenze d'uso di cannabis negli ultimi 12 mesi nella popolazione generale (15-64), giovane-adulta (15-34) e giovanile (15-24)

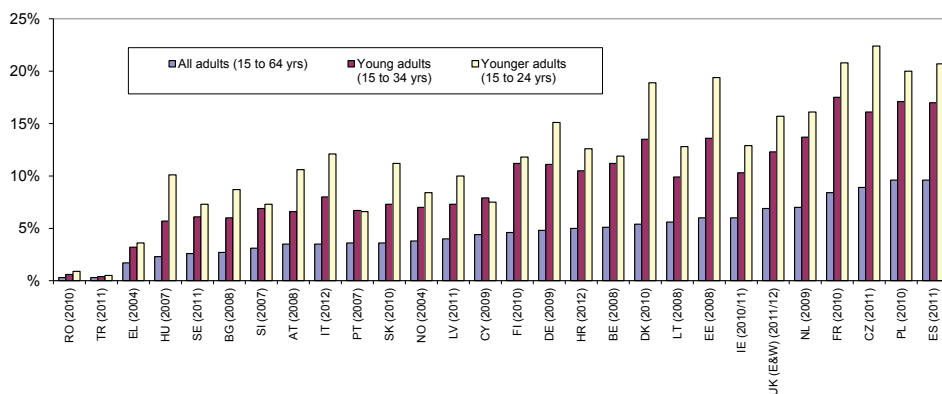
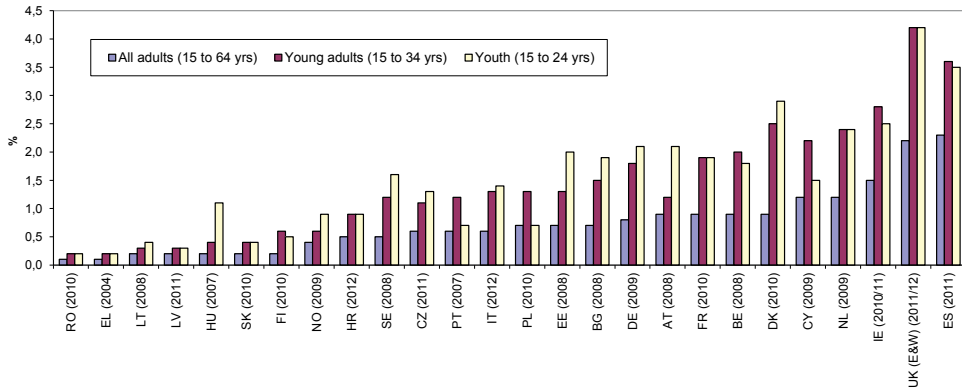


Figura 2.3
Prevalenze d'uso di cocaina negli ultimi 12 mesi nella popolazione generale (15-64), giovane-adulta (15-34) e giovanile (15-24)



Per quanto riguarda il nostro paese, sempre dalle figure di cui sopra, ritroviamo le stesse differenze per età, ma con consumi al di sotto delle medie europee. Il consumo di cannabis nella popolazione generale, infatti, è pari al 4% circa e arriva al 12% tra i più giovani, mentre per l'uso della cocaina il consumo generale coinvolge circa lo 0,6% della popolazione e quello giovanile non arriva all'1,5%.

Tuttavia, questi dati non ricalcano completamente il quadro emerso dai risultati dell'indagine IPSAD² relativa al 2011 sulla popolazione generale (15-64 anni). Il consumo di cannabis riferito all'ultimo anno, infatti, riguarderebbe il 9% della popolazione e l'1,3% riferisce invece il consumo di cocaina. Queste percentuali scendono rispettivamente a 3,9% e 0,4% se riferite agli ultimi 30 giorni (**Tabella 2.1**). Inoltre, il consumo di almeno una sostanza psicoattiva riguarda in particolar modo la fascia d'età compresa tra i 15 e i 24 anni (prevalenza annuale: 18%) (dati non mostrati).

Da segnalare, infine, che circa l'8% del campione dichiara di aver assunto tranquillanti e/o sedativi negli ultimi 12 mesi. Come vedremo anche in seguito, questo tipo di consumo sembra riguardare più da vicino il genere femminile e, in particolar modo, la fascia di età meno giovane (prevalenza annuale, 55-64 anni, maschi+femmine: 10% circa) (dati non mostrati).

² L'indagine *Italian Population Survey on Alcohol and Drugs* (IPSAD) promossa dall'EMCDDA di Lisbona. Viene svolta ogni due anni ed è stata effettuata in Italia per la prima volta dall'Istituto di fisiologia clinica del Consiglio nazionale delle ricerche (CNR) nel 2001 e rappresenta la prima indagine nazionale sulla prevalenza d'uso di alcol e sostanze illegali nella popolazione generale.

Tabella 2.1**Prevalenza d'uso di sostanze illegali nell'ultimo anno e mese nella popolazione generale (15-64 anni) per sostanza e genere - Italia 2011**

SOSTANZE	Prevalenza ultimi 12 mesi			Prevalenza ultimi 30 giorni		
	M	F	Totale	M	F	Totale
Almeno una sostanza illegale	10,9	7,8	9,2	5,3	3,2	4,1
Cannabinoidi	10,3	7,5	8,7	5,0	3,1	3,9
Cocaina (incluso crack)	1,9	0,9	1,3	0,6	0,3	0,4
Eroina	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
Amfetamine	0,3	0,2	0,3	0,2	0,1	0,1
Ecstasy	0,4	0,2	0,3	0,1	0,1	0,1
Allucinogeni	0,6	0,2	0,3	0,1	0,1	0,1
Sedativi e/o tranquillanti	6,1	9,4	7,9	2,8	4,5	3,7

Fonte: IPSAD Italia 2011

2.2 L'uso e abuso delle sostanze stupefacenti in Toscana: le fasce giovanili

L'adolescenza rappresenta una fase di profondi cambiamenti che riguardano sia la sfera biologica sia quella cognitiva sia, infine, quella sociale. Questa rappresenta un momento determinante per la costruzione dell'identità ed è spesso associata ad una tendenza da parte dei giovani alla pratica di comportamenti trasgressivi e talora molto rischiosi (Lombi L., 2006). Tra questi vi è l'assunzione di sostanze illegali, un fenomeno che si è diffuso e differenziato sempre di più e che ha generato scenari particolari e talvolta drammatici. Il consumo di sostanze illegali, infatti, viene spesso associato con altri comportamenti a rischio (consumo di alcol, di sigarette, guida pericolosa ecc.), con un conseguente aumento della probabilità di provocare danni alla salute (Bonino S., 2005).

Il Settore sociale dell'Agenzia regionale di sanità (ARS) della Toscana indaga periodicamente tali comportamenti a rischio attraverso la realizzazione dello studio Epidemiologia dei determinanti degli incidenti stradali in Toscana (EDIT) che nasce dalla necessità di migliorare le conoscenze sui possibili determinanti dell'infortunistica stradale nelle fasce giovanili della popolazione. La ricerca si svolge ogni tre anni a partire dal 2005. Di seguito riporteremo le elaborazioni relative all'ultima rilevazione (2011) e i confronti con le due precedenti (2005 e 2008). Il questionario (auto-somministrato) utilizzato per la rilevazione dei dati, è stato costruito con lo scopo sia di dimensionare e tipizzare gli incidenti stradali e i comportamenti alla guida dei mezzi (motocicli, moto e auto), sia per indagare

gli eventuali stili di vita e comportamenti a rischio, nonché il loro possibile ruolo nel fenomeno stesso dell'infortunistica stradale. In particolare, gli ambiti di rilevazione hanno riguardato: i comportamenti alla guida, i rapporti con i pari e con la famiglia, l'andamento scolastico, l'attività sportiva, i comportamenti alimentari, i consumi di bevande alcoliche, sostanze stupefacenti e tabacco, i comportamenti sessuali ed il fenomeno del bullismo. I questionari sono stati compilati dagli studenti direttamente su tablet che trasmettevano le risposte, attraverso una tecnologia senza fili (*wireless*), ad un computer portatile dove venivano registrate in un database complessivo in tempo reale. Se questo metodo di raccolta delle informazioni ha allungato, necessariamente, i tempi della rilevazione, d'altro canto ha accorciato in modo sostanziale quelli di inserimento dei dati, evitando anche i possibili errori legati allo stesso. Tutte le rilevazioni hanno avuto luogo nei quattro mesi tra febbraio e maggio in tutte le Aziende USL (AUSL) della regione, coinvolgendo oltre 50 istituti di istruzione superiore (alcuni dei quali con più sedi). Nella selezione del campione sono state considerate tutte le tipologie di istituti di istruzione secondaria³.

La rilevazione del 2011 ha coinvolto circa 4.800 ragazzi tra i 14 ed i 19 anni (45,7% femmine).

La sezione dedicata alle sostanze psicotrope illegali è costituita da una batteria di domande a "imbuto" sull'uso nella vita, gli ultimi 12 mesi e gli ultimi 30 giorni per singola sostanza (mutuate del questionario dello studio ESPAD Italia⁴); l'età di inizio dell'uso e la prima sostanza sperimentata.

In questa terza rilevazione sono state aggiunte ulteriori sostanze illegali nelle domande, tra cui ketamina e *smart drugs*.

Lo studio ESPAD Italia condotto ogni anno dal CNR di Pisa risulta anche la principale fonte di dati con cui confrontiamo il fenomeno del consumo di droghe nella realtà toscana. Ad oggi, gli ultimi dati nazionali disponibili sono quelli relativi al 2012 e attualmente è in corso di pubblicazione anche l'edizione 2013. Tuttavia, i dati con cui confronteremo i risultati dello studio EDIT sono quelli del 2011, ultimo anno in cui è stata effettuata la nostra ricerca. Tra il 2014 e il 2015 è prevista la realizzazione di una nuova edizione dell'EDIT.

I dati dell'ultima rilevazione EDIT riportano che il 36,4% dei giovani toscani dichiara di aver consumato una o più sostanze illecite almeno una volta nella vita (v. **Tabella 2.2**). Inferendo tale prevalenza alla popolazione giovanile toscana (dello stesso anno e fascia di età), si stima che oltre 66.000 studenti abbiano assunto una o più sostanze stupefacenti nella loro vita.

3 Sono stati inclusi i seguenti tipi di istituti scolastici medi superiori: liceo classico, liceo scientifico, liceo linguistico, liceo artistico, istituto professionale d'arte, liceo psico/socio-pedagogico, istituti tecnici e istituti professionali. Tuttavia, nel corso dell'analisi, le diverse tipologie di istituto sono state aggregate (vedi in seguito).

4 Lo studio *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD) nasce a livello europeo come indagine rivolta agli studenti di 15 e 16 anni per monitorare l'uso delle sostanze stupefacenti; viene realizzato ogni quattro anni a partire dal 1995 e coordinato dall'EMCDDA di Lisbona. In Italia viene effettuato annualmente (quadriennale dal 1995 e annuale dal 1999) dall'Istituto di fisiologia clinica del CNR di Pisa e si rivolge ai ragazzi di età compresa tra i 15 e i 19 anni.

Osservando l'andamento dei risultati delle tre rilevazioni EDIT non emergono differenze rilevanti, se non un lieve aumento della prevalenza di assuntori di cannabis (**Tabella 2.2**). Inoltre, secondo quanto emerso dalla rilevazione EDIT 2011, la prevalenza d'uso della cocaina nella vita, riguarderebbe il 5,3% degli studenti (cocaina+crack 5,9%, valore superiore rispetto al dato nazionale ESPAD Italia 2011 di 4,2%). Tra le sostanze per le quali sono state rilevate le prevalenze d'uso più alte troviamo anche i farmaci o psicofarmaci assunti non per motivi di salute e gli inalanti (popper). Si stima, infatti, che siano quasi 10.000 (5,2% circa) gli studenti toscani che riferiscono di aver assunto almeno una volta nella vita farmaci o psicofarmaci non per seguire una terapia, ma solo per provarne l'effetto. Non di meno si stima che anche il consumo di popper riguardi circa 9.000 ragazzi. Tuttavia, rispetto ai risultati della rilevazione EDIT 2008, tale prevalenza risulta dimezzata (prevalenza nella vita: nel 2008 9%; nel 2011 4,9%).

Tabella 2.2

Distribuzione della prevalenza d'uso nella vita di droghe nella popolazione giovanile per tipo di sostanza - Confronti Toscana 2005, 2008 e 2011 - Studio EDIT

Sostanze	Anno di rilevazione		
	2005	2008	2011
Almeno una sostanza	33,2	37,5	36,4
Cannabinoidi	31,6	32,4	31,0
Cocaina	5,6	5,4	5,3
Crack	-	1,5	1,6
Stimolanti (amfetamine, ecstasy e GHB)	4,0	3,7	3,6
Allucinogeni /LSD	3,6	3,0	3,4
Eroina	0,8	1,0	1,2
Inalanti volatili (popper)	-	9,0	4,9
Funghi allucinogeni	-	3,2	3,7
Ketamina	-	-	3,5
Smart drugs	-	-	2,8
Farmaci o psicofarmaci assunti non per motivi di salute	-	-	5,1

Fonte: Elaborazioni ARS – Studio EDIT

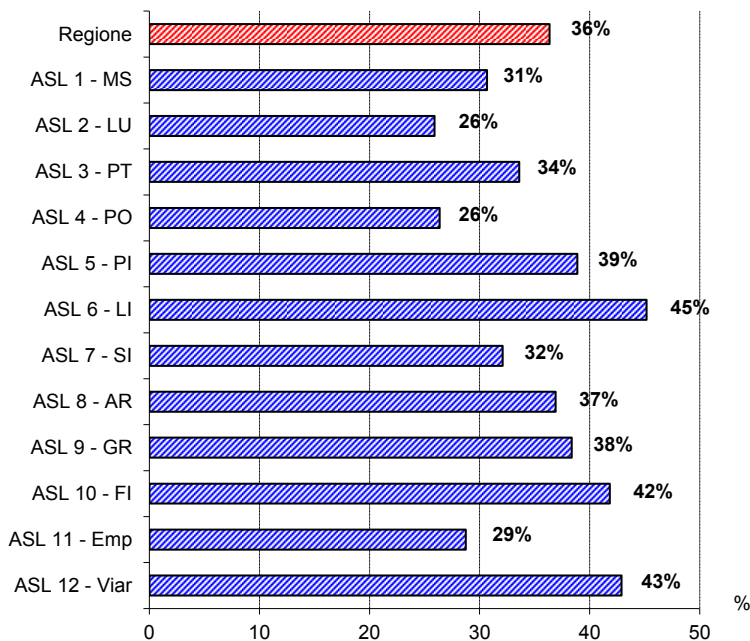
L'utilizzo delle droghe sintetiche da parte dei giovani è un fenomeno che negli ultimi anni è andato costantemente ad aumentare. Sembra, infatti, che queste sostanze soddisfino la ricerca di efficienza, di disinibizione, di piacere, supportata dalla

convinzione, purtroppo erronea, della loro minore nocività, dell'effetto reversibile e limitato nel tempo. Nello specifico, i dati dell'ultima rilevazione EDIT mostrano una prevalenza d'uso nella vita di stimolanti (amfetamine, ecstasy e GHB) sovrapponibile a quella nazionale, riportata infatti dal 3,6% dei rispondenti, mentre il consumo di allucinogeni (LSD, funghi allucinogeni e ketamina) risulta al di sopra della media nazionale: il 6,2% degli studenti toscani contro il 4,2% dei coetanei italiani.

Infine sarebbero l'1,2% gli studenti toscani che hanno fatto uso di eroina (dato nazionale: 1,7%).

Dal confronto per AUSL risulta un coinvolgimento più consistente in alcune delle aree costiere e metropolitane (Figura 2.4). Nello specifico, le AUSL che mostrano la prevalenza d'uso nella vita più alta sono quella di Livorno, di Viareggio e di Firenze con, rispettivamente, il 45%, il 43% e il 42% circa, mentre tra quelle con valori al di sotto della media regionale troviamo l'AUSL 2 di Lucca e quella di Prato con il 26%.

Figura 2.4
Prevalenza d'uso nella vita di sostanze illegali nella popolazione giovanile per AUSL di appartenenza - Toscana, EDIT 2011



Fonte: Elaborazioni ARS - Studio EDIT

Come già anticipato, l'uso di droghe è un fenomeno che riguarda in misura più rilevante il genere maschile, probabilmente a causa della maggiore inclinazione a mettersi in gioco e a sperimentare nuove esperienze. Infatti, tutte le prevalenze d'uso (nella vita,

ultimo anno e mese) rilevate nell'EDIT 2011 registrano differenze di genere fino a quasi 9 punti percentuali (**Tabella 2.3**). Ciò nonostante, già da qualche anno, sembra che taluni comportamenti tra le femmine tendano ad assomigliare sempre più a quelli maschili.

Tabella 2.3

Prevalenza d'uso di almeno una sostanza illegale per genere nei tre riferimenti temporali indagati – Toscana, EDIT 2011

Consumo	% Maschi	% Femmine
Almeno una volta nella vita	40,5	31,9
Almeno una volta negli ultimi 12 mesi	35,5	26,5
Almeno una volta negli ultimi 30 giorni	29,2	20,3

Fonte: Elaborazioni ARS – Studio EDIT

Inoltre, come riportato in letteratura, la disponibilità dei soggetti (in particolare nelle fasce giovanili della popolazione) a consumare sostanze stupefacenti tende ad aumentare con l'età (Byqvist S., 1999); nondimeno è importante sottolineare la precocità con cui i giovani entrano in contatto con queste sostanze. Infatti, relativamente all'età di primo uso (**Tabella 2.4**), nel 2011 circa il 56% di chi ha sperimentato una sostanza psicotropa lo ha fatto entro i 15 anni. Le differenze di genere sono piuttosto moderate, anche se è opportuno osservare che per i sedicenni e i diciassettenni, tra le femmine la percentuale di "sperimentatrici" supera quella tra i maschi (**Tabella 2.4**). Il confronto con le precedenti rilevazioni mostra un andamento decrescente, dal 2005 al 2011, della concentrazione di studenti nelle classi di età 14, 15 e 16 anni. Inoltre, nel 90% dei casi la prima sostanza sperimentata è un derivato della cannabis (dati non mostrati).

Tabella 2.4

Distribuzione percentuale per età di primo utilizzo e per genere - Confronti Toscana, EDIT 2005, 2008 e 2011

Età	% Maschi	% Femmine	% Totale	%CUM		
				2005	2008	2011
≤ 14	32,7	29,1	31,2	38,5	33,9	31,2
15	25,1	23,7	24,5	67,0	58,4	55,8
16	23,1	25,5	24,1	85,9	80,5	79,8
17	12,6	16,9	14,4	96,4	93,4	94,3
18	5,6	4,1	5,0	99,7	98,8	99,2
≥ 19	0,8	0,7	0,8	100	100	100
Totale	100	100	100	-	-	-

Fonte: Elaborazioni ARS – Studio EDIT

Nel tentativo di individuare il consumatore abituale di sostanze, il sottogruppo dei ragazzi che riferiva di aver fatto uso di sostanze negli ultimi 30 giorni, è stato quello maggiormente studiato. Dall'analisi dei risultati emerge (**Tabella 2.5**) che il 18,3% sul totale del campione riferisce di aver utilizzato cannabis nel mese precedente la rilevazione (ben 5 punti percentuali in più rispetto ai risultati nazionali). Sarebbero quindi circa 28.000 gli studenti di età compresa tra i 14 e i 19 anni che in Toscana consumano cannabis ed il 47% circa di questi più di una volta alla settimana (**Tabella 2.6**). Il consumo di cocaina riguarda oltre 1.800 ragazzi, di cui quasi la metà (48%) la consuma almeno una volta a settimana. Le prevalenze d'uso nell'ultimo mese relative alle altre sostanze indagate (stimolanti, allucinogeni ed eroina) sono risultate essere in linea o al di sotto rispetto alle medie nazionali.

Tabella 2.5

Prevalenza d'uso negli ultimi 30 giorni di sostanze illegali nella popolazione giovanile per tipo di sostanza - Confronto Toscana 2011 e Italia 2011

TIPO di SOSTANZE	% sul totale	
	EDIT 2011	ESPAD Italia 2011
Cannabinoidi	18,3	13,2
Cocaina (incluso crack)	2,1	1,6
Stimolanti (amfetamine, ecstasy e GHB)	0,9	1,5
Allucinogeni (LSD, funghi e ketamina)	1,5	1,4
Eroina	0,3	0,8

Fonte: Elaborazioni ARS – Studio EDIT

Tabella 2.6

Distribuzione percentuale della frequenza d'uso settimanale per cannabis e cocaina (ultimi 30 gg.) - Toscana, EDIT 2011

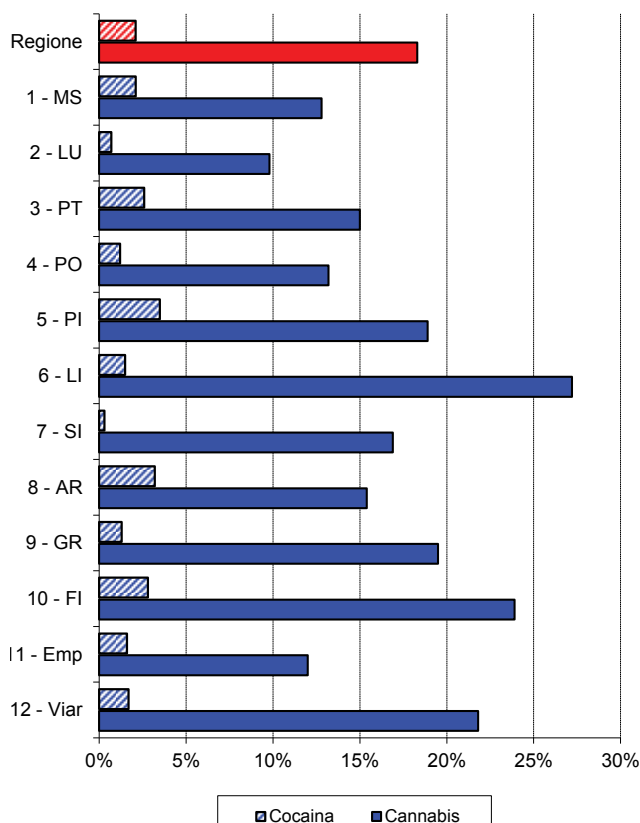
Frequenza d'uso	% Cannabis	% Cocaina
Tutti i giorni	19,8	9,3
Qualche giorno la settimana	27,1	18,8
Almeno un giorno la settimana	16,4	20,2
Meno di un giorno la settimana	36,7	51,8
Totale	100	100

Fonte: Elaborazioni ARS – Studio EDIT

I consumi di cannabis coinvolgono maggiormente le AUSL di Livorno, Firenze e Viareggio con, rispettivamente, una prevalenza d'uso mensile di 27,2%, 23,9% e 21,8%; mentre Lucca ed Empoli risultano essere le più virtuose (risp. 9,8% e 12%).

Il quadro cambia se ci concentriamo sui consumi di cocaina. A Pisa (3,5%) e Arezzo (3,2%) si registrano i consumi mensili più alti e a Siena e Lucca con rispettivamente lo 0,3% e lo 0,7% i valori più bassi (**Figura 2.5**).

Figura 2.5
Prevalenza d'uso negli ultimi 30 giorni di cannabis e cocaina per AUSL di appartenenza - Toscana, EDIT 2011



Riepilogando quanto mostrato sopra, dai risultati emersi dall'ultima rilevazione EDIT si registra un lieve aumento nei consumi generali di sostanze illegali per tutti i riferimenti temporali (vita, anno e mese). Nel confronto con i dati nazionali, la prevalenza di studenti toscani che riferiscono l'uso di droghe è più alta, ed è per la cannabis e per i farmaci o psicofarmaci assunti non per motivi terapeutici che si registrano le principali differenze.

Gli aumenti nei consumi riguardano entrambi i generi, ma in particolar modo quello femminile. Questo fenomeno conferma quanto riportato in letteratura (già

precedentemente affermato), secondo cui si assiste, negli ultimi anni, ad una tendenza da parte delle femmine ad assumere comportamenti sempre più simili ai loro coetanei maschi (consumo di alcol, tabacco, sostanze psicotrope ecc.).

La sostanza maggiormente coinvolta in questi aumenti è ancora la cannabis. Questa, inoltre, rappresenta, nella quasi totalità dei casi, anche la prima sostanza sperimentata. L'età di inizio, pur risultando nel 2011 leggermente aumentata, si assesta per la maggior parte del campione prima dei 15 anni.

Focus I

La poliassunzione di sostanze illegali tra gli studenti toscani

La modalità del poliuso di sostanze legali e/o illegali è un fenomeno che riguarda più da vicino i giovani e che risulta essere sempre più diffusa (Ives R., Ghelani P., 2006). Questo può essere inteso sia come l'assunzione di due o più sostanze legali e/o illegali in una sola occasione, sia come l'uso di più sostanze in occasioni diverse.

L'assunzione contemporanea e/o nella stessa serata di due o più sostanze psicoattive comporta un potenziamento degli effetti e dei rischi delle sostanze assunte, che possono provocare seri danni alle persone e a terzi (incidenti stradali, risse, ecc.) (Byqvist S., 2006; Siliquini R. et al., 2001).

Di seguito presenteremo i dati relativi al poliuso di sole sostanze illegali, escludendo quindi tra le sostanze psicotrope gli alcolici ed il tabacco. Questa scelta è stata effettuata al fine di approfondire la conoscenza del sottogruppo di studenti che fa uso di più sostanze illegali e di come questo correli con altri modelli di comportamento a rischio.

Tabella Ia

Distribuzione percentuale dei consumi di due o più sostanze psicotrope tra gli studenti che ne riferiscono l'uso almeno una volta nella vita, nell'ultimo anno e negli ultimi 30 giorni – Confronto Toscana 2005, 2008 e 2011

Numero di sostanze	%			%			%		
	Vita			Anno			Mese		
	2005	2008	2011	2005	2008	2011	2005	2008	2011
Due sostanze	5,9	7,2	6,1	4,1	6,1	4,3	2,2	3,9	2,4
Tre o più sostanze	4,8	8,8	7,4	2,8	5,4	4,0	1,1	2,1	1,5
Totale	10,7	16,0	13,4	6,9	11,5	8,3	3,3	6,1	3,9

Fonte: Elaborazioni ARS – Studio EDIT

Nella **Tabella Ia** vengono riportati i dati rilevati nelle tre edizioni dello studio EDIT (2005, 2008 e 2011). L'associazione di due o più sostanze illegali nella vita riguarda il

13,4% degli intervistati nel 2011. Anche se il dato risulta in aumento rispetto all'inizio della rilevazione (2005), è importante sottolineare che negli ultimi tre anni vi è stata una diminuzione delle prevalenze in tutti e tre i riferimenti temporali.

Le percentuali relative al numero di sostanze consumate indicano, per quanto riguarda i consumi nella vita, che la percentuale di studenti che riferisce l'uso di due sostanze è inferiore a quella di coloro che ne riferiscono tre o più (rispettivamente EDIT 2011: 6,1% e 7,4%); mentre, come ci aspettavamo, nei consumi riferiti agli ultimi 12 mesi e 30 giorni, all'aumentare del numero di sostanze diminuisce la quota di ragazzi coinvolti: da 4,3% a 4% nell'anno e da 2,4% a 1,5% nel mese.

Il sottocampione di poliassuntori relativo agli ultimi 30 giorni, rappresenta una frazione di studenti in cui esiste una maggior probabilità di includere assuntori più assidui e/o abituali di sostanze psicotrope. In Toscana, gli studenti che dichiarano di aver assunto nei 30 giorni prima dell'intervista due o più sostanze psicotrope illegali, rappresentano il 3,9% del campione EDIT 2011.

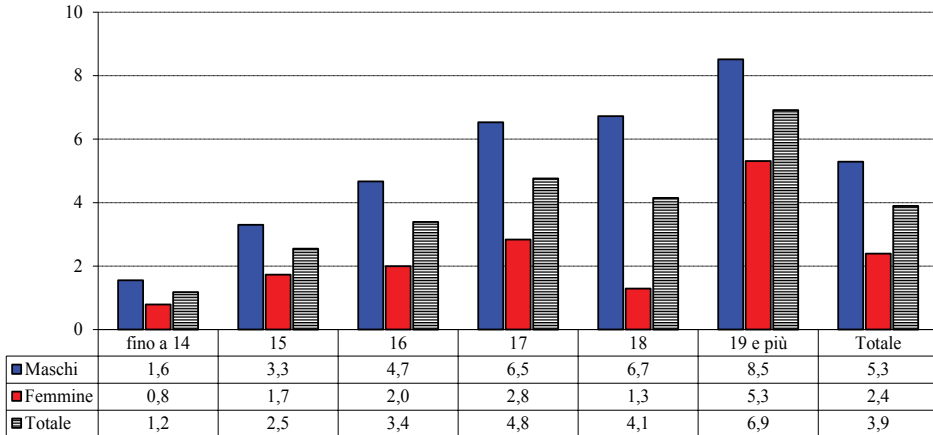
Le sostanze più frequentemente abbinate alle altre sono quelle della famiglia dei cannabinoidi, consumate nella quasi totalità dei soggetti (89% circa) che riferiscono un poliuso di sostanze illegali negli ultimi 30 giorni. Inoltre, tra coloro che ne hanno assunte due, la combinazione più frequente è costituita da cannabis e cocaina (incluso crack), seguita da cannabis e amfetamino-derivati (include amfetamine, ecstasy e GHB) e cannabis e allucinogeni (comprendente anche LSD e funghi allucinogeni e ketamina). Per coloro che hanno fatto uso di tre o più sostanze, i cocktail più diffusi consistono nella combinazione di cannabis, cocaina e amfetamino-derivati; in seconda posizione cannabis, amfetamino-derivati e allucinogeni; in terza cannabis, cocaina e allucinogeni o pillole farmacologiche (assunte non per motivi di salute e senza prescrizione medica) (dati non mostrati).

Nella distribuzione per età e per genere di questi soggetti (**Figura 1a**), si osserva un andamento del poli-uso che aumenta con l'età fino ai 19 anni, in cui si registra il massimo picco (6,9%), nonché un progressivo aumento della distanza tra i consumi dei maschi e quelli delle femmine. I primi, infatti, passano dall'1,6% di poli-assuntori mensili tra i quattordicenni all'8,5% tra i diciannovenni ed oltre, mentre le femmine, considerate le stesse due classi di età, registrano un aumento di quasi 6 punti percentuali (dall'1,2% al 6,9%).

Nella **Figura 1b** sono state rappresentate le distribuzioni percentuali dei poli-assuntori mensili per AUSL di residenza. Come è possibile osservare la distribuzione si presenta diversa da quella relativa al consumo generico di sostanze. Firenze rappresenta l'Azienda che concentra la più alta percentuale di poli-assuntori (EDIT 2011: 5,3%); a seguire, troviamo le AUSL di Pistoia, Arezzo e Massa Carrara. Prato, Lucca e Siena risultano essere invece le AUSL meno interessate dal fenomeno.

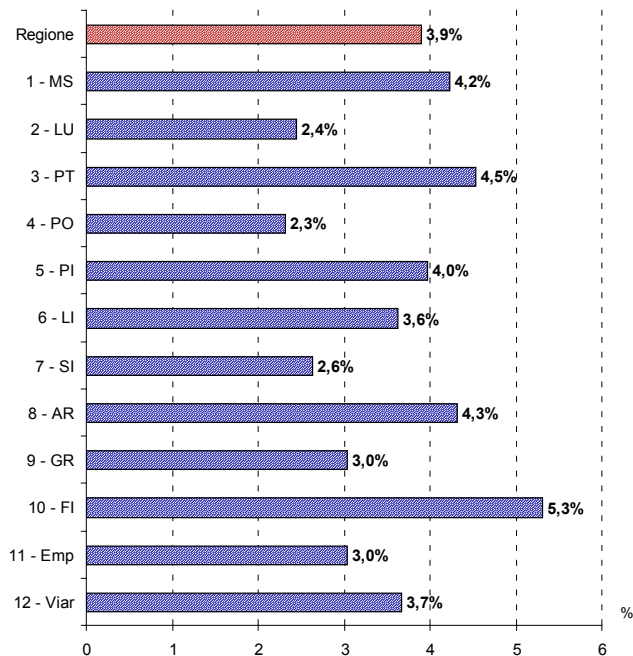
Studi precedenti affermano che l'uso di droghe sia associato ad una condotta di vita più trasgressiva e, in particolar modo, se la modalità di consumo è quella del poliuso (Barrett S.P., et al. 2006).

Figura Ia
Distribuzione percentuale dei poli-assuntori negli ultimi 30 giorni, per genere ed età - Toscana 2011



Fonte: Elaborazioni ARS – Studio EDIT

Figura Ib
Distribuzione percentuale per AUSL dei poli-assuntori di sostanze illegali tra i consumatori negli ultimi 30 gg. - Toscana 2011



Fonte: Elaborazioni ARS – Studio EDIT

Allo scopo di analizzare e valutare l'atteggiamento degli intervistati nei confronti di altri comportamenti e consumi a rischio rispetto ad aver assunto o meno sostanze psicotrope illegali, abbiamo riclassificato una parte del campione dello studio in tre sottogruppi: NA - non assuntori (coloro che dichiarano di non aver mai assunto droghe nella vita; 63,6% del campione); MA - mono-assuntori (coloro che dichiarano di aver consumato una sostanza negli ultimi 30 giorni; 20,9% del campione) e PA - poli-assuntori (consumatori di due o più sostanze illegali negli ultimi 30 giorni; 3,9% del campione). Abbiamo confrontato questi tre sottogruppi in relazione ad altre variabili rilevate sia di carattere socio-demografico che comportamentale (**Tabella Ib**).

Relativamente al consumo di bevande alcoliche, si osserva che il cosiddetto *binge drinking*, ovvero l'assunzione di 5 o più bicchieri (o boccali di birra o bicchierini di liquore) di alcolici in un'unica occasione, viene praticato dai PA con una frequenza tre volte superiore rispetto agli NA di sostanze psicotrope illegali (84,2% vs 25,8%). Del resto è molto elevata anche la differenza tra poli- e mono-consumatori (MA: 66,4%).

Significativa risulta essere la distanza tra NA e PA se si osserva la distribuzione dei fumatori regolari di sigarette (rispettivamente 14,6% vs 69,9%). La differenza tra MA e PA è più bassa del caso precedente, anche perché la sostanza più adoperata è la cannabis, la cui modalità di assunzione è prevalentemente legata all'uso di tabacco (dati non riportati). Sempre in relazione all'uso e abuso di tabacco e alcol, senza sottovalutare che si tratta di sostanze legali, quindi più facilmente reperibili, essi rappresentano un problema non da poco in termini di conseguenze sulla salute, soprattutto in un contesto di poli-assunzione di droghe.

Inoltre, tra i comportamenti a rischio da noi individuati abbiamo considerato anche l'aver avuto il primo rapporto sessuale in età precoce (≤ 14 anni). Dal confronto dei tre sottogruppi di studenti in relazione a questo comportamento, è stato osservato che ben il 42,9% dei PA ed il 18% degli MA rientrano tra coloro che hanno scelto di avere il primo rapporto sessuale completo in età precoce (≤ 14 anni); per contro, tra gli NA, questa proporzione di soggetti non arriva al 9%. Questi dati non sono per niente trascurabili e assumono maggior rilievo se consideriamo quanto emerso da un recente studio, in cui il consumo di sostanze psicotrope nei momenti che precedono il rapporto, seppur non in modo significativo, è risultato essere associato ad una minor probabilità di utilizzare il profilattico con conseguenti implicazioni relativamente anche alla trasmissione delle malattie infettive

Anche il comportamento da bullo risulta essere più frequentemente praticato da coloro che consumano sostanze, in particolare dal 29,6% circa degli MA ed il 42,9% dei PA; mentre tra chi non ha mai assunto sostanze, la prevalenza di ragazzi che risultano essere coinvolti in scontri fisici o episodi di bullismo scende al 16% circa. Ciò potrebbe essere attribuito ad una frequentazione, da parte di chi consuma (e/o acquista) sostanze illegali, di ambienti e contesti in cui è più frequente che si verifichi questo tipo di episodi.

Infine, a conferma di quanto emerso sopra, circa la maggior diffusione di uso eccessivo di bevande alcoliche tra i consumatori di sostanze psicotrope illegali, si possono osservare

Tabella Ib
Distribuzione percentuale nei tre sottogruppi entro le modalità di alcune variabili comportamentali
- Toscana, EDIT 2011

VARIABILI RILEVATE	MODALITA' DI CONSUMO		
	% Non assuntori	% Monoassuntori	% Poliassuntori
Binge drinking	25,8	66,4	84,2
Fumare sigarette regolarmente	14,6	59,2	69,9
Rapporti sessuali in età precoce (≤ 14 anni)	8,9	18,0	42,9
Comportamento di bullo	15,9	29,6	42,9
Guida dopo assunzione di alcolici	12,1	39,1	58,7
Incidente stradale	Sì, ma senza conseguenze	13,8	26,4
	Sì, con accesso al PS	6,2	15,2
	Sì, con ricovero	2,7	7,9

* Le combinazioni delle variabili qui riportate sono risultate tutte avere un livello di significatività superiore al 95% con $p \leq 0,005$.

Fonte: Elaborazioni ARS – Studio EDIT

le distribuzioni percentuali di coloro che dichiarano di essersi messi alla guida dei mezzi (motociclo, macchina ecc.) dopo aver bevuto un po' troppo. Tra i consumatori di due o più sostanze, ben il 59% dichiara di aver praticato questo comportamento, contro il 39% degli MA ed il 12% degli NA.

Anche l'essere stati coinvolti in incidenti stradali rispecchia l'andamento del precedente fenomeno. Innanzi tutto, tra coloro che non hanno mai assunto sostanze illegali nella vita, il 22,7% ha avuto incidenti stradali, contro il 49,5% degli MA e ben il 60% dei PA.

Inoltre, le tre modalità che definiscono la gravità dell'incidente (senza conseguenze, con accesso al Pronto soccorso e con ricovero ospedaliero), mostrano frequenze in diminuzione rispetto all'aumentare della gravità dello stesso, ma per gli NA la percentuale di questi soggetti è dell'8,9%, mentre per gli MA e i PA sono rispettivamente del 23,1% e del 30,9%.

I dati analizzati in questo focus inquadrano, come atteso, una certa relazione tra alcune delle variabili indagate. Tra gli studenti toscani che praticano il poliuso, infatti, sono risultati più frequenti determinati comportamenti a rischio, alcuni anche molto imprudenti, come la guida di veicoli dopo l'assunzione di alcolici e la più alta frequenza di incidenti stradali con conseguenze.

Le stesse conclusioni sono derivate anche dalle due precedenti rilevazioni EDIT. Tuttavia, l'insieme di queste considerazioni non sono sufficienti per costruire un quadro esaustivo di questo particolare e complesso modello di consumo, ma ci permettono di ritenere il poliuso, e le sue implicazioni, un fenomeno preoccupante per la salute

dei giovani, che merita ulteriori analisi e approfondimenti. Ciò nonostante tali risultati confermano quanto sostenuto dal modello teorico di Jessor (1987), secondo cui la tendenza in età adolescenziale a praticare condotte rischiose può esprimersi in diversi “profili di rischio”, caratterizzati da una pluralità di condotte problematiche associate tra loro (Jessor R., 1987; Riley S.C.E., Hayward E., 2004).

Questi risultati pongono un’ enfasi maggiore nei confronti del complesso universo giovanile e, in particolar modo, sulla messa a punto di adeguate azioni di prevenzione mirate, ma allo stesso tempo trasversali rispetto ai fattori di rischio individuati. Questi ultimi, infatti, non agiscono in modo svincolato gli uni dagli altri, pertanto è necessario intervenire analizzando e prendendo atto delle interdipendenze che per loro natura generano.

Focus II

Rilevazione EDIT Web 2013: i dati preliminari

Nel mese di ottobre 2013 l’ARS ha condotto un aggiornamento dei dati di alcuni dei principali ambiti indagati dallo studio EDIT. Sfruttando le potenzialità di Internet, questa rilevazione è stata effettuata (a livello sperimentale) con una metodica relativamente nuova. Infatti, i questionari (v. Allegato I) sono stati compilati dagli studenti direttamente via web, accedendo al sito dell’ARS. Lo studio ha preso il nome di EDIT Web 2013.

Metodologia

Sono stati arruolati nello studio 69 istituti di istruzione secondaria per un totale di 5.771 studenti (di cui il 49,3% femmine) che hanno scelto di rispondere alle domande del nostro questionario.

I dati rilevati hanno riguardato i seguenti ambiti: informazioni socio-demografiche; comportamenti alla guida, uso dei mezzi e incidentalità; gioco d’azzardo (frequenza, giochi e Lie/BetQ); uso di sostanze psicotrope legali e non (droghe, anabolizzanti, psicofarmaci, alcol e tabacco); bullismo; comportamenti sessuali; attività fisica e alimentazione. Rispetto alle precedenti (e più complete) edizioni (EDIT 2005, 2008 e 2011), le principali differenze sono consistite nell’esclusione delle sezioni riguardanti la salute mentale, il rapporto con i coetanei e con i familiari e l’uso del tempo libero.

Le classi partecipanti sono state selezionate dai docenti referenti (con cui è avvenuto il contatto telefonico per richiedere l’adesione allo studio). Comunque sia, l’indicazione è stata, anche per questa rilevazione, di scegliere una classe per anno scolastico, in modo da coprire l’intero ciclo e coinvolgere tutte le età comprese (14-19 anni). Dopodiché è stato accordato con i docenti un *range* di tre giorni susseguenti in cui poter effettuare la compilazione dei questionari online. Questa avveniva collegandosi direttamente al portale dello studio EDIT nel sito ARS (<https://www.ars.toscana.it/it/edit.html>) in cui era previsto un “pulsante” di avvio per la compilazione.

Tabella IIa

Prevalenze d'uso di almeno una sostanza una volta nella vita, ultimo anno e ultimo mese, per genere - Confronto totale regionale EDIT 2013 e 2011

Consumo di sostanze almeno una volta:	Maschi	Femmine	Totale	EDIT 2011 (Totale)
Nella vita	36,4	28,9	32,8	36,4
Negli ultimi 12 mesi	28,7	21,2	25,1	31,1
Negli ultimi 30 giorni	19,7	13,2	16,6	24,8

I dati rilevati sono poi stati elaborati con software PASW statistics 18 per mezzo di analisi statistica bivariata.

Analisi dei risultati:

Le elaborazioni che seguono sono la risultante di un'analisi preliminare dei dati raccolti. Per la fine dell'estate 2014 è prevista la pubblicazione di un documento della collana ARS "In cifre" con i risultati definitivi dell'intera rilevazione 2013. Inoltre, come vedremo, a causa della differente metodologia di rilevazione, i dati (specialmente per la sezione sulle sostanze illegali) sono risultati diversi dalle precedenti edizioni dell'omonimo studio. Questo, seppur atteso, non ci ha permesso di effettuare analisi di trend che coinvolgessero tutte le edizioni dell'EDIT.

Nella **Tabella IIa** vengono riportati i confronti delle prevalenze d'uso di almeno una sostanza illegale (riferite alla vita, agli ultimi 12 mesi e 30 giorni), per genere. Dai risultati emerge che quasi 1 studente su 3 ha utilizzato almeno una volta nella vita una sostanza stupefacente, con una rilevante attrazione di genere: circa il 29% delle femmine rispetto al 36,4% dei maschi. Gli studenti che hanno consumato almeno una sostanza nell'ultimo anno sono il 25,1%, del totale del campione, mentre quelli che lo hanno fatto nell'ultimo mese sono il 16,6%. Le differenze di genere si mantengono le stesse anche per questi due riferimenti temporali.

Dal confronto con le prevalenze totali riferite al 2011 si osserva un decremento in tutti i riferimenti analizzati. In particolare, le differenze aumentano con il diminuire del *time-frame* considerato (-3,6% nella vita, -6% nell'anno e -8,2% nel mese).

Per quanto riguarda la prima sostanza utilizzata, come nelle altre edizioni dell'EDIT, la cannabis mantiene il primato con il 78,3% delle preferenze e senza rilevanti differenze tra i generi. Tuttavia il dato risulta più basso di circa 10 punti percentuali rispetto al 2011 a fronte di un netto aumento della scelta come prima sostanza sperimentata dei farmaci o psicofarmaci assunti non per motivi di salute, che arriva all'11% del totale degli assuntori (e che nel 2011 era pari al 4%). Ciò assume ancor più rilevanza se andiamo ad osservare le differenze tra femmine e maschi, dove le prime riportano una preferenza pari al 13,7% contro il 9,2% dichiarato dai coetanei maschi (**Tabella IIb**).

Tabella IIb**Distribuzione percentuale per tipo di sostanza al primo utilizzo secondo il genere - Anno 2013**

Prima sostanza utilizzata	2013			2011
	Maschi	Femmine	Totale	
Cannabis	79,2%	77,1%	78,3	88,1
Ecstasy	1,1%	0,4%	0,8	0,3
Amfetamine	0,2%	0,4%	0,3	0,5
Allucinogeni	0,6%	0,1%	0,4	0,2
Cocaina	2,3%	0,3%	1,5	1,6
Funghi	0,9%	0,2%	0,6	0,5
Inalanti (popper)	0,4%	0,1%	0,3	0,4
Eroina	0,2%	0,3%	0,3	0,1
Crack	0,6%	0,8%	0,7	0,3
Anabolizzanti	1,1%	0,0%	0,6	0,3
Farmaci/psicof. assunti non per motivi di salute	9,2%	13,7%	11,1	4,1
Smart drugs	0,3%	0,0%	0,2	0,6
Altro	1,2%	2,6%	1,8	2,9
Ketamina	0,1%	0,9%	0,4	0,2
GHB	0,0%	0,2%	0,1	-
Non ricordo	2,7%	2,7%	2,7	-
Totale	100,0%	100,0%	100,0	100,0

Tabella IIc**Distribuzione percentuale cumulata dei soggetti per età e genere al primo utilizzo - Confronto totale EDIT 2013 e 2011**

Età	% CUM			2011
	Maschi	Femmine	Totale	
≤14	29,5	31,0	30,1	31,2
15	53,8	56,9	55,1	55,8
16	77,4	77,6	77,5	79,8
17	92,3	90,9	91,8	94,3
18	98,2	97,0	97,7	99,2
≥19	100	100	100	100

Per quanto riguarda l'età del primo uso, dalle percentuali cumulate riportate in **Tabella IIc** possiamo osservare che il 55% dei giovani ha dichiarato di aver consumato una droga per la prima volta entro i 15 anni. In questo caso le differenze di genere

Tabella IId

Distribuzione percentuale delle sostanze utilizzate (vita, anno, mese) - Confronto EDIT 2013 e 2011

Tipo di sostanza	Vita		Anno		Mese	
	2013	2011	2013	2011	2013	2011
Cannabis	25,5	31,0	20,0	25,1	11,7	18,3
Amfetamino-derivati	2,8	3,6	1,8	1,9	0,9	0,9
Crack e cocaina	4,1	5,9	2,6	3,7	1,2	2,1
Allucinogeni/LSD/Funghi	3,9	5,1	2,5	2,8	1,0	1,2
Inalanti volatili (popper)	2,1	4,9	0,8	1,7	0,6	0,6
Farmaci/psicof. assunti non per motivi di salute	6,7	5,1	3,7	3,2	1,7	2,1
Eroina	1	1,2	0,6	0,6	0,2	0,3
Anabolizzanti, steroidi	1	0,8	0,6	0,3	0,2	0,1
Ketamina	1,3	3,5	0,6	2,0	0,2	0,8
Smart drugs	1,7	2,8	0,6	1,3	0,3	0,6
GHB	0,5	-	0,3	-	0,3	-
Altro	1,9	7,4	1,0	4,1	0,3	2,7

non sembrano essere particolarmente evidenti, anche il confronto con il dato 2011 non riporta variazioni. Tuttavia, osservando anche le precedenti rilevazioni, si osserva uno slittamento in avanti dell'età. Infatti, nel 2005 erano quasi il 67% i soggetti che entro i 15 anni avevano sperimentato l'uso di almeno una sostanza illegale e nel 2008 il 58,4% (dato non riportato).

In **Tabella IId** è stato riportato uno schema di sintesi delle quote di consumatori almeno una volta nella vita, nell'ultimo anno e nell'ultimo mese delle varie sostanze prese in considerazione e i confronti con la precedente rilevazione.

La sostanza maggiormente adoperata si conferma essere la cannabis, a prescindere dal riferimento temporale. Il consumo *una tantum* riguarda infatti 1 studente su 4 (25,5%), oltre 5 punti percentuali in meno rispetto ai risultati del 2011.

I consumi riferiti all'ultimo anno e agli ultimi 30 giorni riguardano rispettivamente 1 ragazzo su 5 e (oltre) 1 su 10. Anche in questo caso le prevalenze risultano in decremento rispetto al 2011, specialmente il consumo mensile che riporta una differenza in punti percentuali di -6,6.

In lieve calo anche tutte le altre sostanze eccetto che per il consumo nella vita e nell'ultimo anno di farmaci e psicofarmaci assunti non per motivi di salute, che risultano invece in aumento (vita: 6,7% nel 2013 e 5,1% nel 2011; anno: 3,7% nel 2013 e 3,2% nel 2011). Questo è un dato rilevante, se consideriamo anche quanto rilevato in **Tabella IIb**, circa la consistente quota di ragazzi che dichiarano di aver provato queste sostanze per prime. Inoltre, dai dati emerge anche che il consumo illegale e non per

motivi di salute di questi farmaci non riporta alcuna differenza di genere (consumo annuo: 6,7% tra i maschi e 6,8% tra le femmine), come invece tipicamente accade nel consumo di sostanze illegali. Sarebbero dunque oltre 10.000 gli studenti toscani stimati che nell'ultimo anno hanno assunto queste sostanze e circa 5.000 sono femmine.

Nella **Figura IIa** vengono riportate le distribuzioni percentuali delle prevalenze d'uso (vita, anno e mese) di almeno una sostanza illegale per AUSL di residenza dei ragazzi. Gli studenti aretini, seguiti da quelli livornesi e fiorentini, sono quelli che mostrano le prevalenze nella vita, nell'anno e nel mese più alte della media regionale, mentre Viareggio, Siena Lucca le AUSL mostrano le prevalenze che risultano tendenzialmente più basse. Rispetto alla precedente edizione dell'EDIT si registra un decremento di molte delle zone costiere che nel 2011 erano risultate maggiormente coinvolte nel consumo di droghe.

Riguardo all'andamento per età dei consumi non si osservano importanti differenze rispetto a quello solitamente registrato per questo fenomeno. Nella fascia giovanile della popolazione i consumi aumentano con l'aumentare dell'età. Anche nella distribuzione riportata in **Figura IIb** (considerando tutti e tre i riferimenti temporali), si passa da una prevalenza che varia tra il 5% ed il 7% circa tra i 14enni ad una che va dal 24% al 28% tra i 19enni. L'aumento risulta più marcato nei consumi più frequenti (mensili).

Anche per questi dati sono state calcolate le percentuali di poliassuntori di sostanze illegali (**Tabella IIe**). Il 9,3% del campione riferisce l'uso di due o più sostanze nella vita. Inferendo tale dato sulla popolazione residente toscana della stessa fascia di età, si stimano in quasi 14.000 gli studenti coinvolti in questo tipo di consumo.

L'uso negli ultimi 12 mesi e 30 giorni riguardano rispettivamente il 6% circa ed il 2,2% del campione esaminato. Anche per questi valori, nel 2013 rispetto al 2011, si registrano valori più bassi sia riferendosi ai consumi nella vita che agli altri due *time-frames*.

Inoltre, le sostanze più frequentemente abbinata alle altre sono quelle della famiglia dei cannabinoidi, consumate dalla maggior parte dei soggetti (circa 82%) che riferiscono un poliuso di sostanze illegali negli ultimi 30 giorni. Inoltre, tra coloro che ne hanno assunte due, la combinazione più frequente è costituita da cannabis e cocaina (incluso crack), seguita da cannabis e pillole farmacologiche assunte non per motivi di salute; mentre per coloro che hanno fatto uso di tre o più sostanze, i cocktail più diffusi consistono nella combinazione di cannabis, stimolanti (ecstasy, amfetamine ecc.) e cocaina (dati non mostrati).

Tabella IIe

Distribuzione percentuale dei consumi di due o più sostanze (vita, anno, mese) - Confronto EDIT 2013 e 2011

Numero di sostanze	Vita		Anno		Mese	
	2013	2011	2013	2011	2013	2011
Due sostanze	4,0	6,1	3,1	4,3	1,2	2,4
Tre o più	5,2	7,4	2,8	4	1,0	1,5
Totale	9,3	13,4	5,9	8,3	2,2	3,9

Una volta consolidati i risultati di questo studio, come per la precedente edizione, verranno effettuate delle analisi statistiche più approfondite per verificare la correlazione di questo complesso modello di comportamento e, se vogliamo, di abuso (il poliuso mensile), con gli altri comportamenti a rischio indagati dalla rilevazione (binge drining, tabacco, incidenti stradali ecc.).

Figura IIa
Distribuzione percentuale dell'uso di almeno una sostanza una volta nella vita, ultimo anno e ultimo mese per AUSL di residenza - Anno 2013

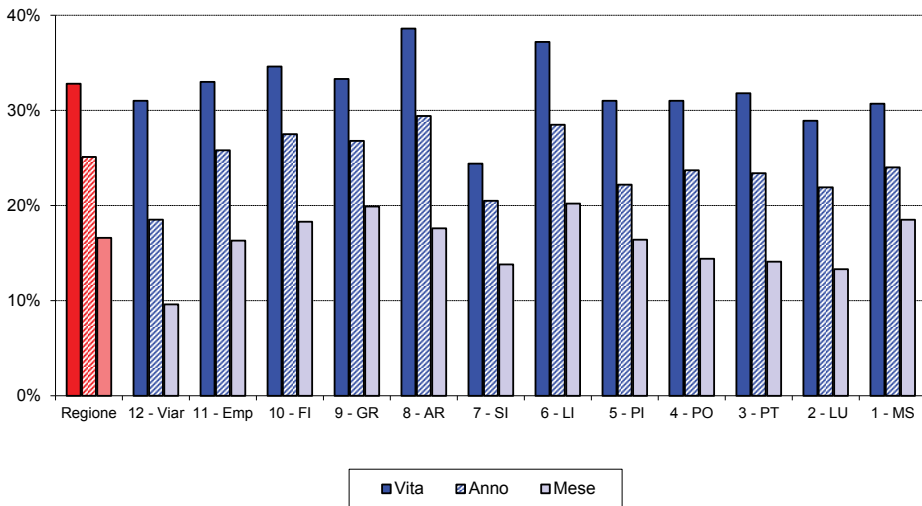
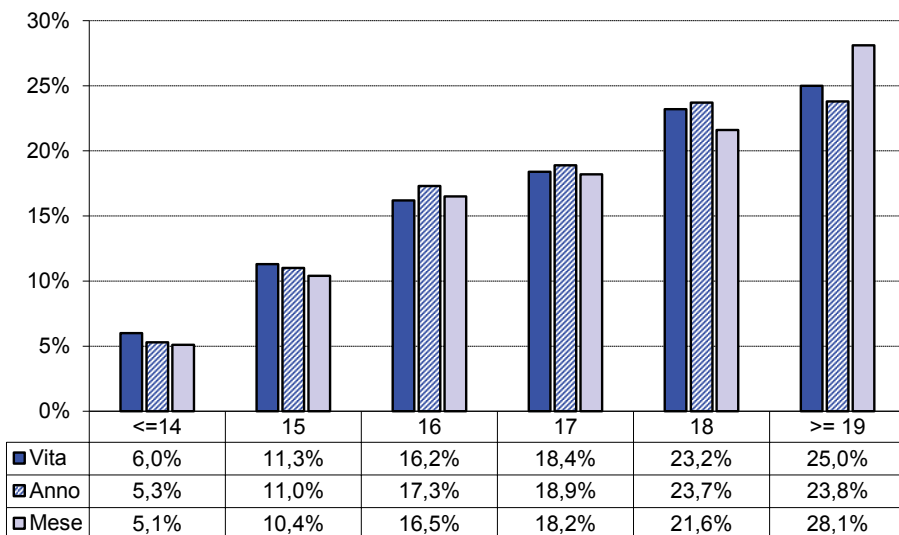


Figura IIb
Distribuzione percentuale dell'uso di almeno una sostanza una volta nella vita, ultimo anno e ultimo mese per età - Anno 2013



Bibliografia

- Barrett S.P., Darredau C., Pihl R.O. Patterns of simultaneous polysubstance use in drug using university students, *Human Psychopharmacology*, 2006; 21: 255 – 263
- Bonino S. (ed.), *L'erba leggera*. In: *Il fascino del rischio negli adolescenti*, Giunti, Firenze, 2005; pp. 59 – 81
- Byqvist S., Patterns of drug use among drug misusers in Sweden. Gender differences, *Substance Use and Misuse*, 2006; 41: 1817 – 1835
- Byqvist S. Polydrug misuse patterns in Sweden: Gender differences, *Journal of Substance Use and Misuse*, 1999; 34(2): 195 – 216
- Guxens M., et al. Factors associated with the onset of cannabis use: a systematic review of cohort studies, *Gac Sanit* 2007; May-June; 21(3):252 – 60
- Jessor R. Problem behaviour theory, psychological development, and adolescent problem drinking, *British Journal of Addiction*, 1987; 82: 331 – 342
- Lombi L. Le ambivalenze della società del rischio. In: Martoni M., Putton A (ed.) *Uso di sostanze psicoattive e cultura del rischio. Una ricerca tra i giovani frequentatori di discoteche*. Franco Angeli, Milano, 2006; pp. 17 – 31
- Riley S.C.E., Hayward E. Patterns, trends and meanings of drug use by dance-drug users in Edinburgh, Scotland. *Drugs: education, prevention and policy*, 2004; 3(3): 243 – 262
- Silicini R., Faggiano F., Geninatti S., et al. Patterns of drug use among young men in Piedmont (Italy), *Drug and Alcohol Dependence*, 2001; 64: 329 – 335
- Smit F., Monshouwer K., Verdurmen J. Polydrug use among secondary school students: combinations, prevalence and risk profiles, *Drugs: education, prevention and policy*, 2002; 9(4): 355-365
- Stronski S.M., Ireland M., Michaund P.A., et al. Protective correlates of stages in adolescent substance use: A Swiss National Study, *Journal of adolescent health*, 2000; 26: 420 – 427
- Winstock A.R., Griffiths P., Stewart D. Drugs and the dance music scene: a survey of current drug use patterns among a sample of dance music enthusiasts in the UK, *Drug and Alcohol Dependence*, 2001; 64: 9 – 17

Capitolo 3

Indagine sulle disuguaglianze di salute della popolazione ad alta marginalità sociale

Fabrizio Mariani

Maria Stagnitta

Alice Berti

Fabio Voller

3. Indagine sulle disuguaglianze di salute della popolazione ad alta marginalità sociale

3.1 Introduzione

Ad oggi, il tema delle marginalità sociali, delle conseguenti disuguaglianze socio-economiche e di salute sperimentate dalle popolazioni fragili rappresenta un fenomeno piuttosto complesso che, in questi ultimi anni, sia a causa della contrazione dell'economia, che delle scarse risorse a disposizione dei sistemi sanitari, ha coinvolto, in misura crescente, sempre più persone.

Le informazioni disponibili circa lo stato di salute, nonché l'accesso ai servizi socio-sanitari delle persone che vivono in condizioni e/o situazioni di marginalità sociale a causa di difficoltà economiche, abitative, professionali, sanitarie, culturali o altro, risultano essere alquanto limitate e frammentate.

Il lavoro compiuto dai servizi di Riduzione del danno/Bassa soglia, oltre all'importante ruolo svolto in termini sanitari e sociali per le persone che vivono in condizioni di vulnerabilità, rappresenta anche una risorsa per poter conoscere le caratteristiche, i bisogni e le difficoltà di accesso ai servizi di questo segmento di popolazione. A maggior ragione, in un sistema sanitario come quello italiano, caratterizzato da un forte processo di decentramento delle scelte di allocazione delle risorse regionali, appare ancora più rilevante seguire la situazione a livello locale, al fine di evitare che si producano ulteriori disuguaglianze.

Nella realizzazione di questo studio osservazionale ci siamo riproposti di conoscere e valutare le disuguaglianze nell'accesso alle cure sanitarie e all'assistenza sociale delle persone che vivono in condizioni/situazioni di marginalità e le loro caratteristiche socio-demografiche e stili di vita. Evidenze disponibili dalla letteratura segnalano infatti che tali disuguaglianze risultano condizionate da fattori socio-economici, quali il reddito, il livello di istruzione, l'appartenenza etnica, la zona geografica di residenza degli individui stessi.

Migliorare l'accesso alle cure della popolazione che vive in gravi condizioni di marginalità è di fondamentale importanza per abbattere le disuguaglianze di salute, per questo motivo è indispensabile creare le basi conoscitive che permettano di elaborare politiche di fondo e linee di intervento più specifiche per contrastarle.

3.2 Descrizione dello studio

3.2.1 Obiettivi

L'obiettivo primario che si intende soddisfare mira a rilevare lo stato di salute (comprendendo l'utilizzo di sostanze psicotrope ed i modelli di consumo) e il rapporto

con i Servizi socio-sanitari di un campione di persone in condizioni e/o situazioni di marginalità sociale a causa di difficoltà economiche, abitative, professionali, sanitarie, culturali o altro che accedono ai servizi di Riduzione del danno (RDD)/Bassa soglia.

Tra gli obiettivi secondari saranno compresi la descrizione delle caratteristiche socio-demografiche del target di popolazione individuata dallo studio, nonché le loro possibilità di accesso ai Servizi, in base ai documenti posseduti ma anche al loro livello di informazione circa i diritti, in termini di accesso, ai bisogni sanitari e sociali.

3.2.2 Strumenti e metodi

La prima fase del progetto prevedeva la costruzione di uno strumento di rilevazione che indagasse gli ambiti di ricerca descritti, strumento che è stato predisposto dall'Agenzia regionale di sanità (ARS) in collaborazione con il Coordinamento nazionale Comunità di accoglienza (CNCA) (v. Allegato II).

La rilevazione dati (primo semestre 2013) è stata effettuata direttamente dagli operatori dei servizi a bassa soglia al momento dell'incontro con la persona intercettata e il questionario somministrato ha raccolto le seguenti informazioni:

Informazioni socio-demografiche:

- genere;
- età;
- paese di nascita;
- residenza anagrafica;
- area di provenienza;
- documenti posseduti (se stranieri);
- condizione abitativa;
- titolo di studio;
- posizione lavorativa;
- stato civile.

Dipendenze:

- anni di dipendenza;
- sostanza primaria (storica e attuale);
- modalità di assunzione;
- trattamento farmacologico.

Stili di vita:

- consumo di tabacco;
- consumo di bevande alcoliche;
- consumo di sostanze psicotrope illegali e gioco d'azzardo.

Comportamenti, stato di salute e utilizzo dei servizi sanitari e sociali:

- abitudini sessuali;
- esecuzione test malattie infettive;
- patologie principali e trattamenti farmacologici ricevuti;
- iscrizione al Servizio sanitario nazionale (SSN) e assegnazione del medico di medicina generale (MMG).

Accesso ai Servizi:

- medico di medicina generale;
- consultori;
- specialistici (Ser.T, DSM, Alcologia, Malattie infettive);
- sociali;
- socio-sanitari del privato sociale e/o volontariato;
- sanitari di emergenza.

Rapporto con i Servizi:

- modalità di interazione;
- grado di soddisfacimento del bisogno;
- comportamenti messi in atto al momento del bisogno socio-sanitario.

Al termine della rilevazione, i dati raccolti sono stati informatizzati a cura del personale del CNCA ed elaborati dall'ARS.

Infine, i risultati ottenuti sono stati discussi ed elaborati al fine di produrre un report condiviso tra ARS e CNCA.

3.3 Risultati

3.3.1 Analisi descrittiva del campione

Il reperimento dei dati ha coinvolto 36 operatori impegnati nei dei servizi di RDD/ Bassa soglia, gestiti da Enti del Privato sociale federati al CNCA, che hanno intervistato in tutto 280 soggetti (di cui femmine 40%, con un rapporto maschi/femmine di 1,5). In **Tabella 3.1** è possibile osservare la distribuzione per età e genere del campione arruolato.

Oltre il 60% dei soggetti ha un età compresa tra i 30 e i 49 anni, con irrilevanti differenze di genere, ma con una prevalenza più alta per i transgender (n=6) nelle classi più giovanili (da 20 a 29 anni).

Le interviste sono state effettuate in quattro principali aree socio-sanitarie: Firenze, Lucca, Pisa e Livorno e in **Tabella 3.2** viene riportata la distribuzione percentuale della rilevazione. La maggior parte dei questionari sono stati somministrati a Firenze (n=108).

Il setting di somministrazione del questionario è risultato essere variabile a seconda del tipo di incontro tra operatore e utente. Nel 36% dei casi l'intervista si è svolta in un

Tabella 3.1
Distribuzione (N e %) del campione per genere ed età

Classi di età	Maschi		Femmine		Transgender		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<= 19	1	0,6	4	3,6	0	0,0	5	1,8
20-29	19	11,7	14	12,5	4	66,7	37	13,2
30-39	52	32,1	34	30,4	1	16,7	87	31,1
40-49	48	29,6	36	32,1	1	16,7	85	30,4
50-59	33	20,4	24	21,4	0	0,0	57	20,4
60-69	10	6,2	4	3,6	0	0,0	14	5,0
Totale	162	100,0	112	100,0	6	100,0	280	100,0

Tabella 3.2
Distribuzione delle interviste per area socio-sanitaria

Az. USL	N	%
10 - Firenze	108	38,6
2 - Lucca	24	8,6
5 - Pisa	78	27,9
6 - Livorno	70	25,0
Totale	280	100,0

centro ascolto e nel 28% circa in un Drop in e/o Centro diurno di accoglienza a bassa soglia¹ (**Figura 3.1**).

La fascia di popolazione più rappresentata (**Tabella 3.3**) è quella italiana (55,7%), a seguire Paesi dell'Unione Europea (UE) (13,2 %), Maghreb (10,0%) ed Est Europa² (9,3%). La componente italiana è risultata essere più alta tra i maschi (63,6%), mentre tra le femmine (anch'esse in prevalenza italiane) è stata riscontrata un'affluenza importante anche dai paesi dell'UE (in particolare dalla Bulgaria N=13) e dall'Est Europa (in particolare dalla Georgia N=17) (rispettivamente 22,3% e 19,6%).

- 1 Servizi diurni a sede fissa con funzione di luogo intermedio tra la strada ed i Servizi di accoglienza così come disciplinati dalla DGRT N.1165 del 21-10-2002. Sono destinati al contatto e all'accoglienza di persone che vivono in condizioni di marginalità, che consumano sostanze psicotrope, legali e/o illegali con finalità informative, preventive, di riduzione dei rischi/danni e promozione acquisizione di comportamenti a salvaguardia della propria e altrui salute, di orientamento, invio e accompagnamento alle reti locali dei servizi.
- 2 In questa classificazione abbiamo differenziato le persone provenienti dai Paesi europei appartenenti alla UE e non, in quanto i requisiti per l'accesso ai Servizi sanitari sono differenti: nel caso di non iscrizione all'SSN, i primi devono dimostrare di avere una iscrizione al Servizio sanitario del loro Paese, per i secondi è necessario possedere il tesserino Straniero temporaneamente presente (STP). Ciò determina che i cittadini appartenenti ai Paesi neo-comunitari (Romania, Bulgaria ecc.) abbiano maggiori difficoltà ad accedere ai Servizi sanitari.

Figura 3.1
Distribuzione percentuale dei setting di rilevazione dati

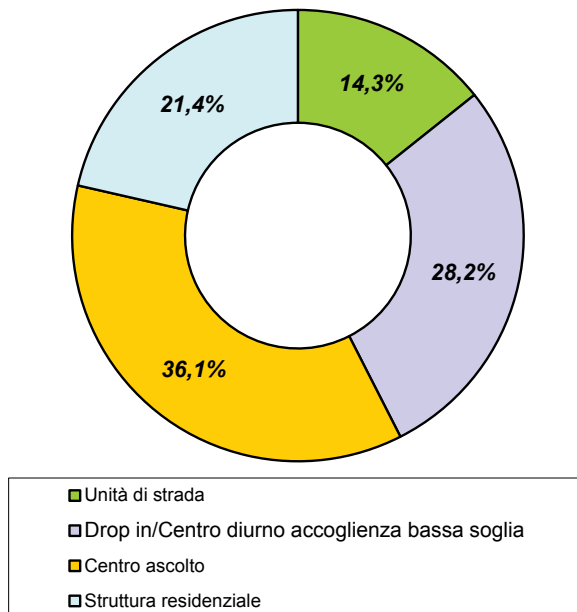


Tabella 3.3
Distribuzione del campione per genere e paese di nascita

Paese di nascita	Maschi		Femmine		Transgender		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Africa sub-sahariana	4	2,5	7	6,3	0	0,0	11	3,9
Asia	13	8,0	1	0,9	0	0,0	14	5,0
Est Europa (non UE)	4	2,5	22	19,6	0	0,0	26	9,3
Italia	103	63,6	52	46,4	1	16,7	156	55,7
Maghreb	25	15,4	3	2,7	0	0,0	28	10,0
Paesi UE	12	7,4	25	22,3	0	0,0	37	13,2
Stati Uniti	1	0,6	0	0,0	0	0,0	1	0,4
Sud America	0	0,0	2	1,8	5	83,3	7	2,5
Totale	162	100,0	112	100,0	6	100,0	280	100,0

Il 71% del campione possiede una residenza anagrafica, le donne in misura maggiore rispetto agli uomini (80% delle donne vs 67,3% degli uomini) (dati non mostrati). Molte delle persone intervistate hanno dichiarato di possedere una residenza anagrafica in Comuni, prevalentemente della Regione Toscana, diversi da quello in cui sono domiciliati. Si tratta, spesso, di persone in fuga da contesti abitativi stigmatizzanti o alla ricerca di risposte, e di maggiore accoglienza da parte dei servizi, alla loro condizione di precarietà sociale e/o sanitaria.

Il 43,2% (N=121) delle persone intervistate ha dichiarato di essere straniero. Per quanto riguarda i documenti da loro posseduti **Tabella 3.4**, si osserva che il 19% non possiede alcun documento, con una netta prevalenza tra i maschi rispetto alle femmine (rispettivamente il 30,6% vs 6,8%). Ci sembra importante evidenziare che solo il 21,5% degli stranieri intervistati possiede un permesso di soggiorno e, quindi, è in condizione di poter accedere a percorsi di inclusione sociale e lavorativa e che l'80,2% delle persone straniere intervistate dichiara di essere presente in Italia da un anno e più a conferma del fatto che, in assenza di documenti che attestino la regolarità di presenza sul territorio italiano, la condizione di marginalità sociale tenda a protrarsi nel tempo fino, in alcuni casi, a cronicizzarsi (dati non mostrati).

Sulla condizione abitativa degli intervistati (**Tabella 3.5**) è emerso che solo il 17,5% del campione risiede in un'abitazione privata, mentre il 23,6% è senza dimora e il restante 60% circa vive comunque in condizione abitativa estremamente precaria (edifici occupati, dormitori ecc.).

Considerato che, a parte l'abitazione privata, tutte le altre categorie registrate possono essere assimilate ad una condizione di senza dimora, esse sono state accorpate in un unico sottogruppo (circa l'83%) e, di questi, il 60% dichiara di trovarsi in questa condizione da 1 anno a oltre 5 anni (dati non mostrati), a dimostrazione del rischio di progressiva cronicizzazione che la condizione di marginalità sociale comporta.

Il 58% del campione ha più di 8 anni di frequentazione scolastica ed il titolo di studio posseduto è in prevalenza medio-alto, infatti circa l'89% del campione ha conseguito la licenza media o titoli più alti (**Tabella 3.6**).

Infine è emerso che oltre la metà del campione è disoccupato (59,3%), è celibe/nubile (58,6%) e non ha figli (52,1%).

3.3.2 Analisi descrittiva dei risultati

Relativamente all'uso e abuso di sostanze psicotrope (legali e non) il questionario somministrato prevedeva due sezioni separate, una relativa alla condizione di dipendenza da sostanze e l'altra sui consumi delle stesse (comprendendo anche il gioco d'azzardo). In questo modo è stato possibile individuare sia l'entità dei soggetti che ricorrono a trattamenti sanitari dovuti alla dipendenza, sia indagare il consumo di sostanze anche in un'ottica più ampia di stili di vita. Tuttavia, data l'arbitrarietà dell'intervistato di collocarsi

Tabella 3.4
Distribuzione (N e %) dei soggetti stranieri per tipo di documento posseduto

Tipo documento	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Carta d'identità estera	0	0,0	4	6,8	4	3,3
Carta d'identità italiana	2	3,2	7	11,9	9	7,4
Passaporto	24	38,7	31	52,5	55	45,5
Permesso di soggiorno	13	21,0	13	22,0	26	21,5
Carta di soggiorno	4	6,5	0	0,0	4	3,3
Nessun documento	19	30,6	4	6,8	23	19,0
Totale	62	100,0	59	100,0	121	100,0

Tabella 3.5
Distribuzione della condizione abitativa riferita dal campione per genere

Tipo di alloggio	Totale	
	N	%
Senza dimora	66	23,6
Alloggio precario	82	29,3
Edificio occupato	11	3,9
Centro di accoglienza	41	14,6
Dormitorio	19	6,8
Abitazione privata	49	17,5
Altro*	12	4,3
Totale	280	100,0

Tabella 3.6
Distribuzione (N e %) dei soggetti per titolo di studio posseduto

Titolo di studio	Totale	
	N	%
Nessun titolo	6	2,1
Licenza elementare	28	10,0
Licenza media	145	51,8
Diploma di scuola superiore	91	32,5
Laurea I o II livello	10	3,6
Totale	280	100,0

o meno tra i dipendenti piuttosto che tra i consumatori, questa scelta può aver comportato alcune discordanze rispetto alla realtà.

Il consumo/abuso di sostanze psicotrope legali e/o illegali

Il 53,6 % dei soggetti (N=150) riferisce una storia di consumo/abuso da sostanze psicotrope legali e/o illegali (che autodefinisce come tossicodipendenza e/o alcoldipendenza) (Tabella 3.7). Si tratta di una popolazione prevalentemente adulta, circa l'89% di questi ha un'età compresa tra i 30 e i 60 anni. Per quanto numericamente poco significativi, è da segnalare che il 66% (4 su 6) delle persone transgender dichiarano una dipendenza da sostanze. Ciò probabilmente è dovuto al fatto che la comunità transgender a cui appartengono le persone intervistate utilizza sostanze psicotrope in modo continuativo e funzionale all'esercizio della prostituzione.

Tabella 3.7

Distribuzione (N e %) dei soggetti con storia di consumo/abuso di sostanze psicotrope legali e/o illegali per genere

Classi di età	Maschi		Femmine		Transgender		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<= 19	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
20-29	4	3,9	5	11,6	2	50,0	11	7,3
30-39	35	34,0	18	41,9	1	25,0	54	36,0
40-49	36	35,0	12	27,9	1	25,0	49	32,7
50-59	23	22,3	7	16,3	0	0,0	30	20,0
60-69	5	4,9	1	2,3	0	0,0	6	4,0
Totale	103	100,0	43	100,0	4	100,0	150	100,0

L'eroina è risultata essere la sostanza di consumo/abuso più frequente (58,7%), seguita dall'alcol e dalla cocaina con, rispettivamente, il 26,7% ed il 13,3% (dati non mostrati). Inoltre, il 67% di essi ha dichiarato una storia di consumo/abuso di sostanze da 5 a 20 anni e il 18% oltre i 20 anni, si tratta quindi, in gran parte, di consumatori storici (Figura 3.2).

Agli intervistati che hanno riferito una storia di dipendenza è stata anche chiesta la sostanza di consumo/abuso attuale, in modo da poter osservare eventuali variazioni.

La sostanza primaria più utilizzata attualmente risulta essere l'alcol (30%), seguita da eroina (22,7%) e cocaina (10%) (Tabella 3.8). Tuttavia, risulta importante anche la quota di coloro che non ne riferiscono alcuna (34%), molto probabilmente trattasi, in maggioranza, di persone in trattamento farmacologico sostitutivo. Inoltre, la modalità iniettiva risulta essere la più utilizzata per eroina e cocaina (rispettivamente nel 94,1% e nel 53,3% dei casi). Questo dato conferma che, tale modello di consumo, è ancora

Figura 3.2
Distribuzione percentuale degli anni di consumo/abuso di sostanze psicotrope legali e/o illegali

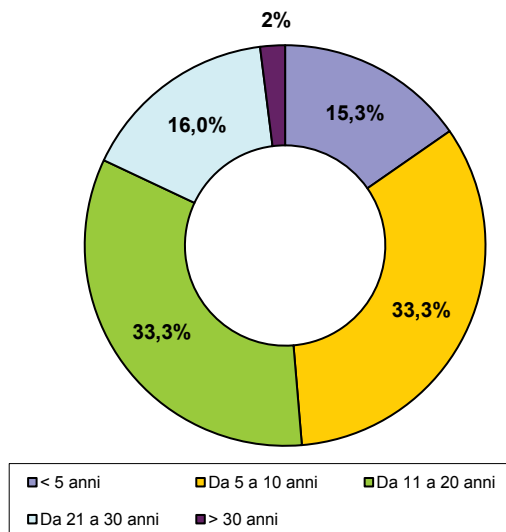


Tabella 3.8
Distribuzione (N e %) della sostanza primaria attuale

Sostanza	Totale	
	N	%
Eroina	34	22,7
Cocaina	15	10,0
Alcol	45	30,0
Psicofarmaci	1	0,7
Altro	4	2,7
Nessuna	51	34,0
Totale	150	100,0

molto diffuso nella popolazione di consumatori di sostanze intercettati dai servizi RDD (dati non mostrati).

Analizzando gli eventuali passaggi/sostituzioni di sostanze nella storia di consumo/abuso degli intervistati (**Tabella 3.9**), emerge che quasi il 40% degli eroinomani dichiara di non utilizzare sostanze psicotrope; questo dato è da interpretare alla luce di quanto

affermato precedentemente riguardo ai soggetti in probabile trattamento farmacologico sostitutivo. Inoltre, il 37,5% non ha cambiato la sostanza primaria di consumo/abuso, mentre tra i cocainomani e gli alcolisti le prevalenze di coloro che non riportano alcuna sostanza attuale è più bassa (rispettivamente 30% e 22,5%), ma sono di più coloro che non hanno modificato la sostanza (rispettivamente 40% e 75%).

Altro dato importante riguarda ancora l'alcol, che ha rappresentato la sostanza di passaggio principale sia per gli eroinomani che per i cocainomani (rispettivamente nel 12,5% e nel 20%). Probabilmente, con la stabilizzazione dei consumi, nei soggetti intervistati, l'alcol assume la caratteristica di sostanza sostitutiva probabilmente perché più accettata socialmente ed economicamente più accessibile.

Tabella 3.9

Confronto sostanza primaria attuale e sostanza di consumo/abuso progressa

Sostanza attuale	Sostanza progressa					
	Eroina	Cocaina	Alcol	Psicofarmaci	Altro	Totale
Eroina	37,5	0,0	2,5	0,0	0,0	22,7
Cocaina	8,0	40,0	0,0	0,0	0,0	10,0
Alcol	12,5	20,0	75,0	0,0	0,0	30,0
Psicofarmaci	0,0	5,0	0,0	0,0	0,0	0,7
Altro	2,3	5,0	0,0	0,0	100,0	2,7
Nessuna	39,8	30,0	22,5	100,0	0,0	34,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Infine, il 59,9% riferisce di essere in trattamento farmacologico per la sostanza primaria assunta. I farmaci più utilizzati nei trattamenti sono il metadone e gli psicofarmaci (dati non mostrati).

È importante evidenziare che il 40,1% delle persone che ha dichiarato di avere un problema di alcol e/o tossicodipendenza ha dichiarato altresì di non essere in trattamento farmacologico. Questo dato può essere interpretato sia dalla difficoltà che ha questo target di accedere ai servizi di cura formali (Ser.T); sia al fatto che alcuni consumatori non riconoscono nel trattamento farmacologico utilizzato dai Ser.T. un'opportunità di cura.

Stili di vita

Per coloro che non hanno dichiarato una dipendenza da sostanze (N=130), è stata prevista una batteria di domande nel questionario sul consumo di sostanze legali (tabacco e alcol) e illegali.

Dall'analisi dei dati è emerso che il 77,5 % del campione è fumatore (di cui il 58% fuma da 11 a 20 sigarette/die) (dati non mostrati) e il 50% consuma alcol e, come atteso, le bevande preferite sono risultate essere vino e birra con percentuali pari al 26,8% e al 21,4% rispettivamente (**Tabella 3.10**).

Tabella 3.10
Distribuzione (N e %) delle bevande consumate

Tipologia di bevanda consumata	Totale	
	N	%
Vino	75	26,8
Birra	60	21,4
Aperitivi/Spumanti	15	5,4
Amari	1	0,4
Superalcolici	11	3,9

Per quanto riguarda il consumo di sostanze illegali, questo comportamento coinvolge il 17,6% di questo sottocampione (N=29 di cui 12 sono poliassuntori), vale a dire il 10,4% del campione. Cannabis e cocaina sono risultate essere le sostanze più consumate e le prevalenze riferite agli ultimi 30 giorni (**Tabella 3.11**) ammontano rispettivamente all'8,6% e al 3,2% del campione arruolato. Le altre sostanze riportano valori praticamente irrilevanti.

Tabella 3.11
Distribuzione del consumo di sostanze illegali negli ultimi 30 giorni

Sostanze	N	% sul campione (N=280)	% sui consumatori non problematici (N=130)
Allucinogeni/LSD	0	0,0	0,0
Amfetamine	0	0,0	0,0
Cannabis	24	8,6	18,5
Cocaina	9	3,2	6,9
Crack	1	0,4	0,8
Eroina	1	0,4	0,8
Ecstasy	2	0,7	1,5
Farmaci o psicofarmaci senza prescrizione	6	2,1	4,6
GHB	0	0,0	0,0
Inalanti volatili	0	0,0	0,0
Ketamina	1	0,4	0,8
Metadone senza prescrizione	0	0,0	0,0
Oppio	0	0,0	0,0
Smart drugs	0	0,0	0,0

Relativamente alla pratica del gioco d'azzardo, emerge che ben il 77,8% del campione riferisce di non avere mai praticato il gioco d'azzardo. È questo un dato controverso, in forte controtendenza rispetto ad altre indagini ed alla media nazionale (circa 80%). Ciò

probabilmente è dovuto alle caratteristiche socio-economiche del target indagato e alla forte mancanza di disponibilità di denaro.

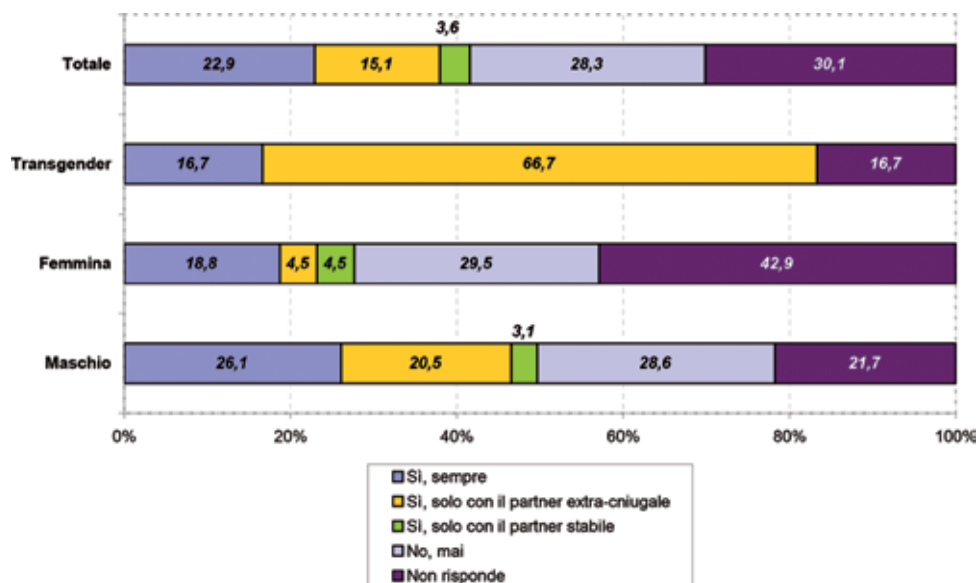
I giochi più comuni sono risultati essere il Gratta e Vinci e le slot machine, che hanno riguardato il 14,6% e l'8,2% del campione (dati non mostrati).

Comportamenti, stato di salute e uso dei Servizi socio-sanitari

Rispetto alla sessualità è stata rilevata in una buona parte del target grande riservatezza, dovuta sicuramente a professioni religiose e provenienze culturali diverse. Alla domanda sui rapporti sessuali negli ultimi 12 mesi, il 54% ha risposto di averne avuti, il 27% no e oltre il 18% non ha risposto o ha dichiarato di non ricordarlo (dati non mostrati).

Inoltre, dalla **Figura 3.3** è possibile osservare che il 28,3% del campione riferisce di non utilizzare mai il profilattico ed il 30,1% non risponde, con un'importante differenza di genere (21,7% maschi e 43% femmine). È un dato, questo, da tenere in grande considerazione per mirare meglio al target le informazioni sulla prevenzione e cura delle malattie sessualmente trasmissibili. Inoltre, l'uso del profilattico risulta più frequente nei transgender rispetto alle altre due categorie (ciò può essere dovuto al fatto che i questionari sono stati somministrati dalle Unità di strada attive nei contesti d'esercizio della prostituzione dove, fra le varie prestazioni offerte all'utenza, vi è anche quella della distribuzione di profilattici).

Figura 3.3
Distribuzione percentuale delle motivazioni del non uso del profilattico



Relativamente alle malattie infettive, agli intervistati è stato chiesto se avevano effettuato il test per HIV, HBV e HCV. Le distribuzioni dei tre diversi test non sono molto diverse. Merita tuttavia evidenziare la forte componente di persone che non hanno fatto il test, oltre la metà per HIV e HBV (55,4%) e il 46% nel caso dell’HCV (**Tabella 3.12**).

Tabella 3.12**Distribuzione percentuale degli intervistati che hanno eseguito il test per HIV, HBV e HCV**

Test per malattie infettive	% sul totale		
	HIV	HBV	HCV
No	55,4	55,4	46,1
Sì, meno di 6 mesi	19,6	19,6	22,9
Sì, tra 6 e 12 mesi fa	10	10,0	11,1
Sì, oltre 1 anno fa	15	15,0	20,0
Totale	100	100,0	100,0

Dai dati è emerso anche che, i soggetti con dipendenza da sostanze effettuano i test per le tre malattie infettive con più frequenza rispetto a coloro che non consumano sostanze (**Tabella 3.13**). Ciò è sicuramente dovuto al fatto che questa popolazione è raggiunta da campagne informative mirate ed è, spesso, in carico ai servizi per le tossicodipendenze, in cui tali accertamenti sono routinari. In particolare modo, tra coloro che riferiscono una storia d’abuso di sostanze, è emerso che a fare il test sono coloro che utilizzano la modalità iniettiva (45,1%) o che assumono alcol (38,2%) (dati non mostrati). Degno di nota, soprattutto in considerazione dell’esistenza di un vaccino, il dato rispetto al test HBV che, stranamente, risulta quello meno effettuato.

Tabella 3.13**Distribuzione percentuale degli intervistati con dipendenza secondo l’effettuazione dei test per HIV, HBV e HCV**

Tipo test		Sì	No	Totale
HIV	N	130	20	150
	%	87	13	100
HBV	N	95	55	150
	%	63	37	100
HCV	N	118	32	150
	%	79	21	100

Per ciò che concerne le patologie dichiarate dai soggetti, in particolare riferendoci alla patologia principale riferita (**Tabella 3.14**), si osserva che la prevalenza più alta riguarda i sieropositivi da HIV o i malati di AIDS con il 10,7%, seguiti dall’epatite C

e dai problemi o patologie psichiatrici (risp. 8,6% e 8,2%). Passando poi ai trattamenti farmacologici, si registra una maggiore attenzione rispetto alle cure per HIV piuttosto che a quelle per HCV e HBV. Le patologie psichiatriche, invece, laddove dichiarate, risultano essere tutte trattate farmacologicamente.

Tabella 3.14
Distribuzione (N e %) delle patologie principali e dei trattamenti effettuati dal campione

Patologia principale riferita	N	%	% sul totale (N= 280)	In trattamento farmacologico	
				N	%
Problemi o patologie psichiatriche	23	17,3	8,2	23	100,0
Epatite C	24	18,0	8,6	7	25,9
HIV+ o AIDS	30	22,6	10,7	28	93,3
Epatite B	5	3,8	1,8	1	20,0
Epatopatia o cirrosi	6	4,5	2,1	1	16,7
Altre	45	33,8	16,1	26	63,4
Totale	133	100,0	47,5	86	64,7

Rispetto al tipo di documento sanitario posseduto, il 21,8% del campione intervistato dichiara di non possederne alcuno, mentre il 67,5% possiede l'iscrizione all'SSN ed il 6,8% ha ottenuto la tessera STP (**Tabella 3.15**).

È importante inoltre segnalare che, tra coloro che non possiedono alcun documento sanitario, le motivazioni più frequentemente citate sono: *manca nza del permesso di soggiorno, smarrimento o scadenza del documento, mancanza di residenza anagrafica e/o problemi ad ottenerla*.

Tabella 3.15
Distribuzione (N e %) dei documenti sanitari posseduti

Tipo documento	N	%
Iscrizione SSN	189	67,5
Iscrizione SSR	8	2,9
STP	19	6,8
Tessera TEAM*	2	0,7
No, nessuno	61	21,8
Altro	1	0,4
Totale	280	100,0

* Tessera europea di assicurazione malattia.

Entrando nel merito della rete di cura indagata, tra coloro che sono iscritti all'SSN (189 soggetti su 280) il 91,1% ha un MMG e l'87,5% di questi riesce ad avvalersene. Tra i 24 soggetti che non riescono ad avvalersi dell'MMG le principali motivazioni risiedono in: *lontananza, sfiducia, si rivolgono ad altri servizi (SerT, Pronto soccorso)* (dati non mostrati).

Dai risultati è inoltre emerso che, in caso di malattia, le persone intervistate riferiscono di rivolgersi prevalentemente al Pronto soccorso (40,1%), all'MMG (37,9%) e all'Ospedale (36,4%), quest'ultimo dato va comunque associato ai primi due in quanto ai Reparti e/o Ambulatori ospedalieri si accede attraverso il Pronto soccorso o invio dell'MMG. Molti, inoltre, risolvono anche con l'automedicazione attraverso le farmacie (25,4%). Questi dati non presentano forti differenze di genere se non per il ricorso al Pronto soccorso, molto più utilizzato dai maschi rispetto alle femmine (50,6% vs 25,9%) e l'MMG a cui, viceversa, ricorrono più le femmine (**Tabella 3.16**).

Infine, è interessante notare che delle 36 persone che dichiarano di avvalersi di altri enti o servizi, 31 di esse si avvalgono dei servizi di Bassa soglia presenti sul territorio (Drop in, Centri di ascolto), gestiti dal Privato sociale.

Tabella 3.16
Distribuzione (N e %) dei soggetti secondo il ricorso ai Servizi sanitari in caso di malattia

Ente, canale o servizio	Maschi (N=168)		Femmine (N=112)		Totale (N=280)	
	N	%	N	%	N	%
Farmacia	41	24,4	29	25,9	71	25,4
Ambulatorio STP	15	8,9	4	3,6	19	6,8
Privato sociale	15	8,9	7	6,3	22	7,9
MMG	56	33,3	50	44,6	106	37,9
Consutorio	3	1,8	3	2,7	6	2,1
Pronto soccorso	85	50,6	29	25,9	114	40,7
Ospedale	65	38,7	37	33,0	102	36,4
Amici/conoscenti/automedicazione	20	11,9	11	9,8	31	11,1
Altro ente o servizio	27	16,1	9	8,0	36	12,9

Anche per quanto riguarda la popolazione straniera, dai dati risulta un maggior accesso ai servizi sanitari di emergenza. Nello specifico, le persone straniere intervistate dichiarano che, in caso di malattia, si rivolgono prevalentemente al Pronto soccorso (35,5%) e alla Farmacia (34,7%), mentre il 31,4% all'MMG (**Tabella 3.17**). Le persone intervistate, inoltre, riferiscono un basso accesso ai Servizi ospedalieri (13,2%), dato che, se comparato allo stesso dato riferito al totale del campione, può essere interpretato come una maggior difficoltà da parte di questo sottogruppo di persone, rispetto agli italiani, ad accedere ai Servizi specialistici ospedalieri (a cui normalmente si accede attraverso

il Pronto soccorso e/o l'MMG). Si evidenzia, inoltre, un basso accesso agli ambulatori STP, servizi sanitari pensati per rispondere ai bisogni sanitari della popolazione straniera temporaneamente presente.

Tabella 3.17
Distribuzione (N e %) degli stranieri secondo il ricorso ai Servizi sanitari in caso di malattia

Ente, canale o servizio	Totale	
	N	% (calcolata sul totale N= 121)
Farmacia	42	34,7
Ambulatorio STP	14	11,6
Privato sociale	9	7,4
MMG	38	31,4
Consultorio	4	3,3
Pronto soccorso	43	35,5
Ospedale	16	13,2
Amici/conoscenti/automedicazione	15	12,4
Altro ente o servizio	13	10,7

Analizzando i giudizi degli intervistati circa l'accesso e l'efficacia dei Servizi sanitari, risulta che il 60,4% del target definisce facile o molto facile l'accesso ai Servizi sanitari, ma il 32% lo definisce difficile ed il 7,6 % molto difficile.

Inoltre, nel 57,6% dei casi, i soggetti dichiarano di riuscire sempre a soddisfare le proprie esigenze sanitarie, a fronte del restante 42,4% per cui non è così. Tra i motivi alla base dell'insoddisfazione dei propri bisogni sanitari, i più citati sono: *le difficoltà burocratiche (20%), le difficoltà economiche (15,4%), la difficoltà a relazionarsi con gli operatori (10%) e i problemi con la lingua (8,2%) (Tabella 3.18).*

Tabella 3.18
Distribuzione (N e %) del campione secondo i motivi di insoddisfazione dei bisogni sanitari

Motivi per i quali non riesce a soddisfare le esigenze sanitarie	Totale	
	N	%
Scarsa informazione	19	6,8
Incompatibilità con gli orari di accesso	18	6,4
Problemi legati al trasporto	4	1,4
Difficoltà burocratiche	56	20,0
Difficoltà nel relazionarsi con gli operatori	28	10,0
Problemi con la lingua	23	8,2
Difficoltà economiche	43	15,4
Altro	17	6,1

Incrociando i dati relativi al possesso della residenza anagrafica con l'accesso ai servizi sanitari, si nota come i soggetti privi di residenza abbiano più difficoltà ad avvalersi di servizi quali MMG e Ospedale in quanto, senza residenza anagrafica, non è possibile essere iscritti all'SSN e all'SSR e poter quindi avere assegnato un medico di base attraverso il quale accedere eventualmente alle prestazioni ospedaliere; inoltre, senza residenza anagrafica non è possibile poter usufruire degli sgravi e/o esenzioni relativi al pagamento dei ticket delle prestazioni. Per contro, tali soggetti usufruiscono in misura prevalente di servizi di emergenza/urgenza, quali il Pronto soccorso, gli ambulatori STP, le farmacie e gli ambulatori di Bassa soglia del Privato sociale per i quali, in genere, non è richiesta una documentazione specifica (**Tabella 3.19**).

Tabella 3.19

Distribuzione (N e %) degli intervistati secondo il possesso della residenza anagrafica ed il ricorso ai Servizi sanitari

Ente, canale o servizio	Residenza anagrafica					
	Sì (N=197)		No (N=81)		Totale (N=278)	
	N	%	N	%	N	%
Farmacia	41	20,8	29	35,8	70	25,2
Ambulatorio STP	11	5,6	8	9,9	19	6,8
Privato sociale	14	7,1	8	9,9	22	7,9
MMG	93	47,2	12	14,8	105	37,8
Consultorio	2	1,0	4	4,9	6	2,2
Pronto soccorso	76	38,6	38	46,9	114	41,0
Ospedale	92	46,7	10	12,3	102	36,7
Amici/conoscenti/automedicazione	21	10,7	10	12,3	31	11,2
Altro ente o servizio	21	10,7	15	18,5	36	12,9

Tali osservazioni possono essere estese anche alle persone straniere che, se sprovviste di documenti che attestino la regolarità della loro presenza sul nostro territorio, tendono ad utilizzare maggiormente i servizi di emergenza/urgenza, nello specifico il 70% (dati non mostrati).

Per quanto riguarda i servizi sociali, rispetto al 71% che ne potrebbe usufruire, perché in possesso di residenza anagrafica, solo il 45% ne riferisce l'utilizzo, dato piuttosto basso se si pensa ai bisogni sociali di questo particolare target di popolazione (**Tabella 3.20**). È ipotizzabile che la motivazione per cui il restante 26% non ne usufruisce sia da collegare al fatto che si tratta di persone che hanno la residenza in un'altra città/paese. Tuttavia, chi ne fa uso, si rivolge prevalentemente all'assistente sociale del Ser.T. (se consumatore di sostanze), oppure al servizio sociale adulti del Comune e ai servizi del Privato sociale. Mentre le motivazioni del 55% delle persone che dichiarano di non

usufruirne sono: *l'assenza di documenti, la sfiducia, la non conoscenza delle modalità di accesso e la convinzione di non averne bisogno*. Soffermandoci invece sulla valutazione dell'accesso ai servizi sociali, il 58% del campione lo ritiene difficile o molto difficile.

Tabella 3.20

Distribuzione percentuale dell'utilizzo dei Servizi sociali secondo il possesso di residenza anagrafica

Utilizzo Servizi sociali	Residenza anagrafica			No	Totale
	Sì				
	Italia	Paesi UE	Totale		
Sì	57,7	40,0	57,3	14,8	45,0
No	42,3	60,0	42,7	85,2	55,0
Totale	100,0	100,0	100	100,0	100,0

Per quanto riguarda l'incrocio di condizione abitativa e utilizzo Servizi sanitari, come atteso, dai dati emersi risulta che le persone senza dimora hanno maggiori difficoltà, rispetto alle persone con una abitazione privata, ad accedere ai Servizi sanitari in genere (siano essi di emergenza o meno). Basso è anche il ricorso alle farmacie, ciò è probabilmente da attribuire a fattori economici e al fatto di non avere un luogo in cui custodire e assumere regolarmente i farmaci. Rispetto alle persone con un'abitazione privata ricorrono maggiormente, anche se in minima percentuale, ad amici/conoscenti/automedicazione o servizi di Bassa soglia (**Tabella 3.21**).

Tabella 3.21

Distribuzione percentuale degli intervistati secondo la condizione abitativa ed il ricorso ai servizi sanitari

Ente, canale o servizio	Senza dimora (N=231)	Abitazione privata (N=49)	Totale (N=280)
Farmacia	22,1	40,8	25,4
Ambulatorio STP	6,5	8,2	6,8
Privato sociale	7,4	10,2	7,9
MMG	36,8	42,9	37,9
Consultorio	1,3	6,1	2,1
Pronto soccorso	40,3	42,9	40,7
Ospedale	34,6	44,9	36,4
Amici/conoscenti/automedicazione	11,3	10,2	11,1
Altro ente o servizio	14,3	6,1	12,9

Anche per quanto riguarda l'incrocio di condizione abitativa e utilizzo Servizi sociali emerge una maggior difficoltà per le persone senza dimora, rispetto alle persone che vivono in abitazione privata, ad accedere e/o rivolgersi a questi Servizi. Da notare che sono proprio le persone che vivono in condizioni abitative maggiormente a rischio per la salute (senza dimora, alloggio precario, edificio occupato) a ricorrere in minor misura ai Servizi sociali (**Tabella 3.22**).

Tabella 3.22

Distribuzione percentuale degli intervistati secondo la condizione abitativa ed il ricorso ai Servizi sociali

Utilizzo Servizi Sociali	Senza dimora						Abitazione privata (N=49)	Totale (N=280)
	Senza dimora (N=66)	Alloggio precario (N=82)	Edificio occupato (N=11)	Centro di accoglienza (N=41)	Dormitorio (N=19)	Altro (N=12)		
Sì	41	34	0	59	63	75	53	45
No	59	66	100	41	37	25	47	55
Totale	100	100	100	100	100	100	100	100

Incrociando, inoltre, i dati relativi al possesso della residenza anagrafica con l'utilizzo dei Servizi sociali risulta che, tra coloro che non li utilizzano, ben l'85,2% (N=69) non ha la residenza anagrafica. Il dato conferma quindi che la residenza anagrafica è fattore determinante ed imprescindibile per accedere al sistema della presa in carico pubblica socio-sanitaria (dati non mostrati).

Da evidenziare, infine, che l'85,9% degli stranieri intervistati non si rivolge ai Servizi sociali per molti dei motivi sopracitati, ma soprattutto perché non possiede documenti.

3.4 Conclusioni

Questo studio ha permesso, per la prima volta in Toscana, di acquisire importanti informazioni su un campione molto eterogeneo di persone differenti tra loro per profilo socio-demografico, salute, condizione abitativa, professionale, culturale, tutte accomunate però del fatto di vivere in condizioni di alta marginalità/vulnerabilità sociale. Utilizzando il canale facilitante dei servizi di Riduzione del danno/Bassa soglia del CNCA (Unità di strada, Drop in, Centri di prima accoglienza e ascolto) si è potuto raggiungere un target - sempre più numeroso nei nostri territori - che esprime una forte multiproblematicità, dovuta spesso alla compresenza di patologie sanitarie (tossicodipendenza, malattie infettive, disturbi psichiatrici), con condizioni di fragilità sociale: non avere una dimora, aver perso il lavoro, o il fuggire, come nel caso degli stranieri, da carestie o guerre; tutti fattori che aumentano esponenzialmente il pericolo

di disuguaglianza nell'accesso ai servizi di cura e protezione sociale. Tra l'altro, si è reso da subito evidente come il target indagato fosse rappresentativo anche del progressivo processo di impoverimento della popolazione dovuto alla perdurante crisi economica, infatti, accanto a persone con carriere "storiche" di policonsumo ed altre più facilmente inquadrabili nel fenomeno della "homelessness" o dell'immigrazione clandestina, si sono potuti incontrare i "nuovi poveri", ovvero uomini e donne che fino a poco tempo fa conducevano una vita socialmente ed economicamente dignitosa, ma che la crisi ha fatto precipitare sotto la soglia di povertà assoluta. Attraverso le interviste e l'incrocio dei dati acquisiti si è potuto così comprendere meglio quali sono i maggiori ostacoli che impediscono l'accesso alle misure che le Aziende sanitarie e gli Enti locali mettono in campo per la soluzione di questi problemi e provare a fornire indicazioni utili ai decisori politici per lo scioglimento dei nodi più critici.

I dati di più immediata lettura suggeriscono le seguenti riflessioni: il possesso o meno della residenza anagrafica è sicuramente elemento discriminante per poter accedere a servizi sanitari e sociali strutturati e continuativi come, ad esempio, il medico di medicina generale o la presa in carico da parte di un Servizio sociale. Per gli stranieri, inoltre, la mancanza del permesso di soggiorno determina analoghe conseguenze, oltre al fatto di non poter accedere in molti casi anche ai servizi essenziali di accoglienza come i dormitori pubblici. Ne deriva l'ingresso di questa popolazione (italiani e stranieri) in un circuito di cronicizzazione dei propri problemi sanitari e sociali da cui spesso è difficile, se non impossibile, uscire. Un'ulteriore conseguenza è data dal fatto che, per risolvere problemi sanitari che non rivestono carattere di urgenza, queste persone si trovano sempre più spesso costrette a rivolgersi al Pronto soccorso, causando inevitabilmente un appesantimento ed ulteriori costi a questo presidio che dovrebbe provvedere solo ed esclusivamente a casi di emergenza/urgenza. Il rafforzamento da parte delle Amministrazioni comunali dello strumento normativo della "residenza di soccorso" potrebbe in qualche misura contribuire ad agevolare questi percorsi, così come l'introduzione di una misura a valenza sociale, analoga al tesserino sanitario STP, che possa permettere alle persone sprovviste di residenza anagrafica l'accesso ai Servizi sociali.

Inoltre, il 40% dei consumatori di sostanze psicoattive dichiara di non essere sottoposto a trattamenti terapeutici. Ciò indica come alcuni di essi non siano attualmente in condizione di accedere ai Servizi per le dipendenze e quindi sia necessario andare a implementare tutte quelle azioni di prossimità/aggancio di bassa soglia, orientamento e/o accompagnamento che possono facilitare una presa in carico e l'avvio di programmi terapeutici ad hoc. Il dato, però, potrebbe indicare anche che alcuni di loro non riconoscono nel trattamento farmacologico un'opportunità di cura; è questa un'area di ricerca che dovrebbe essere maggiormente approfondita (in questo senso sono indicativi alcuni lavori di ricerca già svolti da CNCA e Forum droghe sui meccanismi di controllo sociale informale sui consumi e sulle forme di autoregolazione dei consumatori).

Per ciò che riguarda gli stili di vita a rischio e le malattie infettive, molte delle persone incontrate non fanno uso del profilattico e non hanno mai effettuato i test HIV, HCV, HBV. Inoltre, tra le patologie riferite, la prevalenza più alta riguarda i sieropositivi da HIV o i malati di AIDS, segno questo che occorre non abbassare la guardia ma, anzi, andare ad incentivare ancora di più le misure che favoriscono l'accesso ai test e la prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili, oltreché, ovviamente, garantire la continuità del trattamento con farmaci antiretrovirali.

Il fatto poi che il 60% delle persone con precarietà abitativa si trovi in questa condizione da oltre 1 anno a più di 5 anni indica che ancora troppo poco si sta facendo per garantire condizioni di vita dignitose e accesso ai pieni diritti di cittadinanza. Le nuove frontiere dell'abitare sociale come lo housing solidale, il co-housing e l'autocostruzione potrebbero essere soluzioni da indagare maggiormente per risolvere questo tipo di problematica.

In conclusione, lo studio ha permesso di acquisire dati aggiornati su una fascia di popolazione in progressivo aumento che, stante il perdurare della crisi socio-economica del nostro Paese, sarà soggetta sempre di più a processi estremi di marginalizzazione. La precarietà lavorativa e abitativa, il fallimento dei percorsi migratori di chi cerca scampo da fame e guerre determinano l'impossibilità di accedere in misura appropriata a percorsi di salute e di assistenza sociale. Lo scenario che si è venuto a creare è del tutto nuovo rispetto alle categorizzazioni classiche a cui gli operatori socio-sanitari sono abituati. Occorre dunque trovare nuovi strumenti di intervento adattabili in modo flessibile a questi processi di progressivo impoverimento e frammentazione sociale che si stanno producendo, proprio perché caratterizzati da un complesso intreccio di fattori economici, sanitari, psicologici, sociali e culturali.

Capitolo 4

Indagine sull'uso
di sostanze legali e non
nel mondo giovanile:
i modelli, i contesti
e le traiettorie dei consumi

Grazia Zuffa

Stefano Bertoletti

Barbara Tinti

Alice Berti

Fabio Voller

4. Sostanze legali e illegali nel mondo giovanile: modelli di consumo, contesti e tendenze

4.1 Introduzione

Il consumo di sostanze, sia illegali che non (compresi alcol e farmaci), si è da anni esteso, ed è divenuto più complesso, sia per le diverse tipologie di sostanze presenti oggi sul mercato, sia per i modelli di consumo e i contesti in cui vengono consumate, soprattutto dalle generazioni più giovani. Gran parte della conoscenza sull'uso di sostanze psicoattive deriva dall'osservazione e dagli studi sui consumatori che si rivolgono ai Servizi per le dipendenze patologiche: si tratta però di (una minoranza di) consumatori che ha sviluppato modelli intensivi di consumo, mentre coloro che seguono modelli meno intensivi, o comunque non (o meno) interferenti con le comuni attività della vita quotidiana, scelgono in genere di non ricorrere ai Servizi: ciò avviene anche quando attraversano periodi, più o meno brevi, di uso più intenso e problematico, come spesso accade. Questa platea di consumatori rimane perciò "invisibile" ai Servizi, sia per le caratteristiche dei programmi offerti, perlopiù indirizzati ai consumatori maggiormente problematici, sia per il desiderio dei consumatori stessi di evitare il "doppio stigma", del comportamento illegale da un lato, della dipendenza dall'altro.

Per queste ragioni, la conoscenza basata su una tipologia così specifica di consumatori, come quella in carico al sistema delle dipendenze, non è in grado di dar conto delle tendenze e dell'evoluzione della pluralità dei consumi nei contesti sociali in cui si sviluppano. Si corre il rischio, infatti, di generalizzare all'insieme della popolazione dei consumatori le conoscenze che provengono dagli utenti dei Servizi, trascurando la varietà dei modelli d'uso e comprimendo la complessità delle "carriere" di consumo nell'unica tipologia dell'*escalation* "naturale" verso la dipendenza.

Negli ultimi decenni, specialmente negli Stati Uniti e in Europa, ha preso impulso la ricerca nei *setting* naturali su *non-captive populations*, consumatori (di diverse sostanze) non individuati tramite le istituzioni sanitarie o quelle penali¹. Inoltre, per riequilibrare il dominante approccio "farmacocentrico", concentrato sulla *addiction* e le caratteristiche chimiche additive delle sostanze, questi studi hanno prestato attenzione ad altri componenti in grado di spiegare la varietà dei modelli di consumo "altri" rispetto alla dipendenza: il set (aspettative e credenze del consumatore) e il *setting* (l'insieme delle "regole" sociali che cercano di "perimetrare" i consumi in modo che questi non intacchino la "normalità" della vita quotidiana e non mettano a repentaglio la tenuta sociale del consumatore).

1 Zinberg, 1984; Waldorf et al., 1991; Cohen&Sas, 1993, 1995; Decorte, 2000). Per l'Italia, si possono citare: Merlo et al., 1992; Meringolo et al., 2009; Ronconi, 2010; Zuffa, 2010; Bertolotti&Meringolo, 2010.

La ricerca qualitativa si rivela la più adatta a indagare queste componenti, in modo da cogliere la percezione dei consumatori circa le motivazioni all'uso, i rituali sociali, le aspettative, i meccanismi di autoregolazione.

Com'è ovvio, il reclutamento dei partecipanti per questo tipo di ricerca può solo avvenire tramite contatti informali o attraverso canali di Servizi ad alto grado di informalità che operano nei contesti naturali di consumo (come i Servizi di *outreach* di riduzione dei rischi).

Considerato l'interesse comune a sviluppare azioni di studio e ricerca sul fenomeno dell'uso e abuso di sostanze nei contesti giovanili, l'ARS e il Forum droghe² hanno realizzato uno studio ad hoc al fine di far luce sulle dinamiche, i pattern e le traiettorie dei consumi di questo target di consumatori ancora troppo poco conosciuto.

4.2 Descrizione del progetto

4.2.1 Obiettivi

L'obiettivo principale del progetto è descrivere e analizzare il consumo e l'abuso di sostanze psicotrope legali e illegali, con particolare riferimento alle culture del consumo nei contesti ricreativi e di svago, nella fascia giovanile della popolazione. L'analisi statistica sarà orientata alla comprensione dei modelli di consumo e delle traiettorie dei consumi. Attraverso le interviste in profondità, si cercherà di cogliere le nuove tendenze nei consumi (nuove sostanze, nuovi abbinamenti di sostanze), il significato dei consumi (motivazione d'uso, vantaggi e svantaggi percepiti), le "regole" d'uso e la percezione dei consumatori circa il "controllo"/"non controllo". Gli obiettivi secondari puntano alla descrizione delle caratteristiche socio-demografiche dei soggetti intercettati, nonché delle loro condizioni abitative, familiari e lavorative e delle eventuali esperienze nell'ambito dei Servizi socio-sanitari e di problematiche legali legate all'uso di sostanze.

2 L'associazione Forum droghe di promozione sociale, fondata nel 1995, è impegnata nella riforma delle politiche della droga con un approccio pragmatico e scientifico. In questi anni, Forum Droghe ha acquisito expertise particolarmente nel campo delle politiche europee e della riduzione del danno. Ha promosso la valutazione dell'impatto della legislazione antidroga sul sistema giudiziario e carcerario, con la pubblicazione dei Libri bianchi sulla legislazione italiana antidroga (anni 2009, 2011, 2012, 2013); ha inoltre inaugurato in Italia la ricerca sull'uso "controllato" di sostanze, in particolare di cocaina, che si è sviluppata in un progetto internazionale per un approccio innovativo di prevenzione nei Servizi (progetto europeo *New Approaches in Drug Policies and Interventions* - NADPI, capofila il *Transnational Institute* di Amsterdam). Forum droghe offre informazione e formazione tramite il sito www.fuoriluogo.it.

4.2.2 Strumenti e metodi

Il progetto prevede:

1) *interviste semistrutturate* tramite la somministrazione di un questionario (con domande chiuse e aperte) (v. Allegato III) a giovani consumatori di sostanze psicotrope legali e non. Le informazioni sono state raccolte da soggetti arruolati direttamente durante eventi ricreativi o in contesti di ritrovo o tramite catene di contatti amicali.

Le aree dell'intervista semistrutturata:

- informazioni socio-demografiche
 - genere
 - età
 - condizione abitativa
 - stato civile
 - titolo di studio
 - condizione lavorativa

- consumi e contesti
 - tipo di sostanze utilizzate (alcol e droghe) negli ultimi sei mesi
 - frequenza d'uso
 - sostanze preferite e più utilizzate
 - combinazione di più sostanze e descrizione dei vantaggi e svantaggi

Per le due sostanze maggiormente utilizzate sono stati inoltre indagati i seguenti aspetti: la spesa, la modalità di approvvigionamento (da chi e dove), le modalità di assunzione, i modelli di consumo e la loro evoluzione nel tempo (traiettorie di consumo), “vantaggi” (effetti positivi) e “svantaggi” (effetti negativi) derivanti dall'uso di queste sostanze.

Infine sono stati sondati anche i rapporti con i Servizi e gli eventuali problemi legali.

2) *interviste in profondità* e un focus group con consumatori di ketamina, utilizzando una traccia tematica analoga a quella delle interviste semistrutturate.

La durata prevista per la realizzazione del progetto è di 12 mesi ed è così suddivisa:

- incontri del gruppo di lavoro e costruzione strumento di rilevazione - 2 mesi
- somministrazione questionari - 3 mesi
- informatizzazione dati - 2 mesi
- elaborazione statistica - 2 mesi
- analisi interviste in profondità - 1 mese
- redazione report e condivisione informazione - 2 mesi

Sono state realizzate 103 interviste semistrutturate, 10 interviste in profondità, 1 focus group.

4.3 Risultati

4.3.1 Partecipanti: analisi descrittiva

Il reperimento dei dati ha avuto luogo tra gennaio e aprile 2013 e l'inserimento dati tra aprile e giugno. In totale sono stati intervistati 103 soggetti (femmine 35,9%; R M/F = 1,8). La distribuzione per età del campione indica un basso coinvolgimento di soggetti giovanissimi. Il 67% del campione, infatti, si concentra nella fascia di età giovanile adulta, che va dai 25 ai 34 anni. Nelle distribuzioni per genere si osserva invece uno spostamento verso le fasce di età più giovanili per le femmine e una componente matura più consistente tra i maschi (**Tabella 4.1**).

Tabella 4.1
Distribuzione (N e %) del campione per genere ed età

Classi di età	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
15-19	0	0,0	2	5,4	2	1,9
20-24	14	21,2	11	29,7	25	24,3
25-29	19	28,8	16	43,2	35	34,0
30-34	27	40,9	7	18,9	34	33,0
35-39	6	9,1	1	2,7	7	6,8
Totale	66	100,0	37	100,0	103	100,0

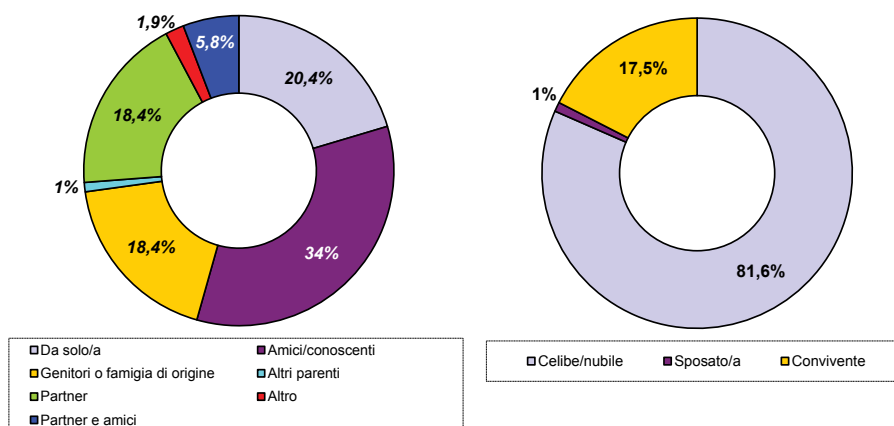
La rilevazione dei dati ha coinvolto 12 operatori dei servizi di *outreach* che hanno effettuato le interviste sul territorio toscano. In **Tabella 4.2** vengono riportate le distribuzioni delle province di residenza degli intervistati e del luogo di compilazione del questionario. Oltre la metà dei soggetti coinvolti sono residenti a Firenze, importante anche il coinvolgimento di partecipanti di Livorno e Arezzo (rispettivamente con il 12,6% e l'11,7%). Gli intervistati provenienti da Prato risultano invece essere i meno coinvolti (1,9%). La compilazione del questionario è avvenuta prevalentemente nella provincia di Firenze (68,3%).

Tabella 4.2**Distribuzione percentuale degli intervistati per provincia di residenza e provincia di compilazione del questionario**

Province	Residenza	Compilazione questionario
Arezzo	11,7	7,9
Firenze	54,4	68,3
Livorno	12,6	9,9
Pisa	7,8	10,9
Pistoia	5,8	0,0
Prato	1,9	0,0
Siena	5,8	3,0
Totale	100,0	100,0
Missing	0	2

Data la giovane età dei partecipanti, è stata riscontrata un'alta variabilità della condizione abitativa (**Figura 4.1**). Il 34% dei soggetti dichiara di vivere con amici e conoscenti ed oltre il 20% da solo. Per altre due ampie porzioni la convivenza è con il partner o con la famiglia di origine (entrambi con 18,4%).

Inoltre l'82% delle persone contattate è celibe o nubile (**Figura 4.2**) e solo il 5,8% ha dichiarato di avere uno o più figli.

Figura 4.1**Distribuzione percentuale della condizione abitativa e dello stato civile**

Per quanto riguarda il titolo di studio è stata riscontrata una forte prevalenza di diplomati (48% circa), i laureati inoltre arrivano fino al 17,5%, per contro non sono stati riscontrati casi con la sola licenza elementare o senza alcun titolo di studio (dati non mostrati).

Infine il 58% circa del campione ha un'occupazione lavorativa, il 15,5% è studente e il 13,6% dei casi è disoccupato (**Tabella 4.3**).

Tabella 4.3
Distribuzione (N e %) della situazione lavorativa

Situazione lavorativa	N	%
Studente	16	15,5
Studente lavoratore	11	10,7
Disoccupato	14	13,6
Stage formazione	0	0
Occupato - tempo indeterminato	12	11,7
Occupato - tempo determinato	6	5,8
Lavoratore saltuario o stagionale	8	7,8
Lavoratore autonomo	23	22,3
Inabile al lavoro	0	0
In cerca di occupazione	7	6,8
Non cerco occupazione	0	0
Altro	6	5,8
Totale	103	100,0

4.3.2 Rapporti con i Servizi

Il gruppo di consumatori presi in esame nella ricerca ha rapporti con differenti tipi di Servizi. I Servizi con cui ha maggior rapporto sono i SerT con 27 persone (26%) e i Pronto soccorso con 23 persone (22,3%), ma anche col medico di famiglia per problemi legati al proprio uso di sostanze in 9 persone (8,7%) e col reparto ospedaliero in 9 persone (8,7%). Di rilievo è il rapporto con Servizi di riduzione dei rischi (12 persone, pari all'11,7%) (**Tabella 4.4**). Tra questi sono compresi i Servizi di operatori di strada e Centri dedicati ai temi del consumo di sostanze (come il centro Java a Firenze), con 6 persone che li dichiarano come servizi di riferimento per questo genere di problematiche.

Tabella 4.4
Distribuzione (N e %) per tipo di servizio con cui il campione ha avuto rapporti

Tipo di servizio	N	% sul totale (N=103)
SerT	27	26,2
Salute mentale	4	3,9
Pronto soccorso	23	22,3
Medico di famiglia	9	8,7
Reparto ospedaliero	9	8,7
Altro	12	11,7

Il contatto e la frequenza rispetto ai Servizi sono da legarsi al consumo di sostanze diverse. Nel caso dei SerT 9 persone dichiarano di aver frequentato il Servizio per problemi legati al consumo di cannabis, 7 persone per problemi legati al consumo di eroina e i restanti per problemi connessi all'uso di cocaina e mix diversi (dati non mostrati). Da notare che la gran parte dei contatti avviene attraverso il canale amministrativo/sanzionatorio: il 62,5% (15 persone) indica infatti la Prefettura come canale di accesso ai Servizi, mentre negli altri casi si è trattato di decisione propria o dietro spinta dei consigli di amici o familiari (**Tabella 4.5**). Come si sa, le denunce per uso personale riguardano perlopiù la cannabis e dunque gli invii alle Prefetture riguardano in maggioranza i consumatori di questa sostanza: è un dato da tener presente nel valutare l'alto numero di partecipanti in trattamento ai SerT per questa sostanza.

Tabella 4.5
Distribuzione (N e %) per tipo di canale di arrivo al SerT

Canali di arrivo al SerT	N	%
Spontaneamente	6	25,0
Su spinta di amici e/o familiari	1	4,2
Su invio da Prefettura	15	62,5
Altro	2	8,3
Totale	24	100,0
Missing	3	-

Nel caso del Pronto soccorso e del ricovero ospedaliero, i malori sono perlopiù dovuti all'uso di alcol e di mix correlati: sono infatti 7 i casi legati all'alcol, 10 i casi legati all'uso di mix o più sostanze, 5 invece gli incidenti connessi all'uso di eroina e psicofarmaci. I ricoveri ospedalieri hanno riguardato in 5 casi l'uso di alcol e mix con cannabis e MDMA³, 1 caso per uso di cannabis, 1 per crack, 1 per utilizzo di stramonio (*datura*) e, infine, 1 caso per una overdose da eroina.

3 3,4-metilenediossimetanfetamina.

Riguardo infine ai problemi legali per uso di sostanze, il 46% degli intervistati dichiara di averne avuti. Fra questi, il 51,1% ha avuto solo problemi amministrativi, mentre il 34% riporta problemi penali e il restante 14,9% ambedue.

Riassumendo quanto appena descritto, il 26% ha avuto contatti con i SerT e il 46% ha avuto problemi penali/amministrativi: comparando questi dati a quelli di altre ricerche che hanno avuto l'intento di raggiungere i consumatori nei *setting* naturali, ci accorgiamo che i nostri partecipanti hanno avuto maggiori rapporti con le istituzioni sia sanitarie che giudiziarie⁴. La relazione/commistione fra i due livelli, con l'alta percentuale di persone che si rivolgono al SerT tramite la Prefettura, meriterebbe un approfondimento ulteriore.

Data l'analogia fra le aree tematiche delle interviste semistrutturate e delle interviste in profondità, i risultati saranno illustrati congiuntamente.

4.3.3 Consumo di sostanze legali

Le sostanze legali e illegali sono state oggetto di indagine separata, tenendo conto delle differenze nei processi di socializzazione fra le sostanze che rivestono un ruolo di rilievo nella *cultura mainstream* (l'alcol), e le altre che sono invece confinate nell'ambito di specifiche *subculture* dei consumi in ragione della loro illegalità.

Rispetto alla prevalenza del consumo di alcol (**Tabella 4.6**), si riconferma l'alto gradimento per il vino, consumato dal 95,1% del campione totale, con qualche oscillazione fra uomini (97%) e donne (91,9%). Il vino è sopravanzato solo dalla birra (97,1% del campione, con oscillazione dal 98,5% dei maschi al 94,6% delle femmine). Seguono a breve distanza i superalcolici (85,4%), gli aperitivi (71,8%) e gli amari (69,9%), mentre i soft drink si presentano come residuali (21,4%).

Tabella 4.6
Distribuzione (N e %) dell'uso delle sostanze legali (alcol e tabacco) per genere

Sostanze legali	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Vino	64	97,0	34	91,9	98	95,1
Birra	65	98,5	35	94,6	100	97,1
Soft drink	16	24,2	6	16,2	22	21,4
Aperitivi	46	69,7	28	75,7	74	71,8
Superalcolici	59	89,4	29	78,4	88	85,4
Amari	52	78,8	20	54,1	72	69,9
Tabacco	63	95,5	33	89,2	96	93,2

4 Si veda la ricerca condotta su 111 consumatori di cocaina ad Anversa, con il 19,8% che riporta contatti coi Servizi e il 41,4% che riporta problemi con la giustizia (Decorte, 2000, 86 sgg.); la ricerca condotta in Toscana su 115 consumatori di cocaina mostra una percentuale di poco inferiore per i rapporti coi Servizi (il 25,2%) e significativamente più limitata per i problemi con la giustizia (il 28,7%) (Bertoletti, Meringolo, in Zuffa ed. 2010, 165 sgg.).

Queste cifre sulla prevalenza, unite a quelle sulla frequenza d'uso (uso quotidiano, più di una volta a settimana, almeno una volta a settimana ecc.), offrono indicazioni sui contesti e le occasioni d'uso, in una parola sulle culture giovanili dell'alcol, seppur in maniera indiretta.

In conformità con quanto segnalato dalla più recente letteratura, si consolida la popolarità della birra che sembra essersi perfettamente integrata sia nel tradizionale consumo che accompagna i pasti in famiglia (e preferita al vino), sia nelle occasioni ricreative fuori casa.

Quanto al vino, si registra un declino del suo uso quotidiano (dichiarato dal 18,4% contro il 28,2% della birra). Tuttavia rimane alta la prevalenza durante la settimana, a dimostrazione che il vino è apprezzato dai giovani adulti soprattutto nei *setting* ricreativi fuori casa, come ad esempio l'ora dell'aperitivo (che a volte si presenta come un'alternativa al pasto serale, poiché l'aperitivo sempre più spesso si accompagna ad assaggi di cibi vari). Infine, i superalcolici emergono come una bevanda usuale, consumata più di una volta a settimana dal 26,7% e almeno una volta a settimana dal 25,7%, anche se l'uso quotidiano è raro (solo il 3,9 % lo dichiara) (Tabella 4.7).

Tabella 4.7
Distribuzione percentuale della frequenza d'uso delle sostanze legali

Frequenza	Vino	Birra	Soft drink	Aperitivi	Super-alcolici	Amari	Tabacco
Tutti i giorni	18,4	28,2	0,0	2,9	4,0	5,8	90,3
Più di una volta a settimana	37,9	36,9	7,8	18,4	26,7	24,3	1,9
Almeno una volta a settimana	22,3	14,6	3,9	10,7	25,7	15,5	0,0
Più volte al mese	10,7	16,5	3,9	23,3	16,8	14,6	1,0
Meno di una volta al mese	5,8	1,0	5,8	16,5	13,9	9,7	0,0
Mai	4,9	2,9	78,6	28,2	12,9	30,1	6,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Dalla letteratura attenta dei *setting* d'uso, sappiamo che i superalcolici sono le bevande preferite in discoteca, principalmente per l'effetto disinibente provocato dall'alta gradazione. Nell'insieme, appare riconfermato il cambiamento della cultura del bere, collegata al mutamento degli stili di vita giovanili, più centrati di un tempo sul divertimento: aumentano le occasioni di svago e si diversificano le bevande, con una chiara preferenza per i consumi fuori casa coi pari, piuttosto che per quelli domestici (Beccaria et al., 2010).

Quanto all'iniziazione all'alcol, per il 64% del campione è avvenuta a 15 anni o prima: per la gran parte di questi giovani adulti, le prime bevute sono capitate con gli amici (il 76,7%), in contesti di divertimento (41,6% in bar e il 20,8% in pub/discoteche). Tuttavia, una fetta non trascurabile di maschi (25,8%) ricorda le prime bevute in famiglia,

a fronte di un numero di femmine molto più esiguo (13,5%) (a rispecchiare i diversi ruoli dei generi nella cultura tradizionale, presumibilmente) (**Figura 4.2**). Va anche notato che una percentuale ben più alta (il 37,5% dei maschi e il 32,4% delle femmine) dichiara di aver consumato le prime volte in casa: si può pensare che la percentuale eccedente (rispetto a chi ha dichiarato l'iniziazione in famiglia) si riferisca alle prime esperienze compiute in feste organizzate in casa nell'età dell'adolescenza (**Figura 4.3**).

Figura 4.2
Distribuzione percentuale delle figure presenti all'esordio dell'uso di sostanze legali

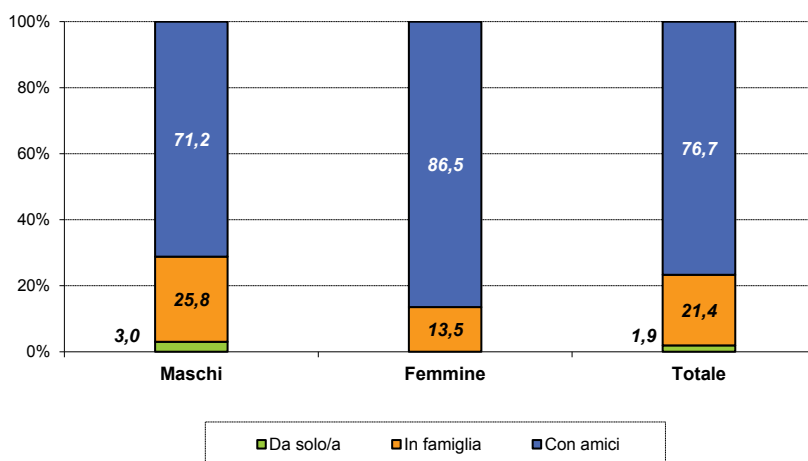
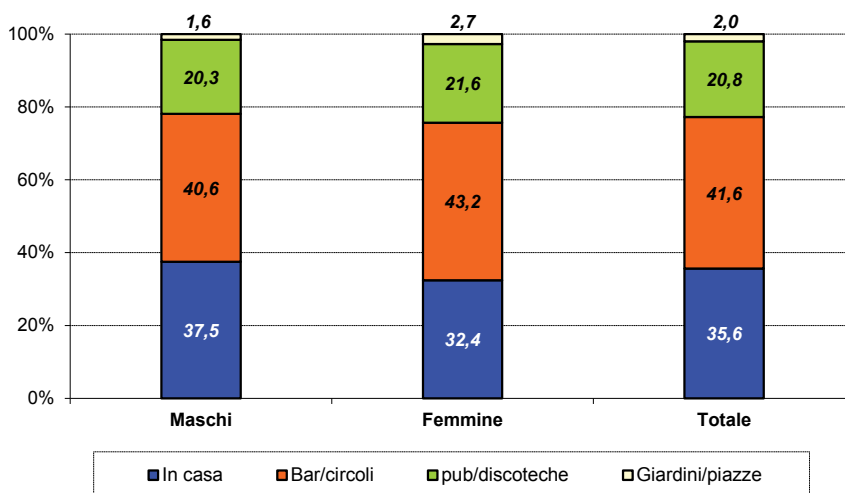


Figura 4.3
Distribuzione percentuale dei contesti in cui è avvenuta l'iniziazione al consumo di sostanze legali



4.3.4 Consumo di sostanze illegali

Il consumo di sostanze illegali è stato indagato a partire dal panorama di sostanze consumate negli ultimi sei mesi, concentrandosi sulla loro frequenza d'uso, i *setting* di assunzione privilegiati, le modalità d'assunzione più comuni. Altre domande hanno riguardato le sostanze preferite e le prime tre più consumate, insieme ai “mix” di sostanze preferiti (anche in questo caso i primi tre). A conclusione della parte generale, alcune domande sui “vantaggi” (gli effetti percepiti come positivi) e gli “svantaggi” (gli effetti percepiti come negativi) nell'utilizzo combinato di sostanze diverse.

Dai risultati emerge una panoramica che in primo luogo conferma una prevalenza di “policonsumo”, di tre o più sostanze (l'89,3% dei partecipanti), con una lieve differenza di genere (90,9% dei maschi contro 86,5% delle femmine). Il significato e la funzione degli abbinamenti di sostanze diverse saranno illustrati in seguito (**Tabella 4.8**).

Tabella 4.8
Distribuzione (N e %) del consumo di sostanze illegali per genere

Uso sostanze illegali	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Una sostanza	3	4,5	2	5,4	5	4,9
Due sostanze	3	4,5	3	8,1	6	5,8
Tre o più sostanze	60	90,9	32	86,5	92	89,3
Totale	66	100,0	37	100,0	103	100,0

Riguardo alle sostanze più consumate, i dati evidenziano che il primo posto è ricoperto dalla cannabis: il 94,2% ha consumato cannabis negli ultimi sei mesi, con una certa uniformità fra uomini e donne (95,5% di uomini contro il 91,9% delle donne). Di questi, una larga fetta consuma molto di frequente: il 67% quotidianamente, il 13,6 più volte la settimana. Ancora più importante, la cannabis esce come la prima sostanza preferita e la prima consumata, perfino davanti all'alcol: per il 51,5% la cannabis è la prima sostanza consumata, mentre l'alcol lo è per il 32%; è la preferita dal 49,5%, mentre l'alcol lo è dal 10,7%. È un chiaro indicatore della “normalizzazione” dell'uso di cannabis, di cui si parlerà ancora (**Tablelle 4.9 e 4.11**).

La cocaina risulta consumata (negli ultimi sei mesi) dal 75,7% degli intervistati, un tasso ancora più corposo se si considera che anche il crack ottiene una percentuale degna di nota (il 27,2%). Riguardo alla frequenza di uso, nel 41,7% dei casi si tratta di episodi di uso occasionale, poiché gli intervistati dichiarano di consumare “meno di una volta al mese” (che costituiva l'opzione di scelta di minor frequenza).

Riguardo alle modalità di consumo, da segnalare che l'uso iniettivo, più rischioso, è decisamente minoritario: solo il 2,6% lo dichiara, mentre le modalità più frequenti sono “sniffata” per l'89,7% e “fumata” nel 29,5% dei casi (**Tablelle 4.9 e 4.10**).

Tabella 4.9
Distribuzione (N e %) del consumo di droghe negli ultimi sei mesi

Sostanze illegali	Totale	
	N	%
Cannabis	97	94,2
Cocaina	78	75,7
Amfetamine	40	38,8
Ecstasy	64	62,1
Ketamina	49	47,6
Eroina	19	18,4
Oppio	63	61,2
LSD	34	33,0
Farmaci	19	18,4
Crack	28	27,2
Popper	5	4,9
Smart drugs	6	5,8
Funghetti	19	18,4
GHB	1	1,0
Metadone	9	8,7
Subutex	6	5,8
Inalanti	0	0,0
Altro*	5	4,9

* DMT, mescalina, psicofarmaci, metaxetamina, NEXUS.

Le sostanze che seguono nella distribuzione di uso (amfetamine, ecstasy, ketamina, eroina, oppio, LSD) offrono un quadro completo delle tendenze attuali. Alcune, come l'oppio e la ketamina, costituiscono una novità emergente anche rispetto al quadro più recente.

L'ecstasy mantiene un gradimento elevato, con il 62% di consumatori che ne dichiara l'uso nel periodo indicato: si nota solo l'incremento della modalità "sniffata" (23,4%), che segnala una maggiore presenza sul mercato di MDMA in cristalli. La frequenza d'uso rimane prevalentemente occasionale.

Con una percentuale di uso assai vicina all'ecstasy (il 61,2% dei partecipanti), si colloca una delle droghe più antiche del mondo, l'oppio grezzo (in resina). L'oppio viene consumato "più volte al mese" nel 30,1% dei casi, "meno di una volta al mese" nel 38,8%: il che sta ad indicare una frequenza non così rarefatta. Circa le modalità di assunzione, si nota un equilibrio tra le due principali vie di assunzione: "fumato", nel 66,7% dei casi (modalità più leggera e meno rischiosa) e "mangiato" nel 68,3%.

Tabella 4.10
Distribuzione percentuale delle modalità di assunzione per tipo di sostanza

Sostanze	Modalità di assunzione			
	Fumata	Sniffata	Iniettata	Mangiata
Cannabis	100,0	0,0	0,0	6,2
Cocaina	29,5	89,7	2,6	0,0
Amfetamine	0,0	67,5	0,0	45,0
Ecstasy	0,0	23,4	0,0	89,1
Ketamina	2,0	93,9	8,2	0,0
Eroina	68,4	26,3	15,8	0,0
Oppio	66,7	0,0	0,0	68,3
LSD	0,0	0,0	0,0	94,1
Farmaci	0,0	0,0	10,5	94,7
Crack	89,3	0,0	0,0	0,0
Popper	0,0	100,0	0,0	0,0
Smart drugs	33,3	0,0	0,0	66,7
Funghetti	0,0	0,0	0,0	100,0
GHB	0,0	0,0	0,0	100,0
Metadone	0,0	0,0	0,0	77,8
Subutex	0,0	16,7	0,0	83,3
Inalanti	-	-	-	-
Altro	20,0	20,0	0,0	60,0

La ketamina è l'altra sostanza "di tendenza" che emerge con un gradimento piuttosto elevato: 47,6% di consumatori (negli ultimi sei mesi) che ne fanno un uso prevalentemente "sniffato" (93,9% dei casi) e, raramente, per via iniettiva (l'8,2%). La frequenza di consumo si distribuisce con una certa uniformità tra le varie opzioni: il 17,5% segnala l'uso più occasionale (meno di una volta al mese), fino al 6,8% che ne dichiara un uso giornaliero .

Riguardo alle sostanze rimanenti, l'LSD raccoglie il 33% di consumatori. Anche i "funghetti" (col 18,4% di consumatori) escono confermati come droghe apprezzate, consumate prevalentemente in modo occasionale. Rimangono basse le percentuali di uso rispetto alle sostanze di nuova emersione come GHB⁵, DMT⁶, mescalina ecc.

L'eroina è usata dal 18,4% dei partecipanti, a conferma delle tendenze già osservate negli ultimi anni: la flessione generale della prevalenza, da tempo rilevata a livello europeo, è soprattutto imputabile al declino dell'uso iniettivo, a favore della modalità

5 Gamma-idrossibutirrato.

6 Dimetiltriptamina.

“fumata” (*chasing the dragon*)⁷. Infatti, tra le persone che dichiarano l’uso di eroina, la modalità di assunzione prevalente è quella “fumata” (68,4% dei casi); solo il 15,8% dichiara l’uso iniettivo.

Tabella 4.11
Distribuzione delle percentuali di sostanze illegali secondo la prima sostanza consumata e quella preferita

Sostanze	Prima sostanza consumata	Prima sostanza preferita
Alcol	32,0	10,7
Cannabis	51,5	49,5
Cocaina	1,9	7,8
Crack	-	1,9
Eroina	1,9	6,8
Oppio	1,0	5,8
Farmaci	1,0	-
Metadone	1,9	-
Ketamina	2,9	2,9
Tabacco	5,8	-
MDMA	-	7,8
LSD	-	4,9
Funghi	-	1,0
GHB	-	1,0
Totale	100,0	100,0

Approvvigionamento delle sostanze

Rispetto alle strategie di approvvigionamento e ai rapporti con il mondo dello spaccio, la ricerca fornisce uno spaccato interessante. La fonte di approvvigionamento preferita è rappresentata da amici o conoscenti. Nello specifico, il 56,3% si rivolge ad amici per la sostanza d’elezione (prima sostanza scelta per l’approfondimento) e il 49,5% per la seconda sostanza; solo in subordine si ricorre a spacciatori considerati tali a tutti gli effetti, quindi collocati all’esterno del proprio circuito amicale (il 30,1% si rivolge a spacciatori per la sostanza d’elezione ed il 35% per la seconda) (**Tabella 4.12**). Ciò

⁷ Il rapporto annuale 2013 per l’Europa segnala un trend decrescente sia del consumo che dell’offerta della sostanza. È anche citato un declino di lungo termine della modalità iniettiva (EMCDDA, Annual Report 2013, p.12).

risulta particolarmente evidente nel caso si tratti di cannabis, per la quale il contatto con la piazza e con l'acquisto "last minute" risulta essere decisamente minoritario. Nel 56,3% dei casi la strategia prescelta è quella di "acquistarne una buona quantità per essere tranquillo per un po'"; a conferma dell'importanza del circuito sociale/amicale. La scelta del circuito amicale come prevalente risulta anche confermata per altre sostanze e solo nel caso dell'MDMA e della cocaina è un po' più alto il numero di chi dichiara di rifornirsi attraverso spacciatori "professionisti" (dati non mostrati).

Tabella 4.12

Distribuzione percentuale delle modalità di acquisto della prima e della seconda sostanza d'elezione

Da chi compri la sostanza il più delle volte?	Prima sostanza consumata (%)	Seconda sostanza consumata (%)
Dallo stesso spacciatore	16,5	15,5
Da più spacciatori diversi	13,6	19,6
Da amici o conoscenti	56,3	49,5
Da amici/conoscenti anche spacciatori	3,9	15,5
Altro	9,7	100,0
Totale	100,0	0
Mancante di sistema (n)	-	6

Infine, sempre sulla scelta della frequenza e quantità di acquisto, nel caso della sostanza d'elezione (a prescindere dalla stessa) la preferenza si conferma quella di "acquistarne una buona quantità per essere tranquillo per un po'" con il 48% circa; mentre per la seconda sostanza, come atteso, nel 41% dei casi prevale l'assenza di una particolare strategia.

Combinazioni di sostanze

Le risposte dei partecipanti indicano una grande varietà di combinazioni, alcune molto particolari e poco condivise, altre, invece, più ricorrenti. Ci soffermiamo sui "mix" più comuni, riportando i "vantaggi" dichiarati delle combinazioni (gli effetti ricercati) e gli "svantaggi" (effetti/conseguenze indesiderati)

I mix più utilizzati sono stati riportati di seguito:

1. alcol-cannabis, riferito dal 54,6% del campione;
2. alcol-cocaina, riferito dal 31,6% del campione;
3. cannabis-oppio, riferito dal 28,8% del campione;
4. cannabis-MDMA, riferito dal 26,5% del campione;
5. cocaina-ketamina, riferito dal 13,8% del campione;
6. cocaina-oppio, riferito dal 10,8% del campione.

Di seguito vengono riportati i commenti degli intervistati sui vantaggi e gli svantaggi che il consumo di alcuni mix di sostanze comporta:

1) ALCOL-CANNABIS

Come già segnalato, è il mix più frequente (54,6%). Alcuni definiscono questa combinazione “familiare”, “normale”, un’abitudine. In altri termini, un rituale consueto nelle occasioni sociali dei giovani adulti:

“(sono) un normale passatempo delle serate in compagnia” (Mq 11)

“mi piace la “normalità” di questa situazione. Lo faccio da diversi anni e conosco bene i miei limiti” (Mq 35)

“mi piacciono entrambe le sostanze, insieme è più un’abitudine che una scelta, la cannabis mi disinibisce, l’alcool facilita le relazioni con gli altri”, (Mq25)

Tra i **vantaggi** citati, il *bilanciamento* degli effetti dell’alcool, nel senso di riduzione dei suoi effetti indesiderati:

“ si crea una specie di equilibrio che puoi controllare“ (Mq35)

“la cannabis non fa vomitare, quando hai sbornia di alcool, ti dà rilassatezza, allevia ansia” (Mq56)

Altri citano invece gli effetti concorrenti, in particolare il *“potenziamento”* dell’effetto dell’alcool, con l’effetto paradossale di diminuirne il consumo:

“in dosi adeguate si sommano gli effetti “esilaranti” delle due sostanze, benessere, disinibizione, empatia” (Mq48)

“la cannabis mi fa sentire di più l’alcool, mi sento allegro e disinvolto “ (Mq32)

“mi fanno ballare e stare bene con amici, la cannabis aumenta l’effetto dell’alcool, quindi ne consumo meno!” (Mq44)

“tra gli effetti piacevoli delle canne c’è che possono essere utili per staccare un po’: magari per 30 minuti non bevi” (Mq12)

Ancora tra i vantaggi, la *disinibizione* intesa come voglia e capacità di stare insieme agli altri e anche come senso di rilassatezza nello stare con gli altri. *Relax* e *divertimento* rappresentano altre parole chiave citate in molte delle risposte:

“rilassamento totale, abbassa le inibizioni” (Mq8)

“sei più disinibito, pensi meno, sei più rilassato” (Mq69)

“...sensazione di euforia, divertimento, benessere e sensazione di calma” (Mq 72)
“ti senti bene e rilassato, ma resti socevole, vedi tutto più con calma” (Mq 22)

Nel registro degli **svantaggi**, va notato che alcuni degli intervistati dichiarano che di questi mix non rilevano alcun svantaggio.

Altri sottolineano come svantaggio il *potenziamento* dell'effetto dell'alcol (in precedenza citato come vantaggio), poiché nel mix si potenziano anche le caratteristiche negative dell'alcol (in totale opposizione all'effetto di bilanciamento degli effetti negativi dell'alcol, di cui sopra).

“non mi piace molto perchè se esagero con l'alcool, con l'aggiunta delle canne mi sbronzo e poi sto male” (Mq 48)
“... stordimento da alcool, perdita cognitiva disagio se ho fumato troppo incapacità relazionali” (Mq 4)

Si rilevano *effetti fisici negativi*, malesseri durante l'effetto delle sostanze combinate (nausea, vomito, ma anche ansia e paranoia):

“se bevo troppo la cannabis facilita la nausea e vomito; troppa agitazione nei rapporti sessuali” (Mq 59)
“... ti può girare la testa, avere degli svarioni e a casa è bene tornarci solo se l'hai smaltita. Può prenderti male e andare in paranoia.” (Mq 62)

Infine, molti sono gli svantaggi del *“down del giorno dopo”* (amnesie, mal di testa, nausea e problemi di stomaco, disappetenza; qualcuno accenna anche a problemi di memoria):

“la difficoltà del giorno dopo, soprattutto a livello fisico. A volte sto davvero male, cioè se abusi con questo mix la mattina dopo ti bastona.” (Mq 88)

“credo che questo mix mi “resetta” un po' le serate. Penso che influisca sulla memoria” (Mq 63)

2) ALCOL-COCAINA

È il secondo mix più citato (31,6%), ricercato soprattutto per gli effetti sulla socialità. Infatti, l'associazione delle due sostanze è spesso finalizzata ad ottenere il **vantaggio** di *potenziamento della socialità* all'interno dei contesti di divertimento serali e notturni: le “serate”, siano esse in casa con amici, fuori all'aperto partecipando ad eventi, o nei locali o passando il tempo in piazza.

Il potenziamento della socialità si attua attraverso la sommatoria degli *effetti concorrenti* delle due sostanze oppure più spesso attraverso il *“bilanciamento”* degli effetti diversi.

Nel primo caso l'alcool concorre all'effetto disinibente e di "esaltazione", nel secondo la coca riequilibra l'effetto sedativo dell'alcol:

"l'alcool aiuta la disinibizione. Se sai dosarle hai delle percezioni amplificate e riesci a recepire tanti messaggi insieme. Il cervello va molto più veloce. La coca e un po' di alcool rendono più brillanti"; (Mq 25)

"esaltazione e "inebriamento", si amplificano a vicenda. Puoi esagerare oppure puoi farne un uso più quotidiano con gli amici per essere più disinvolti"; (Mq 9)

"sono più "spumeggiante" nel senso di più attivo e brillante. La coca riequilibra l'effetto sedativo dell'alcool";(Mq 97)

"io non reggo per niente l'alcool e la coca mi tiene su la botta, sono disinibita, intraprendente"; (Mq 46)

Il mix può eliminare i rispettivi effetti negativi delle due sostanze, oppure quelli di una delle due sostanze :

"in associazione si ottiene maggiore effetto euforizzante senza la sonnolenza dell'alcool e senza le punte d'ansia della cocaina" (Mq 32)

"si può bere molto senza percepire gli effetti (negativi) dell'alcool. L'alcool rende maggiormente "sociale" la cocaina". (Mq 18)

Questi aspetti ne fanno un mix "di routine", un rituale ben inserito nella "normalità" delle serate. Per tale ragione gli effetti divengono perfino difficili da riconoscere:

"difficile parlare dei vantaggi in effetti, non ho mai usato cocaina senza bere alcool. Comunque l'alcool ammorbidisce la rigidità che dà la cocaina" (Mq 88).

Riguardo agli **svantaggi**, ne sono citati molti. Da notare che alcuni percepiscono come negativi gli effetti che altri invece apprezzano.

In primo luogo, il fatto che la cocaina bilanci l'effetto sedativo dell'alcol esaltandone le potenzialità euforizzanti, porta a *consumare alcol in eccesso*, con tutte le conseguenze indesiderate del giorno dopo.

"con l'associazione si assume troppo alcool senza accorgersene, quindi il giorno dopo si hanno tutti i postumi tipici di una sbronza enorme" (Mq 3)

"assenza di freni sui consumi, costi elevati, nausea, mal di testa, secchezza delle fauci, fumo di sigarette fuori controllo" (Mq 100)

"spendi troppo, fumi troppo, fai tutto troppo. Il giorno dopo sei tutto rimbombato" (Mq 76)

In generale, l'abbinamento delle sostanze porta al consumo eccessivo di ambedue, esaltando gli effetti negativi di entrambe. Per la cocaina, salta allora in primo piano la spesa e alcuni effetti fisici negativi ("rigidità", aggressività, problemi sessuali):

“a volte stai tutta la sera a cercare la coca. Dopo cena non è facile trovarla al volo. A volte basta bere un paio di cocktail che qualcuno parte con la “ricerca” che poi coinvolge tutto il gruppo. Il giorno dopo non ricordi molto di solito” (Mq 64)

*“a volte mi fa venire fuori comportamenti molesti ed anche aggressivi” (Mq 43)
“mi impaletto a livello muscolare, mi capita di avere problemi nel relazionarmi con gli altri” (Mq 59)*

“il costo è un problema, non sentendo l'effetto dell'alcool continui a bere peggiorando la situazione”. (Mq 17)

3) CANNABIS-OPPIO

Si tratta un mix meno popolare dei precedenti, anche se abbastanza utilizzato dagli intervistati (28,8%). Per i consumatori di oppio sembra essere un'associazione molto indicata, quasi un “mix perfetto”.

Tra i **vantaggi**, in primo luogo, si sottolinea l'effetto di *relax* e il raggiungimento di uno stato di *equilibrio mente-corpo*.

“rilassamento muscolare e mentale, pensieri positivi, visioni a occhi aperti, ..fantasiosa, il mix perfetto” (Mq 44)

“stai da dieci, rilassatissima a chiacchiera sul divano. Però non ti abbiocca, anzi sembra che ti abbiano massaggiato in dieci il collo” (Mq 59)

“stato di relax ed introspezione più amplificato, piacevolezza a livello fisico e mentale” (Mq 12)

È apprezzato l'effetto di *potenziamento* della cannabis nei confronti dell'oppio, contribuendo anche a farlo “salire” prima.

“li associo per amplificare l'effetto dell'oppio, più relax, più empatia” (Mq 33)

“potenziamento effetto dell'oppio maggiore effetto relax e sensazione di essere al di sopra di tutto” (Mq 23)

“la cannabis accentua l'effetto dell'oppio. Sotto l'effetto dell'oppio quello della cannabis è meno sedativo e più tonificante” (Mq 78)

In altri casi, si apprezza la funzione di *bilanciamento* delle due sostanze. La cannabis lenisce alcuni degli effetti spiacevoli dell'oppio, come la nausea, ma anche viceversa: è l'oppio a mitigare alcuni effetti indesiderati della cannabis, assumendo un valore di automedicazione rispetto agli stati di ansia indotti dalla cannabis.

“... evita la sensazione di nausea-vomito che provoca l'oppio” (Mq 8)

“l'oppio mi leva le paranoie, mentre la cannabis potrebbe amplificarle quindi l'oppio mi riequilibra e anche se fumo più (canne) non esistono paranoie” (Mq 39)

“...rilassa tanto, anche contro gli attacchi di panico, quindi non prendo psicofarmaci. Ti mette anche bene, non solo ti rilassa, sei più predisposto alle cose”. (Mq 97)

Riguardo agli **svantaggi**, le citazioni sono equivalenti a quelle dei vantaggi. Gli svantaggi menzionati sono legati in prevalenza all'oppio, più che al mix in sé. Ad esempio, si lamenta *l'eccessivo effetto narcotico*, oppure i riflessi di *nausea e vomito* del giorno dopo, o i *dolori di testa*:

“postumi dell'oppiaceo, a parte quello non ce ne trovo di svantaggi”(Mq 15)

“ad alti dosaggi ti rende inerte, apatico, mancanza di riflessi, ad una battuta ci penso e ti rispondo dopo tre minuti, mancanza di memoria” (Mq 48)

“disturbi allo stomaco e intestinali dovuti essenzialmente all'oppio non al mix di per sé” (Mq 14)

“mal di testa il giorno dopo, mal di gola per aver fumato troppo” (Mq 5)

Ancora rispetto agli svantaggi dell'oppio, si citano i tempi di ripresa molto lenti talvolta causa di problemi nelle attività quotidiane (lavoro ecc.); e il timore della dipendenza.

“nausea e mal di stomaco. Una volta cominciato poi è difficile smettere” (Mq 102)

“è facile perdere il controllo (dipendenza)” (Mq 82)

Di nuovo, il mix cannabis-oppio è citato come un aspetto della routine di “fumare canne”.

“questo è un mix che faccio solo perchè fumare canne è la base di tutto, però uso l'oppio come sostituto del fumo quando non ce l'ho.” (Mq 2)

4) CANNABIS-MDMA

Anche questa combinazione è ben nota, prevalentemente in contesti di divertimento, che rimangono il luogo elettivo dell'uso di MDMA. Nella ricerca, è utilizzata dal 26,5% degli intervistati.

Fra i **vantaggi**, è valutato positivamente l'effetto *concorrente* di *disinibizione* comune a tutte e due le sostanze:

“allegria, facili relazioni, mancanza di stanchezza, percezioni emotive amplificate, assenza di fame, maggiore loquacità, creatività” (Mq 37)

“balli tutta la sera sotto cassa. Stai bene, anche solo ballando. Dormi bene” (Mq 4)

“bella sensazione di euforia, divertimento, forte senso di socializzazione, socializzo di più con le persone ed è piacevole. Sono empatico” (Mq 95)

È anche apprezzato l'effetto contrario, di *bilanciamento* fra le due sostanze: la cannabis sembra avere il potere di riequilibrare l'effetto stimolante eccessivo che l'MDMA può provocare, con un risultato di "armonizzazione" delle due sostanze:

"l'MDMA mi fa venire la voglia di fumare e fumare mi rilassa. Le canne mi acquistano quella sensazione di apertura dei polmoni dell'MDMA e voglia di riempirli, fumo un po' e mi rilasso" (Mq 68)

"la cannabis abbassa il senso di agitazione dell'MDMA e non mi fa perdere lo stimolo della fame. Senso di pace. Connessioni più facili con le percezioni degli altri" (Mq 82)

Il "bilanciamento" assume una dimensione temporale, con la cannabis percepita come capace di temperare la fase *down* dell'MDMA, ma anche utile per accelerare l'effetto dell'ecstasy

"a fine serata fumo e mi rilasso e mi faccio scendere l'mdma" (Mq 73)
"l'ecstasy mi cambia la respirazione e fumare mi riempie i polmoni e mi aiuta a far salire gradualmente l'ecstasy invece che tutta insieme". (Mq 16)

Anche questo mix viene percepito come "normale" e routinario.

Non ho mai provato ecstasy senza cannabis. Quando assumo ecstasy ho molta voglia di fumare sia tabacco che canne, ho voglia del gesto, del fumo." (Mq 44)

Riguardo agli **svantaggi**, l'elenco è più breve, e si risolve facendo riferimento al *consumo eccessivo* di cannabis, incrementato dalla combinazione con l'MDMA:

"il giorno dopo mi sveglio con i polmoni spezzati perchè ho fumato troppo" (Mq 52)
"l'effetto della cannabis si perde con l'Mdma e duro fatica a girarle, quindi rischio solo di buttar via del fumo" (Mq 58)

Alcuni svantaggi citati si riferiscono però alla sola componente MDMA (insorgenza di paranoia), ma non si rilevano svantaggi specifici del mix:

"la paranoia del giorno dopo .. che però attribuisco all'amfetamina (mdma). Nel mix di per sé non ci sono svantaggi" (Mq 35)

"non sento effetti collaterali nel mix, non ho ripercussioni fisiche e nemmeno sullo stomaco, cosa che altri mix possono causare" (Mq 30)

5) COCAINA-KETAMINA

Questo mix è utilizzato dal 13,8% degli intervistati. È conosciuto tra i consumatori con un nome particolare “Calvin Klein”, con allusione al famoso marchio di moda.

Riguardo i **vantaggi**, il suo appeal risiede, come in altri casi, nel bilanciamento fra l'effetto stimolante della cocaina e gli effetti psichedelici e rilassanti della ketamina.

“ridi, sei lucido, ma allo stesso tempo sei in botta. La ketamina in se per sé ti fa vedere fuori da te, ma la cocaina ti fa esser te stesso e più “lucido”, la coca ti fa esser più presente.” (Mq 10)

Una combinazione, dice un altro intervistato, che - tra accelerazioni e rallentamenti - produce benessere :

“la coca mi accelera e la keta mi rallenta (prima coca e poi keta), “mi dà un benessere completo ... del cervello e penso meno”(Mq 3)

“stemperi la botta da ketamina che butterebbe giù, ... è un mix divertente se usato nella giusta maniera e nelle dosi giuste”(Mq 31)

È considerato un mix “comodo”, probabilmente in riferimento al fatto che sono due polveri che possono essere assunte insieme per via nasale:

“veloce e pratico), per la modalità d'assunzione e per il contrasto dei due effetti“(Mq 11)

Sul lato degli **svantaggi**, si citano in primo luogo *l'effetto down e i postumi del giorno dopo: mal di testa, acidità di stomaco, nervosismo*. Qualcuno allude anche al *craving* e al rifiuto di rientrare nella percezione “normale” delle cose. Si citano anche sensazioni fisiche spiacevoli, “perdita di controllo” e aggressività:

“i postumi sono più pesanti, ne hai sempre più voglia e rischi di infognarti di più, vuoi sempre stare nel sogno non vuoi tornare alla realtà” (Mq 82)

“... te trita a livello mentale, ti distrugge i recettori della temperatura del corpo ed hai sbalzi pazzeschi di temperatura sia durante la botta sia dopo”. (Mq 47)

“Perdi ancora più il controllo che con LSD perchè ti senti superiore a tutti ma con la percezione di essere fuori. Crei casino in discoteca e fai a botte. In macchina è peggio” (Mq 26).

Focus sui consumi di alcune sostanze:

I questionari utilizzati per le interviste semistrutturate comprendono una sezione dedicata ad approfondire i consumi delle due sostanze illegali che gli intervistati riportano come le più utilizzate (settori “prima sostanza” e “seconda sostanza”). Le aree d'indagine

riguardano tra l'altro le modalità prescelte di assunzione, la frequenza e i contesti d'uso, le traiettorie di consumo. Le interviste in profondità, offrono informazioni dettagliate sui modelli, carriere di consumo e meccanismi di autoregolazione dei consumatori e permettono perciò di interpretare meglio i risultati delle interviste semistrutturate. Per tale ragione, i dati sulle sostanze più usate saranno esposti congiuntamente ai contenuti delle interviste in profondità, come già accennato.

Non tutte le sostanze sono qui prese in esame. Nella scelta, sono state privilegiate le sostanze più "popolari": la cannabis e la cocaina.

La cannabis

Come già anticipato, la cannabis è la sostanza più consumata dai partecipanti alla ricerca e risulta essere la prima sostanza d'elezione, scelta da 79 intervistati della nostra ricerca, il 76,7% del totale, di cui 52 maschi e 27 femmine.

La cannabis (in tutte le sue varietà: hashish, marijuana, resina ed olio di hashish) viene prevalentemente fumata, ma in qualche caso viene anche "mangiata". In alcune interviste emergono nuove modalità che potremmo considerare più "potenti" (uso di "chiloom", pipe d'acqua ecc.) e successivi aggiustamenti che riportano alla modalità classica della "canna o spinello":

"all'inizio fumavo spinelli ma fumavo anche con vari strumenti (chiloom, bonji, pipette) poi ho smesso di usarli e ora fumo solo spinelli" (i4)

Circa le occasioni e i *setting* di consumo, risalta l'aspetto di "sostanza normalizzata" sia all'interno della vita di tutti i giorni che in occasioni particolari di divertimento e celebrazione. La cannabis si usa infatti in serate con amici (91% dei casi), in luoghi di divertimento (88,6%), ma anche "da solo in casa" (84,8%).

Per la frequenza d'uso, la ricerca ci mostra una popolazione di consumatori che potremmo definire abituali: il 72% afferma di usare cannabis sia "durante la settimana che nei week-end".

La cannabis è all'inizio usata a fini e in contesti di socializzazione, ma spesso col tempo il consumo si "individualizza", articolandosi e integrandosi in altri momenti della "normalità" quotidiana.

"abbiamo iniziato quell'estate lì in compagnia, si andava al mare, ci ritrovavamo e abbiamo iniziato così, si comprava, più o meno tutti giorni poi è stata una cosa fluida" (b-ca)

"Per me ha sempre avuto un grosso ruolo socializzante soprattutto da ragazzina, è una sostanza a cui sono legata mentalmente" (cq35)

....non ci sono stati eventi particolari che mi hanno portato a fumare di più, si fumava con gli amici e ho continuato poi anche da sola (b-ca)

In alcuni casi diviene un consumo che aiuta a vivere le attività quotidiane con maggior equilibrio, come chi beve “un buon vino”.

“mi rilassa e soprattutto fumando al mattino mi aiuta a immergermi nelle incombenze quotidiane in modo più sereno (cq55)”

per me è un'abitudine consolidata, paragonabile a chi sceglie un buon vino per cena (cq65)

Circa l'iniziazione, molti intervistati colgono il processo di apprendimento che si attiva dalle prime esperienze alle successive. I consumatori imparano a riconoscere gli effetti e ad apprezzarli, e dunque anche a riconoscere e preferire la sostanza di qualità. È un processo di “affinamento”, che procede sia dalla conoscenza della sostanza che delle modalità di assumerla e “gustarla”, si potrebbe dire (Becker, 1953; Cohen, Sas 1998)⁸.

“la prima volta nell'estate della terza media con i mie compagni del paese e mi ricordo che la prima canna non mi fece niente,” (b ca)

“la prima volta che ho fumato eravamo con degli amici a Santa Croce...., avevano il fumo di questi amici, si inizia con il fumo “scauso” e poi via via si va migliorando” (a-ca);

“in casa c'è sempre stata gente che fumava e quindi si fumava tutti insieme e ...ad esempio magari all'inizio, dipende anche dalla gente con cui tratti, cambia molto il giro se cambi giro, cambia anche un pochettino quello che fumi” (a-ca)

“fumo solo fumo o erba buona, fumo per rilassarmi, per addormentarmi o per svegliarmi, spesso a seconda di cosa fumo cambiano in parte alcuni effetti” (cq75)

Riguardo alle strategie di approvvigionamento si conferma quanto detto circa l'importanza delle reti amicali per procurarsi la sostanza. Ciò è particolarmente valido per la cannabis, che circola prevalentemente su canali di conoscenze amicali. In particolare, c'è un passaggio dall'acquisto tramite lo spaccio classico all'approvvigionamento tramite canali più controllati e di fiducia, via via che il consumatore diventa esperto e selettivo.

“le prime volte che lo fumi, le prime volte che lo cerchi, quindi c'è lo spaccino in Santa Croce, in San Lorenzo, poi invece ti fai altri giri (amici)” (a-ca)

“tendenzialmente (compro) da amici o per lo più conoscenti persone che non vedo solo per quello, poi chiamare tutti amici è un parolone” (b-ca)

8 Cohen, Peter, & Arjan Sas (1998), *Cannabis use in Amsterdam*. Ricerca su 216 interviste in cui vengono approfondite regole d'uso e controlli, vantaggi e svantaggi del consumo.

Circa le traiettorie di consumo, i partecipanti si riconoscono perlopiù nelle traiettorie “fluttuanti”, con un’alternanza tra momenti di consumo intenso e fasi più moderate. Peraltro, la tendenza alle traiettorie “alternanti” è confermata anche per altre sostanze esaminate nella nostra ricerca, ed è presente in letteratura, in particolare nelle ricerche citate sull’uso controllato/incontrollato di cocaina.

La traiettoria di escalation rimane minoritaria (indicata dal 20% dei partecipanti), mentre le traiettorie “variabili” e quelle “alternanti” (fra periodi di consumo intenso e non consumo) ottengono rispettivamente il 22% e il 16% delle scelte. Per di più, la traiettoria prevalente è quella di de-escalation, di diminuzione del consumo dopo un picco (vi si riconosce il 28%). Solo il 6% definisce la propria traiettoria di consumo “stabile”.

“non so ho molto questa scansioni che si, il fumo è diventato un rituale da questo punto di vista cioè che in base a quello che faccio proprio nel corso di tutto l’anno ci sono dei mesi che non consumo” (b-ca)

“consumo–astinenza: questa alternanza, tre mesi (consumo) un mese (Astinenza) è avvenuto da un annetto, poi va beh ad una certa età hai un consumo abituale .comunque questo processo di crescita non è così costante , è molto iniziale come cosa” (a-ca)

Molte sono le ragioni di questi percorsi fluttuanti. A volte, sono semplicemente i cambiamenti ambientali ad influire sul mutamento del modello di consumo:

“da quando sto qua in campagna fumo molto meno..., prima quando stavo in centro non avevo tutto questo gran da fare, non avevo da prendere la legna, portare l’acqua, fare mille sbattimenti” (a-ca)

Altre volte, i mutamenti sono frutto di uno sforzo attivo di autoregolazione dei consumatori. Come già evidenziato nella ricerca olandese citata, le “regole” che i consumatori si impongono hanno a che fare con la limitazione degli svantaggi in situazioni di “studio e di lavoro” (Cohen, Sas,1998); ma anche col tentativo di evitare le condizioni di rischio come la guida di autoveicoli sotto l’effetto intossicante.

“se c’è qualcosa di importante in cui devo essere lucido e capire bene cosa sta succedendo sicuramente non fumo perché voglio essere lucido e non mi voglio neanche mostrare <mostrato>” (a-ca)

“è una sostanza che ho imparato a conoscere, se sto poco bene non la consumo altrimenti mi prende male.” (cq77)

“rallentato, dimentico le cose, faccio stronzate, perdo cose, sono distratto. Quindi (in queste condizioni) non guido mai” (cq 56)

Tra le strategie di autocontrollo, c'è anche la "scansione" di periodi di consumo e di periodi di non-consumo a fini di "riequilibrio". Altre volte, il processo di de-escalation avviene per "naturale" maturazione.

"la maniera che ho di regolarmi è che periodicamente scendo a casa e so già quali sono le mie scadenze, ho una vita molto ritmata.... faccio 3 mesi a firenze e un mese giù, ... Quindi faccio tre mesi di consumo giornaliero e un mese no, di astinenza, e in quel mese mi ripiglio" (a-ca)

"da fumare 20 canne al gg (ora) ne fumo molte meno (2-3 a settimana) da due anni circa perché a 22 anni mi sembrava giusto di fare cazzate e rischiare l'arresto. Dopo esser stato fermato (dalla polizia) quell'esperienza mi ha cambiato, ..., i miei ci rimasero malissimo" (cq 42)

Altre volte ancora, la "scansione temporale" assume un carattere casuale, ma c'è consapevolezza della sua utilità, imparando a "sfruttarne" i benefici.

è una cosa che viene casualmente ma che so di poter sfruttare perché almeno sto meglio, è come un mese di non purificazione ma quasi (a-ca)

Infine, in opposizione al luogo comune che vede sempre e comunque l'uso solitario come fattore di rischio, in alcune circostanze esso può essere strumento di moderazione, a fronte di un "giro" che stimola troppo al consumo.

"quando si è in compagnia di sicuro, se sono solo ne faccio una e bona mi metto a fare qualcos'altro, c'ho da fare, invece se sono in compagnia, in gruppo si sta tutti insieme ed è più facile far girare le canne" (b-ca)

La cocaina

La cocaina è fra le sostanze illegali più conosciute e che riscuotono maggiore gradimento, come si evince dalla Tabelle 4.9 e 4.11 sulla distribuzione delle sostanze illegali: considerando insieme sostanze legali e illegali, la cocaina si colloca come la terza sostanza più usata, dopo alcol e cannabis. Il 75,7% del campione totale dichiara di averla usata (negli ultimi sei mesi). Ciò è vero sia per gli uomini che per le donne, anzi la prevalenza è più alta nel campione femminile (l'81,1% delle femmine, contro il 72,7% dei maschi).

Tuttavia, davvero pochi la usano come prima sostanza (1,9%), anche se una percentuale maggiore (7,8%) la indica come la sostanza preferita: questo scarto segnala come la cocaina goda ancora di uno status "privilegiato".

"La usavano molte persone più grandi di me...sceglievo la cocaina perché non la vedevo mai...perché c'era meno, perché costava tanto" (E co).

“Mi piacevano gli effetti e a quell’età anche tutta una serie di persone che sapevano che frequentavo gente più grande, che consumavo cocaina” (G co1).

La modalità d’uso di gran lunga prevalente è lo “sniffo” (89,7%), considerato la modalità “normale”, in contrasto col “fumo” (crack), di cui si sottolineano gli aspetti negativi, sia per l’eccessiva intensità degli effetti che per le culture di marginalità in cui è perlopiù inserito.

“Quando (uno) la fuma, fa comunque cagare” (E co).

“Il consumo di crack mi ha portato a frequentare un posto tremendo..la costiera domiziana di Castelvoturno” (G co1).

Ciononostante il 29,5% usa o ha usato i cristalli di cocaina sotto forma di fumo (crack), mentre solo il 2,6% l’ha iniettata.

Dalla **Tabella 4.13** sulla frequenza d’uso, si osserva che il numero più alto di consumatori (41,7%) si concentra nella categoria del consumo “meno di una volta al mese”, seguendo un modello che si può definire non-frequente. Segue il 18,4% che la consuma più volte al mese, mentre il 9,7% consuma più volte a settimana. Il consumo giornaliero è raro (1,9%).

Da notare che anche quando si consuma crack si mantiene una costanza nel modello d’uso, così che la categoria del consumo “meno di una volta al mese” risulta la più numerosa.

Tabella 4.13
Distribuzione (N e %) dei consumatori di cocaina e crack secondo la frequenza d’uso mensile

Frequenza	Cocaina		Crack	
	N	%	N	%
Tutti i giorni	2	1,9	0	0,0
Più di una volta a settimana	4	3,9	6	5,8
Almeno una volta a settimana	10	9,7	2	1,9
Più volte al mese	19	18,4	4	3,9
Meno di una volta al mese	43	41,7	16	15,5
Mai	25	24,3	75	72,8
Totale	103	100,0	103	100,0

Circa i *setting* e le occasioni di assunzione, la cocaina si presenta come sostanza legata al divertimento. Ciò è vero sia quando è indicata come prima sostanza (8 consumatori di cocaina e/o crack in totale), che come seconda sostanza (21 in totale, di cui 14 maschi e 7 femmine): rispettivamente dal 50% e 70% è consumata in ambienti di divertimento, mentre dall’83,3% e dall’85% dei casi è usata nelle serate in casa con amici.

È da notare che l'utilizzo in compagnia per finalità ricreative è percepito come consumo "controllato", che non desta preoccupazioni:

"Se già la pigliate insieme (con un amico) c'ha già un significato diverso...perché magari se non si trova la serata passa lo stesso" (E co);

"Mi capita tuttora di avere dei periodi di...per esempio due settimane in cui sette giorni la consumo...come in vacanza, con il gruppo di amici, in momenti in cui non ci sono impegni particolari (G co1).

Di contro, l'uso solitario, presente sia quando la cocaina è indicata come prima che come seconda sostanza (rispettivamente il 50% e il 20% dei soggetti), è avvertito come segnale di diminuito controllo:

Sicuramente mi pongo molto più un problema se mi ritrovo a consumarla da sola in casa (G co1).

La ritualizzazione della cocaina nei *setting* sociali di divertimento è implicitamente confermata dalla cadenza temporale dei consumi: la gran parte concentra i consumi più nei weekend (il 47,4% di chi la usa come seconda sostanza) o solo nei weekend (21,1%). Anche per i pochi che indicano la cocaina come prima sostanza, quasi tutti (5 soggetti su 6) consumano più nei weekend che durante la settimana.

Peraltro, l'effetto della cocaina di esaltazione della socialità è indicato come uno dei principali "vantaggi" (effetti positivi):

"Già il fatto di utilizzare la stessa sostanza con un amico è piacevole di per sé.si parla, si fa due risate...è divertente" (G co1).

L'evoluzione dei consumi nel tempo sembra confermare il carattere non-lineare delle "carriere" di consumo, con la traiettoria di escalation nettamente minoritaria, in conformità con quanto emerge in letteratura: si vedano le ricerche ad Amsterdam (Cohen, Sas, 1995), ad Anversa (Decorte, 2000, 2005, 2012), e in Toscana (Zuffa e Bertoletti, Meringolo, 2010). Le traiettorie più frequenti sono "discendenti dopo picco" (aumento fino a picco seguito da diminuzione) (50% per cocaina - prima sostanza) e "fluttuanti" (alternanza di consumo intenso/consumo sporadico o non consumo) (6 intervistati, pari al 30% per cocaina - seconda sostanza). Concentrandosi sulle traiettorie relative al gruppo che consuma cocaina come seconda sostanza, si osserva che 5 intervistati (il 25%) si ritrovano nel tracciato "aumento-picco-diminuzione", e altrettanti denunciano un percorso variabile (le mie modalità di consumo sono state molto diverse nel tempo). Solo un consumatore del gruppo prima sostanza e uno del gruppo seconda sostanza si riconoscono in un percorso di escalation (graduale aumento nel corso del tempo)⁹. Nell'insieme, emerge la variabilità delle "carriere" di consumo,

9 Confrontando con la recente ricerca toscana su 115 consumatori di cocaina, si osserva un andamento del tutto simile: il modello prevalente nelle traiettorie è "ad alti e bassi" (alterno fasi di consumo intenso e fasi di con-

con tendenza alla moderazione dopo aver sperimentato periodi di uso più intenso, piuttosto che in lineare aumento. Il ritorno a modelli meno intensivi è spiegato nelle interviste in profondità:

“nel giro di un anno ho iniziato a farne uso ogni fine settimana andando a feste e discoteche..è stato un crescendo, ha avuto un picco che intendo quasi tutti i giorni per quasi sei mesi passando anche dallo sniffarla al fumarla..dalla sera alla mattina ho smesso completamente di usare quella sostanza (il crack)..invece con la coca sniffata ho ripreso un uso più moderato..oggi se capita la uso la coca anche volentieri e senza problemi. Non la cerco” (G co1).

Le carriere dinamiche dei consumatori sembrano contraddire le letture “farmacocentriche”, che, fondandosi sulle proprietà additive delle sostanze, ipotizzano una “storia naturale” del consumo verso la dipendenza. Guardando alle teorie del *social learning*, la dinamicità dei percorsi di consumo può essere spiegata col processo di apprendimento di “regole” e accorgimenti miranti a preservare la “struttura di vita” dei consumatori dall’interferenza dei consumi.

Dalle parole dei consumatori emerge la complessità di tali regole di “controllo”, in primo luogo riguardanti la frequenza, i dosaggi, la qualità della sostanza:

“la droga non deve essere quotidiana” (E co);

“se mi capita di dover fare 3 righe, magari preferisco farne 2..mi viene spontaneo di autolimitarmi..rispetto alle problematiche che ho avuto..e lo faccio con tutta tranquillità” (G co1);

“stare attenti a dove si compra, di essere certi che la persona che te la sta vendendo è una persona sicura, che più o meno ne conosce la provenienza” (G co1).

Ancora più interessante è la limitazione degli episodi di consumo, che avviene selezionando le occasioni speciali, particolarmente funzionali al piacere e al divertimento (e scartando quelle meno o non funzionali):

“Io ti consiglio di usare la droga solo se ti stai divertendo. Per divertirsi, non nel quotidiano per fare le cose che faresti sempre” (E co);

“sono regole fisse..cioè lo faccio se ne ho voglia” (G co1).

sumo sporadico o non consumo) (29 intervistati, pari al 25,2%), seguito dal modello “discendente” (aumento-picco-diminuzione) (24 intervistati, pari al 20,9%) e dal modello “variabile” (le mie modalità d’uso sono state molto diverse nel corso del tempo) (21 intervistati, pari al 18,3%). Se si sommano le percentuali del modello “variabile” con quelle del modello “fluttuante”, considerando quest’ultimo una specificazione del primo, troviamo che ben il 43,5% degli intervistati toscani ha una carriera non lineare, in continuo cambiamento.

La centralità della funzione del consumo nella configurazione del modello risalta anche nelle regole che riguardano il *setting*:

“Non mi interessa proprio..in quei momenti della vita in cui mi è richiesta una presenza attiva e cosciente di me stessa, quali può essere il lavoro” (G co1).

Ciò ovviamente non significa che i consumi si mantengano costantemente nei limiti in cui i consumatori vorrebbero confinarli, come testimoniano le predominanti carriere “fluttuanti”. Tuttavia, la percezione di aver varcato i limiti è fondamentale per spingerli a “rientrare nei confini”, tramite strategie varie (con passaggio all’astinenza, a modalità meno invasive, o sostituendo le sostanze):

“semplicemente ho smesso di fumare..più o meno..ma non ho più scraccato, ho fumato una pipa o due. Non mi sono più fatto la serata-e quindi da un giorno all’altro così. Basta, non fumo più. Per due volte ho rifumato una o due pipe, da quando ho smesso definitivamente ed era il 2009” (E co);

“dalla sera alla mattina ho smesso completamente di usare quella sostanza..il crack per 4 anni non l’ho più fumato e dopo mi è capitato una sola volta” (G co1);

“ho iniziato a usare MDMA, pasticche, c’è stata una sorta di sostituzione, però non in quelle quantità. Le consumavo il fine settimana quando si andava alle feste” (G co1).

Rispetto agli elementi che contribuiscono alla percezione di “diminuito controllo”, il piacere è ancora un punto di riferimento, interpretato in opposizione al bisogno compulsivo di consumare:

“Quando ti viene voglia di fumare è come se gli dai da mangiare alla tua scimmia e basta. E non è più uno sballarsi è più un placare questa voglia che hai di fumare” (E co).

Un elemento importante di controllo è la presa di distanza dai modelli di consumo “tossico”, che i consumatori vogliono in ogni modo evitare. Sono questi a funzionare da “contro-esempi”, aiutando a individuare i confini da non valicare:

“Mi facevo schifo, perché mi inginocchiavo a cercare le roccette che non c’erano e i miei amici mi evitavano..è brutto” (E co);

“Quell’affermazione di un mio carissimo amico che mi ha sbattuto in faccia una realtà che per me non era piacevole..cioè sentirmi dire “diavolo ti conoscono tutti lì” per me è stata un’evidenza dell’essere come quella gente di Castel Volturno” (G co1).

4.4 Conclusioni

Le tante informazioni e suggestioni provenienti dalla ricerca ci permettono ora di tracciare una lettura d'insieme dei consumi dal punto di vista "interno" delle culture dei soggetti che consumano, piuttosto che dall'esterno.

- *Una prima osservazione riguarda i partecipanti alla ricerca e le culture di consumo in cui sono inseriti.* Nonostante il numero dei partecipanti e la modalità di reclutamento non consenta di generalizzare i risultati, è anche vero che la ricerca offre uno spaccato significativo su una certa cultura dell'uso di sostanze, tipica di strati giovanili mediamente integrati socialmente, per i quali la socialità legata al divertimento riveste un ruolo di rilievo. Abbiamo già avuto occasione di ricalcare l'importanza degli stili di vita (e dei loro mutamenti) per capire l'evoluzione dei modelli d'uso di alcol. Ciò è vero anche per le sostanze illegali; si pensi al legame fra uso di cocaina (e altre sostanze stimolanti) e frequentazione di locali di divertimento, evidenziata in una analisi del Cedro di Amsterdam fino dagli inizi del duemila: sono droghe saldamente "incastonate" (*embedded*) in una tipologia di vita sociale caratterizzata da frequenti uscite settimanali per passare le serate nei pub, bar e alle feste (Cohen, 2004). Questa caratteristica degli stili di vita dei "giovani adulti" sembra essere un tratto permanente dagli anni novanta in poi ed è centrale per comprendere i risultati della nostra ricerca.
- *Le tendenze.* Si riconfermano trend che appaiono ormai consolidati, come la diffusione della cannabis come sostanza d'elezione, la cocaina come "seconda" sostanza, l'MDMA come sostanza associata al ballo. Ma emergono anche altre sostanze, seppure più "di nicchia", come la ketamina e l'oppio. Inoltre, una sostanza da anni in declino come l'eroina si ripresenta però con diverso stile di consumo (perlopiù sotto la forma di "inalazione dei fumi" e con modelli meno intensivi di un tempo). L'uso di eroina merita un approfondimento a parte: possiamo tuttavia anticipare che non si può comprendere il declino dell'eroina senza tener conto della presa di distanza delle culture giovanili dalle droghe "di strada" e dagli stili d'uso "tossico" (Kemmesies, 2003). Ciò spiega come mai la "ricomparsa" dell'eroina avvenga nel contesto di una nuova cultura, che cerca comunque di differenziarsi dal modello *junkie*. Il valore di queste conoscenze per approntare strategie sociosanitarie è evidente, soprattutto per riempire di nuovi contenuti gli interventi di riduzione dei rischi.
- *Il cosiddetto policonsumo.* È uno degli ambiti più interessanti del presente studio, che permette di andare oltre la definizione stessa, puramente descrittiva-epidemiologica, di "policonsumo". Attraverso l'individuazione dei "vantaggi"/"svantaggi" dei mix, emerge con precisione la "razionalità" degli abbinamenti di sostanze. È forse superfluo ricordare quanto la conoscenza di questa "razionalità" sia preziosa per i servizi, per aggiornare gli interventi di

riduzione dei rischi, ancora una volta. Lungi dal presentarsi come un'indistinta ricerca di doppio "sballo", i mix di sostanze seguono un preciso "dosaggio", o degli effetti concorrenti delle sostanze in una dinamica di ottimizzazione di entrambe; o più spesso di riequilibrio degli effetti dell'una tramite le caratteristiche opposte dell'altra: si veda il mix "classico" MDMA-cannabis, dove la cannabis modera l'effetto eccitante dell'ecstasy. I partecipanti hanno però ben chiari anche gli "svantaggi", che si presentano spesso sotto forma di eccessivi consumi e di ripercussioni negative del giorno dopo (una sorta di *hangover* da sostanze): ciò suggerisce che le "giuste" combinazioni non siano così facili da trovare. La ragione sta probabilmente nel fatto che, per le sostanze illegali, non sono ancora ben sviluppati i rituali sociali (che mirano appunto a ottimizzare l'effetto percepito come positivo, cercando al contempo di minimizzare gli effetti negativi delle droghe). Tuttavia, per alcune sostanze più usate (come la cannabis) il processo di ritualizzazione è già in fase avanzata e questo si ripercuote anche sugli abbinamenti, tanto che diversi consumatori hanno ormai difficoltà a "riconoscere" le ragioni del mix e citano espressamente la "normalità" dell'abbinamento (si veda per alcol-cannabis).

- *La "normalizzazione" della cannabis: le ricadute sui modelli di consumo.* Com'è noto, si parla di normalizzazione quando un comportamento, in precedenza visto come deviante, transita verso una maggiore accettazione sociale. Come conseguenza, il comportamento diventa "normale" agli occhi di chi consuma, ma anche agli occhi di chi decide di non consumare (Parker et al., 1998). In Europa, il processo di normalizzazione della cannabis è già in corso da diversi decenni, nonostante le resistenze politiche (si pensi ad esempio alla riclassificazione della cannabis fra le sostanze più pericolose, avvenuta in Italia con la legge antidroga del 2006). Il presente studio ci permette di coglierne le conseguenze in termini di culture del consumo: innanzitutto, l'alto apprezzamento, più elevato dell'alcol, come si è visto, con una notevole uniformità fra uomini e donne. Inoltre, così come avviene per le sostanze fortemente acculturate (come l'alcol), l'uso della cannabis si integra in più situazioni della vita quotidiana: da qui l'alta prevalenza dell'uso giornaliero. Contemporaneamente, si allentano alcune "regole" di "controllo", come ad esempio la prescrizione che mira a confinare il consumo alle occasioni sociali, evitando l'uso "solitario": anzi, in certe occasioni, l'uso solitario è addirittura preferito. Un'altra conseguenza della normalizzazione è la ricerca della sostanza di qualità (come "un buon vino", dice un intervistato): a tal fine sono preferiti canali d'acquisto più fidati, al di fuori dello spaccio di strada. Ciononostante, sono ancora frequenti meccanismi di autoregolazione simili a quelli di altre sostanze illegali, come ad esempio la scelta di periodi di astinenza.
- *Cocaina: come i consumatori cercano di "tenere a bada" i consumi.* In conformità con la letteratura sulla percezione del consumo "controllato" e "incontrollato",

si riconferma la tendenza alle carriere variabili, con alti e bassi, ma in generale con un'evoluzione verso una maggiore moderazione. Come noto, ciò è frutto di un processo di apprendimento di regole finalizzate a porre confini (di tempi, di luoghi, di situazioni) al consumo. Ciò che ancora una volta vogliamo sottolineare è la ricchezza di queste "prescrizioni": le più interessanti sono quelle che agganciano il controllo al piacere, limitando l'uso solo "quando se ne ha voglia...non per fare le cose che faresti sempre". D'altro lato, proprio la varietà di queste prescrizioni dimostra quanto i consumatori siano consapevoli dei rischi non indifferenti della cocaina. A tal proposito, vale la pena sottolineare ancora che la conoscenza delle "naturali" strategie di autoregolazione dei consumatori potrebbe essere un aggancio per i Servizi, per ampliare l'offerta di programmi.

- *Le "ragioni" dei consumi.* Come scrive la psicologa statunitense Pat Denning, le persone consumano perché hanno delle "ragioni": se si vogliono comprendere i consumi, il primo passo è conoscere queste ragioni (Denning et al., 2004). È una prospettiva assai diversa da quella più comune, che riduce le "ragioni" alla compulsione indotta dalle proprietà chimiche additive delle sostanze stesse; ma anche da quella moralistico-sociologica che vede la diffusione dell'uso di droghe quale semplice estensione del "consumismo". Questo studio "dal punto di vista dei consumatori" mostra uno spaccato di queste "ragioni". Esse forniscono un quadro dei consumi in gran parte differente da quello dominante nei media e nell'opinione pubblica, ma anche da quello del mondo dei Servizi. Una buona "ragione" per ulteriori ricerche in questa direzione.

Bibliografia:

- Becker H.S. (1953), *Becoming a marijuana user*, *American Journal of Sociology*, 59, 235-243.
- Beccaria F. (a cura di) (2010), *Alcol e generazioni*, Carocci, Roma.
- Bertoletti S., Meringolo P. (2010), *Viaggio fra i giovani consumatori invisibili di cocaina*, in Zuffa G. (a cura di), *Cocaina, il consumo controllato* cit.
- Cohen Peter, & Sas A. (1994). *Cocaine use in Amsterdam in non deviant subcultures*, *Addiction Research*, 2, 1, 71-94).
- Cohen, Peter, & Arjan Sas (1998), *Cannabis use in Amsterdam*. Amsterdam, Centrum voor Drugsonderzoek, Universiteit van Amsterdam. <http://www.cedro-uva.org/lib/cohen.canasd.html>
- Cohen Peter (2004), *Le droghe ricreative in Olanda: modelli di consumo e riduzione dei rischi*, in Corleone F. e Zuffa G. (a cura di), *La ragione e la retorica. Le politiche europee sulle droghe e il caso italiano*, Edizioni Menabò, Ortona.

- Decorte T. (2000). *The taming of cocaine*. VUB University Press, Brussels.
- Decorte T.& Sloock S. (2005). *The taming of cocaine II*. VUB Brussels University Press, Brussels.
- Decorte T. & Muys M. (2010), Tipping the balance. A longitudinal study of perceived “pleasures” and “pains” of cocaine use (1997-2009), in Decorte T., Fountain J., *Pleasure, pain and profit*, PABST Wolfgang Science, Lengerich (Chapter 3)
- Denning P., Little J., Glickman A. (2004), *Over the influence. The Harm Reduction guide for managing drugs and alcohol*, The Guilford Press, New York
- Kemmesies U. (2003), Una pista da seguire, in *Fuoriluogo*, marzo 2003 www.fuoriluogo.it
- Merlo G., Borazzo F., Moreggia U., Terzi M.G. (1992), *Network of powder. Research report on the cocaine use in Turin*. Ufficio coordinamento degli interventi per le tossicodipendenze
- Meringolo P., Bertoletti S., Chiodini M. (a cura di) (2009), *Giovani, Creatività, Città. Ideare e progettare nei contesti di divertimento*, Unicopli, Milano
- Parker H., Aldridge J., Measham F. (1998), *Illegal Leisure. The normalisation of adolescent recreational use*, Routledge, London
- Reinermann C., Cohen P., Kaal H.(2004), The limited relevance of drug policy: cannabis in Amsterdam and San Francisco, in *American Journal of Public Health*, 94, 5 (tr. ital. Il consumo, una variabile indipendente dalle norme, in *Fuoriluogo*, settembre 2004).
- Ronconi S. (2010), Non solo molecole, in Zuffa G. (a cura di) cit.
- Waldorf D., Reinermann C., Murphy S. (1991), *Cocaine changes. The experience of using and quitting*, Temple University Press, Philadelphia
- Zinberg, N. (1984), *Drug, set and setting*, Yale University Press, New Haven and London.
- Zuffa G. (a cura di) (2010), *Cocaina, il consumo controllato*, Edizioni Gruppo Abele, Torino

Capitolo 5

Conseguenze dell'uso e abuso di sostanze psicotrope

Alice Berti

Francesco Innocenti

Fabio Voller

Arcangelo Alfano

Barbara Trambusti

5. Conseguenze dell'uso e abuso di sostanze psicotrope

5.1 L'utenza in carico ai Servizi per le tossicodipendenze

I dati presentati in questo paragrafo si riferiscono solo all'utenza dei servizi per le tossicodipendenze, cioè a quelle persone che entrano in carico presso un SerT. Ad oggi una delle poche fonti di dati a disposizione sulle persone con dipendenza da sostanze è rappresentata dal sistema di rilevazione dei dati sugli utenti tossicodipendenti afferenti ai SerT per mezzo della compilazione delle schede ministeriali (istituite con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309). Le informazioni riportate in queste schede, anche se non esaustive dal punto di vista epidemiologico, individuano un importante aspetto del fenomeno della dipendenza da sostanze poiché interessano i soggetti con grave dipendenza da droghe. Tuttavia, il sistema di rilevazione dei dati presenta forti limitazioni ai fini di un'analisi esaustiva: in primo luogo la registrazione in forma aggregata dei dati relativi all'utenza non consente di rilevare univocamente la numerosità dei soggetti che affluiscono ai Servizi; di conseguenza non è possibile eliminare gli utenti contattati più volte (cioè in carico presso più di un SerT nell'arco di uno stesso anno), riducendo fortemente l'affidabilità dell'analisi di prevalenza e di incidenza del fenomeno. Inoltre, le informazioni richieste non sono tra loro collegabili (per es. il genere con il tipo di sostanza consumata, piuttosto che con la malattia infettiva contratta) e ciò rende impossibile eventuali elaborazioni e analisi mirate alla comprensione e descrizione del fenomeno tossicodipendenza nel suo insieme.

Tra le informazioni raccolte nelle schede ministeriali, verranno qui riportate quelle relative alle caratteristiche demografiche degli utenti dei SerT, nonché alle sostanze consumate e alle malattie infettive quali AIDS, Epatite B e C.

Tali dati verranno presentati in riferimento all'ultimo anno di rilevazione (2011) e come trend relativamente al periodo 1991-2011.

Gli utenti in carico nel 2011 presso i 41 SerT della Toscana sono in tutto 14.416 (82,5% maschi e 17,5% femmine). Il 16,3% di questi sono nuovi utenti (**Tabella 5.1**) e, tra le AUSL che si collocano al di sopra di questa percentuale, ritroviamo quelle di Siena, con il 28,9%, Firenze, Empoli, Pisa e Pistoia, rispettivamente con il 20,5%, 20,9%, 18,7% ed il 17,4%. Massa e Carrara, Viareggio e Livorno, rispettivamente con 7,3%, 10,5% e l'11,8% di nuovi ingressi, rappresentano le AUSL con i più bassi valori di incidenza. Si osserva inoltre, per la regione Toscana, che il tasso grezzo di prevalenza è di 6 soggetti x 1.000 residenti, tasso che risulta nettamente superiore nei Servizi della AUSL di Pisa, con 8 soggetti per 1.000 residenti, seguita da quella di Massa e Carrara, con 7,8 soggetti x 1.000 residenti.

Nella Relazione annuale al Parlamento sulle tossicodipendenze è stato stimato che nel

2011, in Italia, la proporzione di soggetti eleggibili al trattamento¹ per uso problematico di cannabis, cocaina e oppioidi rappresentano il 13,1/1.000 abitanti della popolazione compresa tra i 15 e i 64 anni. Riportando questa percentuale al totale dei residenti nel 2011, della stessa fascia di età, in Toscana e per AUSL, osserviamo che la stima del numero di persone con problemi legati all'abuso di droghe risulta essere oltre il doppio del totale degli utenti ad oggi in carico nei SerT (31.198), dei quali 6.700 sarebbero residenti nella zona di Firenze. Sembra dunque che circa 16.000 persone con problemi legati all'abuso di droghe non risultino in trattamento presso alcun Servizio per le dipendenze. Questa eccedenza del numero di soggetti stimati rispetto a quello rilevato nei SerT è riscontrabile in tutte le AUSL.

Tabella 5.1

Distribuzione per AUSL degli utenti dei SerT per tipologia e tassi x 1.000 residenti - Toscana 2011 - Stime del numero di persone eleggibili al trattamento (15-64 anni)

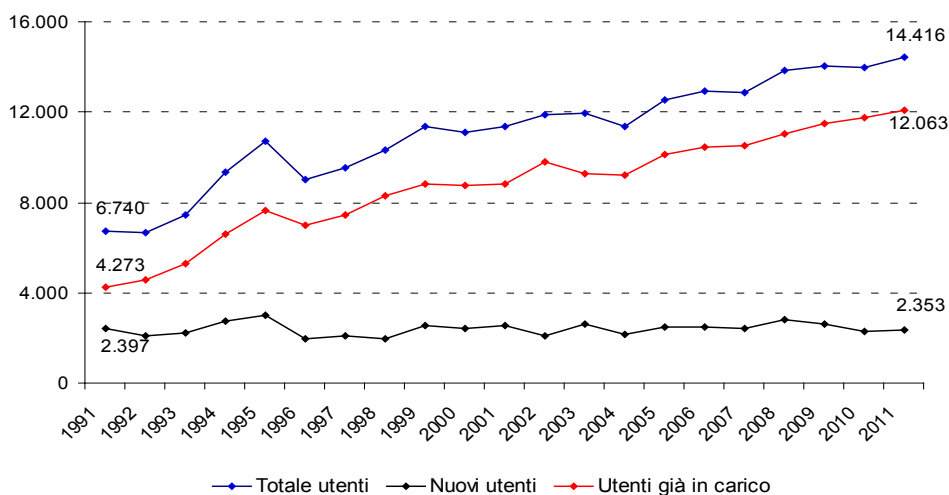
AUSL	Nuovi utenti	% nuovi utenti	Utenti già in carico	Totale utenti	Tassi x 1.000 res. (pop. Toscana 2009)	Stima del N. di persone eleggibili al trattamento sulla popolazione generale (15-64 aa.)
1 - MS	74	7,3	943	1.017	7,8	1.704
2 - LU	104	13,2	682	786	5,5	1.857
3 - PT	195	17,4	926	1.121	5,9	2.455
4 - PO	145	14,7	840	985	6,0	2.125
5 - PI	327	18,7	1.425	1.752	8,0	2.852
6 - LI	180	11,8	1.349	1.529	6,8	2.921
7 - SI	217	28,9	535	752	4,4	2.239
8 - AR	191	14,3	1.145	1.336	5,9	2.937
9 - GR	126	13,7	793	919	6,3	1.891
10 - FI	590	20,5	2.282	2.872	5,5	6.762
11 - Emp.	126	20,9	477	603	3,9	2.026
12 - Viar.	78	10,5	666	744	6,8	1.428
Totale Regione	2.353	16,3	12.063	14.416	6,0	31.198

Fonte: Elaborazione ARS su dati Regione Toscana.

1 Dati reperiti dal flusso informativo del Ministero della salute, relativi all'utenza assistita dai Servizi per le tossicodipendenze e dalle Amministrazioni regionali e provinciali, che attraverso gli osservatori regionali, hanno fornito le stime del coefficiente moltiplicatore dell'utenza con bisogno di trattamento per oppiacei, derivante dall'applicazione del metodo cattura-ricattura da fonti diverse applicato a livello locale. Per una descrizione dei diversi metodi si vedano le linee guida europee all'indirizzo <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index65519EN.html>.

Gli andamenti dei numeri assoluti dei soggetti in carico nei SerT toscani dal 1991 ad oggi (**Figura 5.1**) mostrano un tendenziale aumento dell'utenza totale che, come è possibile osservare, è determinato dalla prolungata ritenzione in trattamento nei SerT dei soggetti tossicodipendenti. Infatti, i numeri relativi alla nuova utenza in 20 anni di rilevazione rimangono sostanzialmente stabili e passano da 2.397 a 2.353 soggetti. Gli utenti già in carico risultano invece più che raddoppiati (da 4.273 utenti a 12.063).

Figura 5.1
Andamento temporale degli utenti per tipologia e per anno di rilevazione - Toscana 1991-2011



Fonte: Elaborazione ARS su dati Regione Toscana.

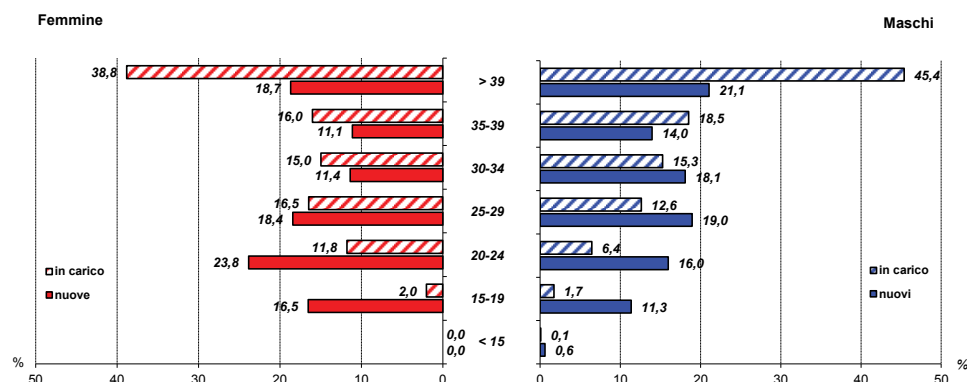
Dalla distribuzione per classe di età degli utenti stratificati per genere e tipologia (**Figura 5.2**) emerge che, in entrambi i generi, gran parte degli utenti già in carico si concentra nell'ultima fascia (>39 anni). Per quanto riguarda la nuova utenza maschile, questa si distribuisce in modo piuttosto uniforme tra le 5 classi d'età a partire dai 20 anni in poi, mentre le nuove utenti femmine sopra ai 25 anni seguono una distribuzione simile a quelle già in carico e invece, nelle classi 15-19 anni e 20-24 anni, eccedono rispetto alle "vecchie" utenti, concentrando oltre il 40% di tutta la nuova utenza.

L'andamento dell'età media, nei 20 anni di rilevazione (dati non mostrati), registra un tendenziale aumento in entrambe le tipologie di utenza. Per i "vecchi utenti" si passa dai 28 ai 36 anni e, per i "nuovi utenti" dai 27 ai 30 anni.

Le sostanze d'abuso utilizzate dai tossicodipendenti in carico ai SerT vengono divise in sostanze d'abuso primario, secondario e proporzione d'uso per via endovenosa (relativamente al solo uso primario). Nel 2011 (**Tabella 5.2**) risulta che il 72,3% degli utenti siano assuntori di eroina, il 14,1% cocaina e il 9,7% cannabis. La sostanza primaria maggiormente assunta per via endovenosa è ancora l'eroina, seguita dagli oppiacei e dal

metadone (rispettivamente 67%, 36% e 14,5%). L'uso secondario riguarda per il 35,4% il consumo di cannabis, per il 26,9% di cocaina e per il 14,9% di alcol.

Figura 5.2
Distribuzione percentuale per classe d'età degli utenti stratificati per genere e tipologia - Toscana 2011



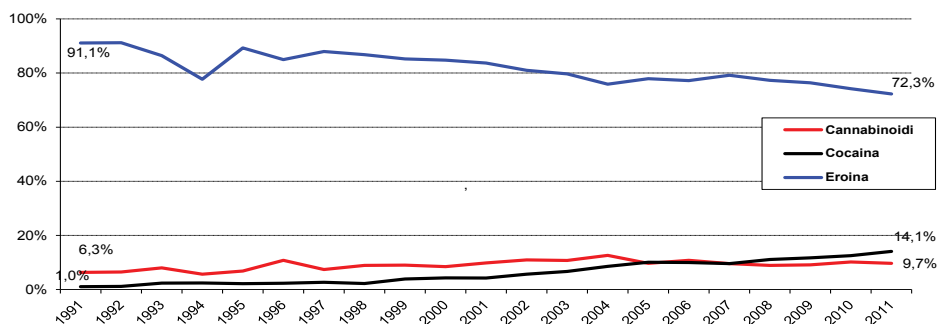
Fonte: Elaborazione ARS su dati Regione Toscana.

Tabella 5.2
Utilizzo primario e secondario e proporzione d'uso per via endovenosa delle sostanze psicotrope - Toscana 2011

Sostanze	Uso primario (N. assoluto)	%	Proporzione uso endovena %	Uso secondario (N. assoluto)	%
Allucinogeni	16	0,1	-	293	2,5
Amfetamine	12	0,1	0,0	181	1,5
Ecstasy	34	0,2	-	582	5,0
Barbiturici	1	0,0	0,0	17	0,1
Benzodiazepine	54	0,4	1,9	491	4,2
Cannabinoidi	1.365	9,7	-	4.147	35,4
Cocaina	1.992	14,1	11,2	3.151	26,9
Crack	80	0,6	-	86	0,7
Eroina	10.196	72,3	66,6	583	5,0
Metadone	69	0,5	14,5	101	0,9
Morfina	0	0,0	-	0	-
Oppiacei	56	0,4	35,7	57	0,5
Inalanti	3	0,0	-	36	0,3
Alcol	-	-	-	1.748	14,9
Altro	225	1,6	1,3	251	2,1
Totale	14.103	100	-	11.724	-

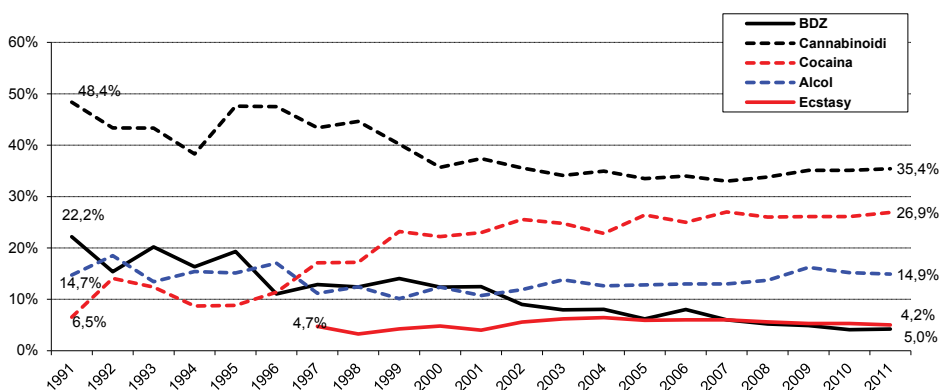
Fonte: Elaborazione ARS su dati Regione Toscana.

Figura 5.3
Andamento temporale delle percentuali d'uso primario delle sostanze psicotrope - Toscana 1991-2011



Fonte: Elaborazione ARS su dati Regione Toscana.

Figura 5.4
Andamento temporale delle percentuali d'uso secondario delle sostanze psicotrope - Toscana 1991-2011



Fonte: Elaborazione ARS su dati Regione Toscana.

Negli ultimi 10 anni, si osserva (**Figura 5.3**) un'importante variazione rispetto alle sostanze d'abuso primario. L'eroina, infatti, dal 1991 ad oggi passa dal 91% al 72% circa, mentre l'uso della cocaina e della cannabis aumenta, passando dall'1% al 14% nel primo caso e dal 6% circa al 10% nel secondo. L'andamento temporale del consumo secondario (**Figura 5.4**) mostra una sostanziale diminuzione dell'uso di cannabinoidi (dal 1991 ad oggi: dal 48% al 35,4%) e di benzodiazepine (dal 22% al 5%), contro un preoccupante aumento della diffusione della cocaina che dal 7% nel 1991 arriva al 27% nel 2011.

Relativamente ai test sulle malattie infettive (AIDS, epatite B e C) effettuati nei SerT toscani, se i dati rilevati per mezzo delle schede ministeriali presentano svariati problemi dovuti soprattutto alla natura non epidemiologica delle stesse, quelli che riguardano le malattie infettive (specialmente HIV, ma anche HBV e HCV) risentono in modo particolare di questi problemi. Analizzando infatti dati della Toscana per AUSL sono

emerse diverse problematiche, sia di qualità del dato che di disomogeneità inter-aziendale. Prendendo come esempio la scheda che riguarda il test HIV, si individuano 4 voci da compilare (v. Allegato 1, modello ANN04):

- **positivo e negativo**, la cui somma rappresenta il numero effettivo di utenti “testati”;
- **non eseguito**, che come riportato sul retro della scheda, “comprende tutti coloro che non hanno mai eseguito il test e coloro che, essendo risultati negativi ad un test effettuato in precedenza, non lo hanno ripetuto nel corso dell’ultimo anno”;
- **non noto**, tutti coloro per i quali i dati sull’infezione da HIV non è disponibile.

Queste, vengono talvolta interpretate in modo diverso dai singoli Servizi e i dati risultano molto variabili (anche per la possibilità da parte degli utenti di scegliere se effettuare il test oppure no, elemento questo di forte differenziazione tra Servizi). Pertanto in questo capitolo ci siamo limitati a riportare il solo numero di positivi sul totale dei testati (denominatore ottenuto sommando positivi e negativi) relativamente agli ultimi cinque anni di rilevazione (2006-2010).

Come riportato in **Tabella 5.3** nel 2011, si registra una netta diminuzione dei test risultati positivi all’HIV (da 16,9% a 9,8%). Resta tuttavia difficile attribuire una motivazione, poiché tale risultato potrebbe essere influenzato da una diminuzione dei soggetti che si sottopongono al test. Si osserva inoltre un trend piuttosto stabile per i positivi all’epatite B e all’epatite C: dopo un picco del 68,1% di positivi si assiste ad una tendenziale e continua diminuzione (2011: 61% di positivi).

A causa delle criticità sopra segnalate non siamo in grado di commentare tali risultati in riferimento alla tipologia di utenza, genere o età, in quanto il totale dei testati non è riconducibile all’universo considerato, e dunque non rappresentativo, dell’effettiva popolazione di tossicodipendenti in carico ai Servizi.

Premettendo che, come emerso anche dalla consistente quota stimata di potenziale utenza presente sul territorio regionale non ancora in carico presso alcun Servizio, i tossicodipendenti assistiti dai SerT non sono un campione rappresentativo di tutti i tossicodipendenti, possiamo comunque concludere che le analisi riguardanti questi soggetti, coerentemente con lo scenario nazionale, mostrano un invecchiamento in

Tabella 5.3
Percentuale di positivi ai test per HIV, HBV e HCV – Trend Toscana 2006-2011

Tipo di test	Percentuale di positivi sul totale dei test effettuati					
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
HIV	10,9	13,5	13,8	10,4	16,9	9,8
HBV	49,5	47,8	45,9	46,8	46,5	48,4
HCV	63,9	65,3	68,1	62,9	64,5	61

Fonte: Elaborazione ARS su dati Regione Toscana.

costante crescita, a causa del prolungamento dei tempi di ritenzione in trattamento, soprattutto per i maschi. Cambiano inoltre le sostanze d'abuso: per quanto riguarda le primarie, dalla fine degli anni '90 in poi, si registra un costante aumento del consumo problematico di cocaina e, in concomitanza, una simmetrica diminuzione di quello di eroina. Da segnalare anche la modesta diminuzione della proporzione d'uso per via endovenosa di quest'ultima sostanza che, nella prima metà degli anni 2000, si attestava al di sopra dell'80% e, ad oggi, non arriva al 70%.

È tuttavia importante sottolineare che, a causa della natura aggregata dei dati riportati nelle schede ministeriali, l'andamento del fenomeno delle dipendenze e la tipizzazione dell'utenza SerT saranno interpretabili in modo più corretto attraverso l'analisi dei dati provenienti dalla cartella clinica informatizzata (flusso regionale: Sistema informativo regionale tossicodipendenze - SIRT), alla quale la Regione Toscana, in collaborazione con le AUSL e svariati attori sociali e politici, sta lavorando da alcuni anni. Questo strumento permetterà di identificare prospetticamente “i singoli” utenti che vengono presi in carico ai Servizi (eliminando quelli che accedono a più SerT) e fornendo preziose informazioni (per es. livello d'istruzione, stato socio-economico, condizioni abitative ecc.), ad oggi reperibili solo con ricerche ad hoc.

5.2 L'utenza in carico ai Servizi alcologici della Toscana

Secondo i dati della Rilevazione del Ministero della salute², le persone in trattamento per alcoldipendenza in Italia al 31/12/2012 erano 69.770. In Toscana, nello stesso anno, i servizi, équipe o gruppi di lavoro per l'alcoldipendenza erano in tutto 40 territoriali ed 1 universitario e hanno accolto complessivamente 5.183 persone. Di queste, il 71% sono maschi (con un rapporto maschi/femmine pari a 2,5:1, dato nazionale 3,6:1), ed il 22,8% sono nuovi utenti, circa 7 punti percentuali al di sotto del valore nazionale. Tra le AUSL che registrano la percentuale più alta di nuovi utenti, troviamo quelle di Empoli e Pistoia (rispettivamente 35,2% e 30,8%); mentre Lucca (16,6%), Arezzo e Firenze (risp. con il 18,7% e 19,4%) rappresentano le AUSL con le percentuali più basse (**Tabella 5.4**).

L'Istituto superiore di sanità, nel 2005, ha stimato che circa un milione di persone in Italia (approssimativamente il 2% della popolazione generale) era alcoldipendente³. Non disponendo delle stime della popolazione alcoldipendente che non si rivolge ai servizi, abbiamo riportato questa percentuale al totale dei residenti in età 15-64 anni della Toscana: potenzialmente, sarebbero circa 46.500 gli alcolisti che non stanno seguendo un programma di trattamento presso i Servizi di alcologia territoriali (SAT) toscani.

-
- 2 Relazione del Ministro della salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30/03/2001 n. 125 “legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati” Dipartimento della Sanità pubblica e dell'innovazione, Direzione centrale della prevenzione – ufficio VII. Anno 2013.
- 3 Scafato E. (2005), Country Report, Italy. Document to WHO Phase IV Collaborative Study, Copenhagen.

Tabella 5.4
Distribuzione per AUSL degli utenti dei SAT per tipologia – Toscana, anno 2013

Azienda USL	Nuovi utenti	% Nuovi utenti	Utenti già	Totale utenti	Tassi x 1.000 res. (pop. Toscana 2011)	Stima del numero di alcolisti (popolazione 15-64 aa.)
1 - Massa Carrara	69	22,5	238	307	2,44	2.521
2 - Lucca	65	16,6	327	392	2,77	2.831
3 - Pistoia	114	30,8	256	370	2,04	3.634
4 - Prato	96	27,7	251	347	2,16	3.208
5 - Pisa	85	24,5	262	347	1,35	5.126
6 - Livorno	85	23,5	277	362	1,67	4.323
7 - Siena	71	25,3	210	281	1,69	3.327
8 - Arezzo	133	18,7	578	711	3,24	4.389
9 - Grosseto	82	27,7	214	296	2,14	2.760
10 - Firenze	247	19,4	1.029	1.276	2,53	10.084
11 - Empoli	57	35,2	105	162	1,48	2.184
12 - Viareggio	77	23,2	255	332	3,18	2.090
TOSCANA	1.181	22,8	4.002	5.183	2,23	46.478

Fonte: Regione Toscana.

Gli andamenti temporali dal 1997 (**Figura 5.5**) ad oggi mostrano un aumento degli alcolisti in carico, sia dei nuovi utenti (da 846 a 1.181) sia, ma in particolar modo, di quelli già in carico (da 1.240 a 4.002). Questo aumento può ricondursi al miglioramento dell'offerta dei servizi di cura e ad una loro maggiore visibilità sul territorio. Inoltre, come per l'utenza tossicodipendente, il forte incremento dei "vecchi" utenti denota una strategia di trattamento che mira alla ritenzione in trattamento dei soggetti sul lungo periodo.

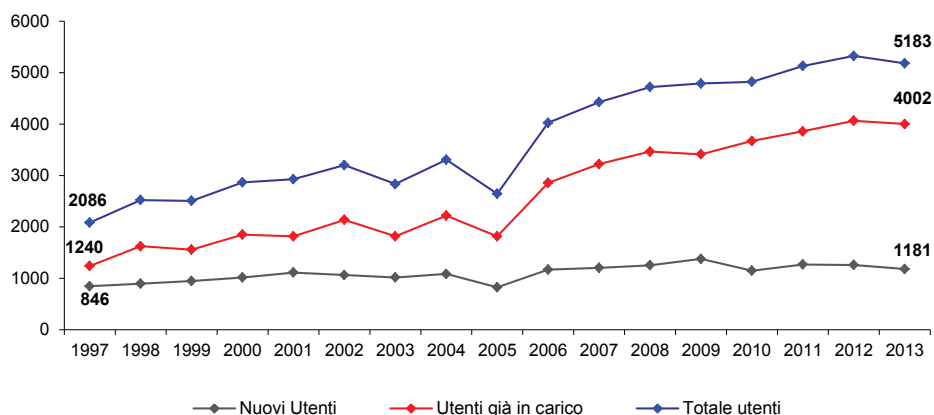
Nel periodo considerato, l'età media stimata degli utenti aumenta progressivamente da 45,4 a 47 anni.

La distribuzione per età degli utenti, stratificati per tipologia e per genere (**Figura 5.6**), indica una concentrazione maggiore degli utenti (sia nuovi che già in carico) di entrambi i generi nella classe d'età tra i 40 e i 49 anni, come nel resto del paese; in particolare, questo si osserva per le nuove utenti femmine che, in quella classe di età, concentrano fino al 36% circa del totale.

Relativamente alla bevanda d'uso prevalente degli alcolisti, nel 2013 (**Figura 5.7**), come per gli altri anni, la bevanda maggiormente consumata rimane il vino con una prevalenza del 53,1% (-3 punti percentuali rispetto al precedente anno), seguita dalla birra e dai superalcolici (rispettivamente 20,2% e 10,6%).

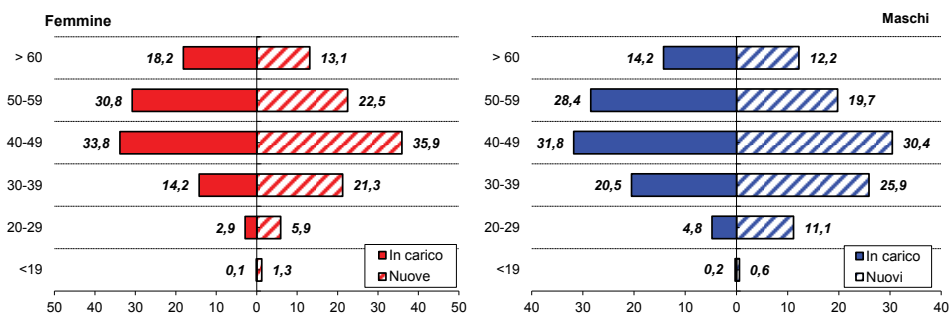
Rispetto a quanto riportato nella Relazione al Parlamento sui dati relativi alle bevande consumate a livello nazionale, il consumo di vino riguarderebbe una fetta più ampia di utenti alcolisti, ben circa il 63%, a fronte di un minor consumo di superalcolici e aperitivi (risp. 8,6% e 3,6%).

Figura 5.5
Utenti dei SAT per tipologia e per anno di rilevazione – Toscana, periodo 1997-2013



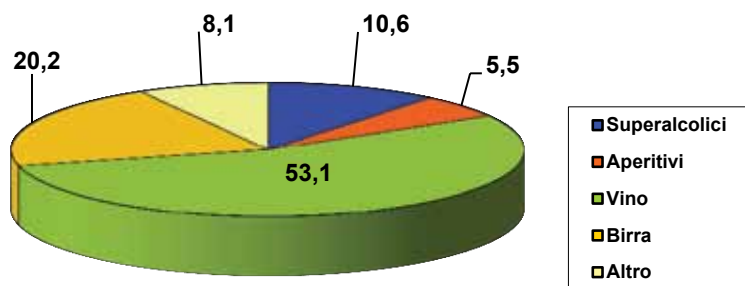
Fonte: Regione Toscana.

Figura 5.6
Distribuzione percentuale per classe d'età degli utenti dei SAT stratificati per genere e tipologia di utenza – Toscana, anno 2013



Fonte: Regione Toscana.

Figura 5.7
Utenti dei SAT: bevanda alcolica prevalentemente consumata – Toscana, anno 2011



Fonte: Regione Toscana.

5.3 Gli accessi ai Pronto soccorso toscani per cause droga-correlate

Il flusso informativo regionale del Pronto soccorso (PS) raccoglie i dati sugli accessi avvenuti nei PS della Toscana a partire dal 2009. Si tratta dunque di una fonte di dati relativamente nuova e allo stesso tempo molto preziosa, poiché ci permette di analizzare i principali indicatori che riguardano il fenomeno dell'emergenza-urgenza correlata all'uso e abuso di droghe nella popolazione toscana.

Tabella 5.5

Codici e descrizione patologie della Classificazione internazionale ICD9-CM utilizzata per selezionare le diagnosi di dimissione degli accessi ai PS toscani

Cod. ICD9-CM	Descrizione
292.0-9	Psicosi da droghe
304.0-9	Dipendenza da droghe
305.2-9	Abuso di droghe senza dipendenza
965.0	Avvelenamento da oppiacei e narcotici correlati
968.5,9	Avvelenamento da anestetici di superficie (topici) e da infiltrazione-cocaina
969.0-9	Avvelenamento da sostanze psicotrope
6483.0-4	Complicazioni della gravidanza dovute a tossicodipendenza
7607.2-3,5,779.4-5	Danni da droghe al feto o neonato e sindrome da astinenza del neonato

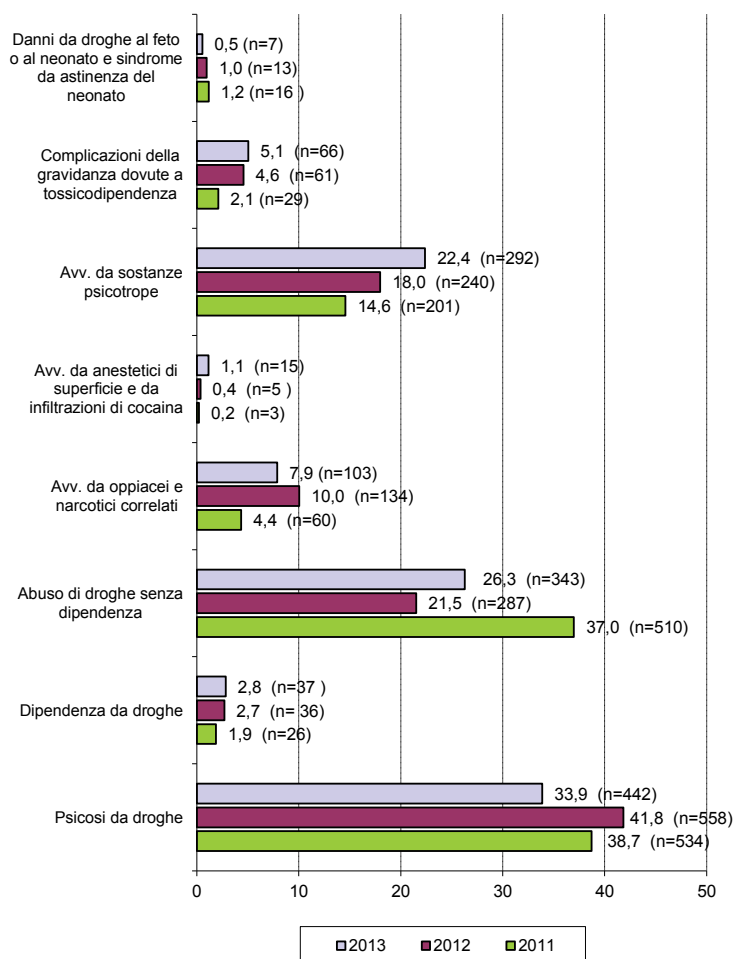
L'analisi che segue riporta i dati sugli accessi ai PS per causa di dimissione correlata alle droghe (**Tabella 5.5**) per gli anni 2011, 2012 e 2013. La scelta di tale riferimento temporale è conseguente ad una maggiore affidabilità e robustezza dei dati del flusso, mentre per la selezione delle cause ICD9-CM⁴, non avendo a disposizione una specifica letteratura in merito, sono state incluse le stesse cause impiegate nell'analisi dei ricoveri droga-correlati riportata sulla Relazione annuale al Parlamento del Dipartimento Politiche antidroga (DPA), ad esclusione degli "avvelenamenti per sedativi e ipnotici" che riportano una bassa correlazione con il fenomeno di uso/abuso di sostanze psicotrope illegali.

Il totale degli accessi per le cause droga-correlate rilevato per l'anno 2013 è pari a 1.308, dato in lieve calo rispetto ai precedenti anni (1.379 nel 2011 e 1.334 nel 2012). Gli accessi per queste cause rappresentano lo 0,13% sul totale degli accessi in tutti gli anni di rilevazione e il 15,3% è esitato in un ricovero ospedaliero (dati non mostrati). Il genere femminile rappresenta il 39,3%, senza importanti variazioni nel tempo.

4 *International Classification of Diseases, 9th Edition – Clinical Modification* (ICD9-CM – Classificazione internazionale delle malattie, IX Edizione – Modifica clinica).

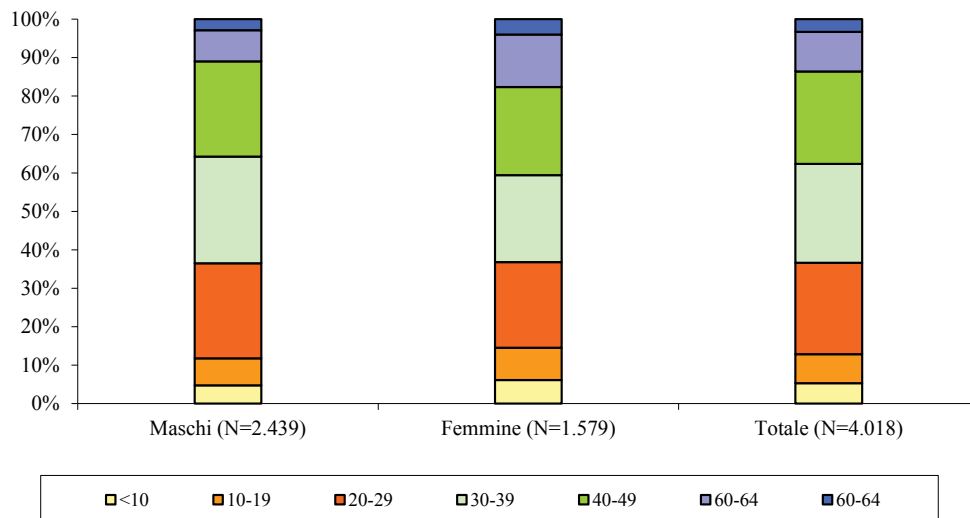
Andando ad osservare come si distribuiscono le cause di accesso analizzate, in generale la media delle percentuali dei tre anni mostra una maggior concentrazione di accessi per “psicosi da droghe” (38,2%), “abuso di droghe senza dipendenza” (28,4%) e “avvelenamento da sostanze psicotrope” (18,2%) (dati non mostrati). Tuttavia esistono alcune differenze nei tre anni rilevati: si osservano un incremento delle percentuali di accessi per “avvelenamento da sostanze psicotrope” che, nel periodo considerato passano da 14,5% a 22,4% e un decremento sia per l’”abuso di droghe senza dipendenza” sia per la “psicosi da droghe”, che dal 2011 al 2013 passano rispettivamente da 37% a 26,3% e dal 38,7 a 33,9% (Figura 5.8).

Figura 5.8
Distribuzione percentuale degli accessi ai PS droga-correlati per causa - Toscana, 2011, 2012, 2013



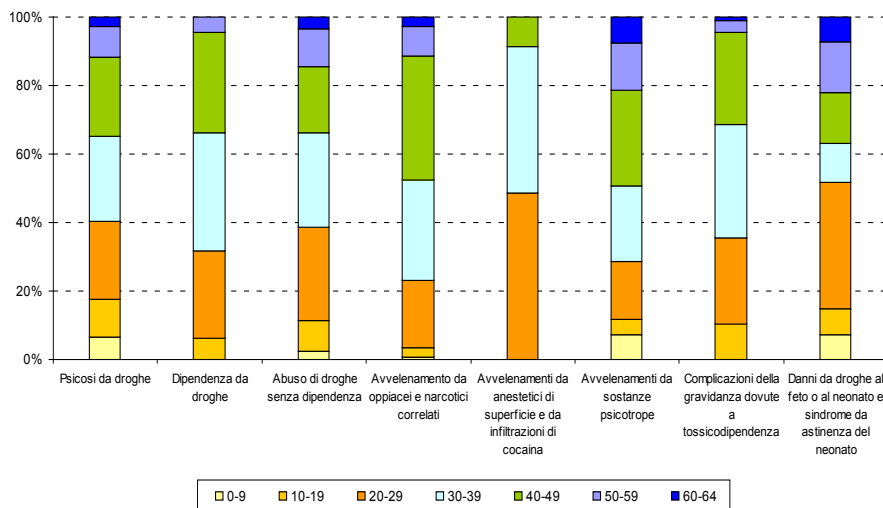
Fonte: Elaborazione ARS su dati PS Toscana.

Figura 5.9
Distribuzione percentuale per classe di età e genere degli accessi ai PS – Toscana, anni 2011, 2012, 2013



Fonte: Elaborazione ARS su dati PS Toscana.

Figura 5.10
Distribuzione percentuale per classe di età e causa di accesso ai PS – Toscana, anni 2011, 2012, 2013



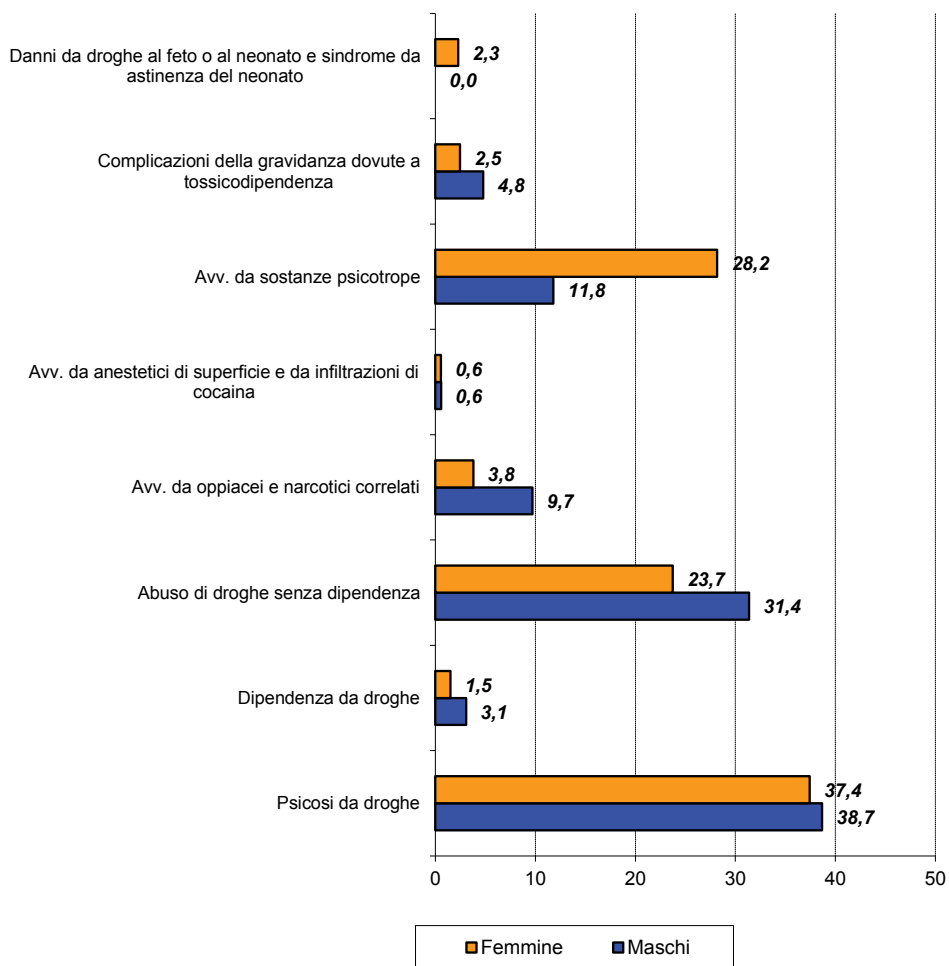
Fonte: Elaborazione ARS su dati PS Toscana.

Le distribuzioni per classi di età decennali riportate in **Figura 5.9** mostrano i risultati sul totale degli accessi nei tre anni considerati. La maggior parte dei soggetti si concentra nella fasce di età centrali (tra i 20 e i 50 anni) con il 73,5% sul totale, ciò si osserva anche nei due generi.

Come ampiamente riportato in letteratura, il fenomeno dell'uso di sostanze caratterizza in modo particolare le fasce giovanili della popolazione. Andando ad osservare la distribuzione delle classi di età per tipo di diagnosi di dimissione (sommando le frequenze dei tre anni) (**Figura 5.10**) emerge un quadro in parte differente rispetto a quanto presentato sopra. In particolare, si registra un maggior coinvolgimento dei giovani adulti (età compresa tra i 20 e i 39 anni) negli accessi per “avvelenamento da anestetici di superficie e da infiltrazioni di cocaina” con il 91,4%, seguiti dalla “dipendenza da droghe” con il 60% e per le sole donne (stessa età) “complicazioni della gravidanza dovute a tossicodipendenza” (58,4%). Per quanto riguarda la fascia più grande, 40-49 anni, si osserva una maggiore concentrazione di “avvelenamenti da oppiacei e narcotici correlati” e “avvelenamenti da sostanze psicotrope” (risp. 36,2% e 27,8%). Viste le tipologie di cause coinvolte, probabilmente si tratta di persone con tossicodipendenza che hanno in generale un'età media più alta rispetto agli assuntori/abusatori di sostanze.

Analizzando le differenze di genere nelle distribuzioni delle cause di accesso ai PS riportate in **Figura 5.11**, vediamo come il fenomeno interessi in particolar modo i maschi per l'“abuso di droghe senza dipendenze” (31,4% vs 23,7%), l'“avvelenamento da oppiacei e narcotici correlati” e la “psicosi da droghe” (9,7% vs 3,8% e 38,7% vs 37,4%). Per contro, le femmine risultano essere più coinvolte negli “avvelenamenti da sedativi e ipnotici” (33% vs 19,5%) e negli “avvelenamenti da sostanze psicotrope” (28,2% vs 11,8%). Inoltre, anche nella causa “danni da droghe al feto o al neonato e sindrome da astinenza del neonato” le femmine si discostano del 2,3% rispetto ai maschi. In ultimo osserviamo che negli accessi riguardante le sole donne (poiché questa causa non è stata inclusa per il genere maschile), vi è anche una prevalenza di “complicazioni della gravidanza dovute a tossicodipendenza” pari al 2,5% (**Figura 5.11**).

Figura 5.11
Distribuzione percentuale degli accessi ai PS droga-correlati per genere - Toscana, 2011, 2012, 2013



Fonte: Elaborazione ARS su dati PS Toscana.

La distribuzione per AUSL degli accessi (**Tabella 5.6**) registra una maggior prevalenza in quella fiorentina (e peraltro in aumento) con, rispettivamente, il 16,5%, il 22,7% e 24,6% nei tre anni di rilevazione, seguita da quella livornese con rispettivamente 15%, 13% ed il 12,8%. Massa e Carrara, Siena e Arezzo risultano invece le AUSL con la minor percentuale di accessi droga-correlati, senza importanti variazioni eccetto che per quella di Massa e Carrara, in cui dal 2011 al 2013 si passa da 0,4% al 2,7% sul totale regionale.

Il tasso grezzo di accesso droga-correlato in Toscana risulta essere di 45,8 accessi per 100mila abitanti. La distribuzione dei tassi per AUSL risulta un po' differente

Tabella 5.6

Distribuzione (N e %) degli accessi per cause droga-correlate per AUSL - Toscana, anni 2011, 2012 e 2013 - Prevalenza sugli accessi totali (2013) e tassi grezzi per 100.000 residenti

AUSL	2011		2012		2013		% sul totale degli accessi	Tasso grezzo per 100mila ab.
	N	%	N	%	N	%		
01-Massa Carrara	5	0,4	5	0,4	34	2,7	0,08	22,8
02-Lucca	56	4,1	69	5,3	67	5,2	0,12	39,3
03-Pistoia	122	9,0	144	11,0	124	9,7	0,19	56,6
04-Prato	151	11,1	79	6,0	82	6,4	0,13	41,8
05-Pisa	156	11,5	107	8,2	119	9,3	0,14	38,4
06-Livorno	204	15,1	170	13,0	164	12,8	0,19	63,5
07-Siena	39	2,9	46	3,5	47	3,7	0,08	23,5
08-Arezzo	33	2,4	46	3,5	29	2,3	0,03	11,0
09-Grosseto	55	4,1	66	5,0	56	4,4	0,09	34,1
10-Firenze	223	16,5	297	22,7	316	24,6	0,16	51,7
11-Empoli	52	3,8	53	4,0	44	3,4	0,08	33,0
12-Viareggio	73	5,4	69	5,3	65	5,1	0,14	52,3
Fuori regione	186	13,7	160	12,2	136	10,6	0,15	--
Totale	1.355	100,0	1.311	100,0	1.283	100,0	0,13	45,8
<i>Mancante</i>	24	--	23	--	25	--	--	--

Fonte: Elaborazione ARS su dati PS Toscana.

dalla precedente. La AUSL con il valore più alto rimane quella di Livorno, con 63,5 accessi per 100mila residenti, seguita però da quelle di Pistoia, Viareggio e Firenze con rispettivamente 56,6, 52,3 e 51,7 accessi per 100mila abitanti.

L'insieme di dati presentati in questo paragrafo rappresenta ad oggi una novità nell'ambito dello studio del fenomeno dell'uso e abuso di sostanze illegali. Da quanto emerso, anche gli accessi droga-correlati registrano in Toscana un modesta attrazione di genere (anche se con una forbice più stretta rispetto ad altri aspetti del fenomeno di uso/abuso di droghe).

In generale, sembra che questo tipo di evento non riguardi una precisa classe di età, bensì si distribuisce piuttosto uniformemente nella fascia 20-50 anni. Inoltre, le cause più frequenti sono risultate essere "psicosi da droghe" in più di un terzo degli accessi e "abuso di droghe senza dipendenza" in oltre un quarto degli stessi. Stabili o in diminuzione sono l'abuso, la dipendenza e la psicosi da droghe, in aumento, invece, i casi di "avvelenamento da sostanze psicotrope".

5.4 Ricoveri droga-correlati

Nella Relazione annuale al Parlamento 2013⁵ sull'uso di sostanze stupefacenti e sulle tossicodipendenze in Italia sono stati riportati i dati delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) che presentano diagnosi (principale o secondarie) relative all'utilizzo di sostanze psicoattive e codificate in base alla classificazione internazionale ICD9-CM (1997) (v. codici e descrizione diagnosi in Tabella 5.5). Secondo questa fonte, i ricoveri droga-correlati rappresentano il 2 per mille del collettivo nazionale e, nel triennio 2009-2011, hanno registrato una contrazione del 3,6% (a fronte del 7,8% dei ricoveri complessivi).

Inoltre, il 93,7% dei ricoveri erogati nel 2011 riguarda cittadini italiani, il 57,3% di genere maschile di età media pari ai 40,5 anni, più elevata per le femmine rispetto ai maschi (47,4 anni vs 40,5 anni).

Passando ai dati toscani, dal 2001 al 2012 si sono verificati oltre 24.800 ricoveri droga-correlati (in media 2.066 per anno). Dall'analisi dell'ultimo anno disponibile (2012), si delinea un quadro sovrapponibile a quello nazionale. Dei 1.910 ricoveri registrati, il 57,4% sono riferiti a soggetti di genere maschile e l'età media attestata sui 39,4 anni, con una differenza di genere di circa 4 anni in più per le femmine rispetto ai maschi (41,6 anni vs 37,7 anni). Osservando la distribuzione percentuale per classi di età del totale dei ricoveri calcolato nel periodo 2001-2012, si registra una concentrazione maggiore (oltre la metà dei ricoveri) nella fascia che va dai 30 ai 49 anni (57,9%); mentre, osservando l'andamento dell'età media a partire dal 2001, si verifica un invecchiamento di oltre 4 anni (da 35,2 anni a 39,4) (dati non mostrati). L'andamento del rapporto maschi/femmine del totale dei ricoveri (1,2) indica una situazione di sostanziale parità tra i due generi; anche se, osservando l'andamento del rapporto M/F per classi di età, a partire dalla classe 45-49 anni registra un lieve ma costante aumento delle femmine sui maschi.

La proporzione dei residenti fuori regione ammonta al 26,5% e, nel periodo osservato non si registrano importanti fluttuazioni.

Infine, è stata riportata la prevalenza di ricoveri con diagnosi per dipendenza che, come ci aspettavamo, risulta essere la più frequente rispetto alle altre. Sarebbero infatti più del 48% i ricoveri attribuiti a questa causa e, anche in questo caso, negli undici anni osservati non emergono importanti variazioni sul dato (**Tabella 5.7**).

In **Figura 5.12** vengono riportati i tassi triennali standardizzati dei ricoveri in Toscana per cause droga-correlate. Come atteso, il trend dal 2000 al 2012 mostra un andamento in diminuzione, passando da 51 ricoverati su 100.000 residenti toscani a 40,9. Tuttavia, il forte aumento nel 2012 sull'anno precedente risulta essere in controtendenza rispetto al trend. Sarà necessario attendere altro tempo per conoscere le modificazioni di questo fenomeno e provare a spiegarne le cause.

5 "Uso di sostanze stupefacenti e tossicodipendenze in Italia" - Dipartimento Politiche antidroga.

Tabella 5.7

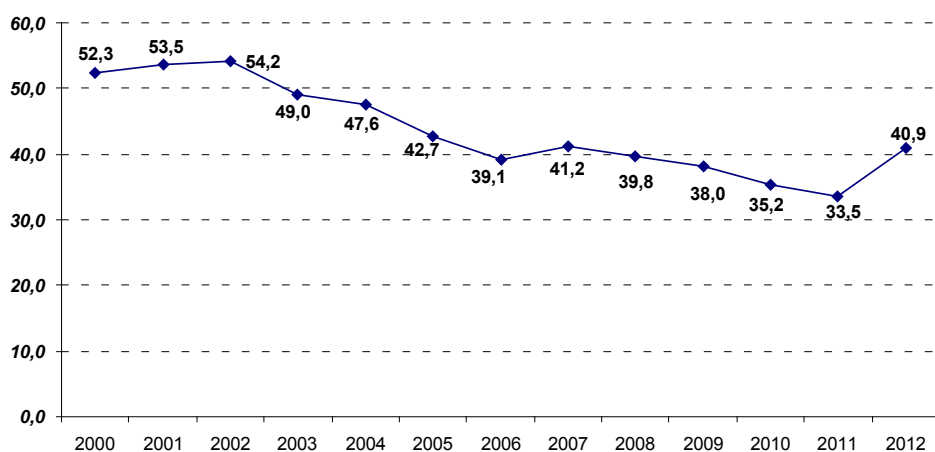
Distribuzione percentuale triennale per classe di età dei ricoveri per cause droga-correlate - Totale ricoveri 2001-2012 - Rapporto maschi/femmine - Toscana 2001-2012

Classe di età	2001-2003	2004-2006	2007-2009	2010-2012	Totale ricoveri 2001-2012		
					N	%	R M/F
0-9	2,7	2,7	3,4	2,3	695	2,8	1,2
10-19	3,8	3,8	2,6	3,2	843	3,4	1,1
20-29	23,0	17,9	16,4	15,9	4.641	18,7	1,6
30-39	36,2	35,6	29,7	26,2	8.058	32,4	1,8
40-49	18,8	24,0	29,9	32,1	6.348	25,5	1,1
50-59	11,4	11,7	13,8	15,2	3.200	12,9	0,6
60-64	4,0	4,4	4,2	5,0	1.086	4,4	0,4
Totale	100	100	100	100	24.871	100	1,2
Di cui:							
Fuori regione	26,8	27,4	25,5	26,2	6.594	26,5	0,8
Con diagnosi di dipendenza	50,3	47,1	49,2	46,3	12.035	48,4	1,7

Fonte: Elaborazione ARS su dati SDO.

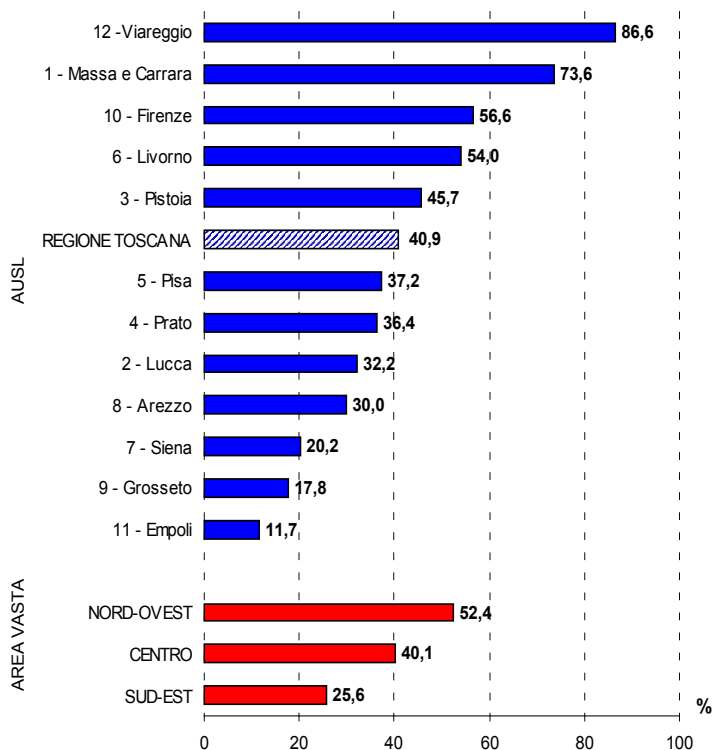
Figura 5.12

Andamento dei rapporti standardizzati di ricovero droga correlati per 100.000 residenti (popolazione standard: Toscana 2000) - Toscana 2000-2012



Fonte: Elaborazione ARS su dati SDO.

Figura 5.13
Distribuzione dei rapporti standardizzati di ricovero droga-correlati per 100.000 residenti per AUSL e Area vasta (popolazione standard: Toscana 2000) - Toscana 2000-2012



Fonte: Elaborazione ARS su dati SDO.

La distribuzione dei rapporti standardizzati riferita all'ultimo triennio (2010-2012) per AUSL (**Figura 5.13**) risulta piuttosto disomogenea sul territorio regionale, con fluttuazioni che vanno da 11,7 ricoverati per 100.000 residenti nella AUSL di Empoli a 86,6 in quella di Viareggio che, peraltro, assieme alle altre due AUSL della costa, Massa e Carrara e Livorno, e a quella di Firenze risultano quelle più coinvolte dal fenomeno (rispettivamente: 73,6, 54 e 56,6 ricoverati per 100.000 abitanti), con conseguente predominanza dell'Area vasta Nord-ovest rispetto alle altre due.

5.5 I decessi per overdose da sostanze in Italia e Toscana

“Nel 2011, il numero globale di decessi per droga è stato stimato a 211.000. La maggior parte di queste morti sono avvenute nella fascia giovanile della popolazione e la maggior parte di queste erano evitabili” World Drug Report 2012, UNODC.

Figura 5.14
Stima del numero di decessi droga-correlati e tassi per milione di abitanti (età 15-64 anni), anno 2011

Table 3. Estimated number of drug-related deaths and mortality rates per million population aged 15-64 for 2011

Region	Number of drug-related deaths			Mortality rate per million aged 15-64		
	Estimate	Lower estimate	Upper estimate	Estimate	Lower estimate	Upper estimate
Africa	36,435	17,336	55,533	61.9	29.4	94.3
North America	47,813	47,813	47,813	155.8	155.8	155.8
Latin America and the Caribbean	4,756	3,613	8,097	15.0	11.4	25.6
Asia	104,116	16,125	118,443	37.3	5.8	42.4
Western and Central Europe	8,087	8,087	8,087	24.9	24.9	24.9
Eastern and South-Eastern Europe	7,382	7,382	7,382	32.1	32.1	32.1
Oceania	1,957	1,685	1,980	80.8	69.6	81.8
Global	210,546	102,040	247,336	45.9	22.3	54.0

Source: United Nations Office on Drugs and Crime, data from the annual reports questionnaire, the Inter-American Drug Abuse Control Commission (CICAD) and the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Louisa Degenhardt and others, "Illicit drug use", in *Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors*, vol. 1, M. Ezaati and others, eds. (Geneva, World Health Organization, 2004). Data for Africa have been adjusted to reflect the 2011 population. The wide range in the estimates for Asia reflects the low level of reporting from countries in the region. The best estimate for Asia is towards the upper end of the range, because a small number of highly populated countries report a relatively high mortality rate, which produces a high regional average.

In generale, il fenomeno della mortalità associata all'uso e abuso di stupefacenti può includere sia cause dirette che indirette, tra queste ritroviamo l'overdose (il 50% dei decessi per queste cause, oltre l'80% dei quali dovuti a eroina), il suicidio, gli incidenti stradali per guida sotto l'effetto di droghe e/o alcol, le malattie infettive legate al consumo di droghe iniettive (AIDS, Epatite B o C) o altre malattie mortali associate all'uso di droghe per lungo tempo (per es. tumori).

Come anticipato, le Nazioni Unite hanno stimato (**Figura 5.11**) che, a livello mondiale, le morti attribuibili al consumo di stupefacenti siano comprese tra circa 102.000 e circa 247.000 (cioè tra 22,3 e 53 decessi per milione di abitanti) in età tra i 15 e i 64 anni. Queste cifre rappresenterebbero tra lo 0,54% e l'1,3% di tutte le morti nella stessa fascia di età.

Come è possibile osservare dalla **Figura 5.14**, in Asia è stato stimato il numero di decessi più alto, seguita dal Nord America e dall'Africa. Osservando però i tassi per milione di abitanti, come riscontrato anche per i consumi, il fenomeno risulta più presente nei paesi industrializzati e, tra i primi posti, troviamo Nord America e Oceania.

Inoltre, in accordo con quanto riportato anche dallo European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA - Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze) di Lisbona, l'UNODC afferma che, in Europa, l'età media dei deceduti per cause correlate alla droga sarebbe compresa tra i 26 e i 44 anni, definendo questo tipo di conseguenza sanitaria prevedibile ed evitabile, sia in termini di costi sanitari che sociali.

Come riportato nell'ultima relazione annuale (2012) dell'EMCDDA, in Europa (come nel resto del mondo), la principale causa di morte tra i consumatori problematici di stupefacenti è l'overdose, in particolare da oppiacei e, in molti casi, associati con altre

sostanze come l'alcol o le benzodiazepine. Il tasso medio di mortalità per overdose nel 2011 è stato di circa 18 decessi per milione di abitanti di età compresa tra i 15 e i 64 anni e, sempre nello stesso anno, sono stati segnalati circa 6.500 decessi per overdose, con una contrazione rispetto all'anno precedente del 7,1%.

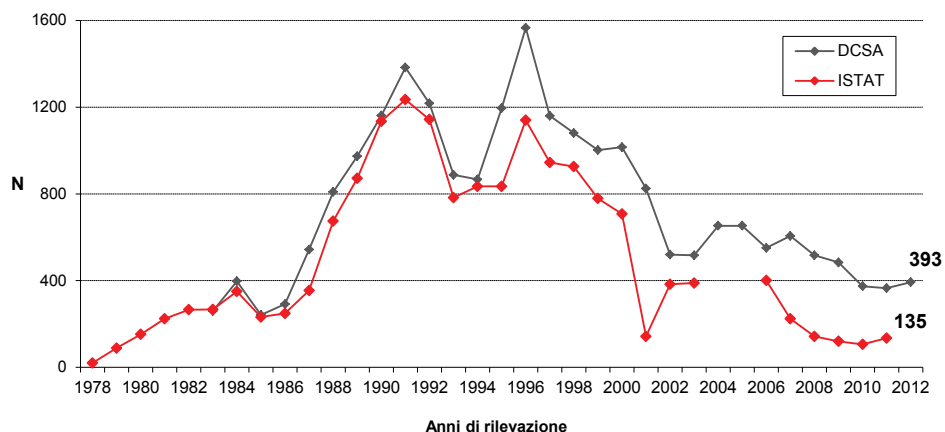
5.5.1 Le fonti e i dati nazionali

Le fonti di dati a cui è possibile ricorrere per analizzare la mortalità da overdose sono principalmente tre: il flusso del Registro di mortalità regionale (RMR), i dati dell'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) (per queste due fonti le cause vengono codificate secondo la ICD9-CM, il codice utilizzato per l'individuazione della causa di morte per overdose è il gruppo 304.0-304.9) e della Direzione centrale per i Servizi antidroga.

- Il Registro di mortalità regionale (RMR) (istituito nel 1986 con delibera di Giunta regionale 24 novembre 1986 n. 11409) dal 1987 raccoglie, codifica e archivia le schede di morte ISTAT nominative relative a tutti i decessi avvenuti in Toscana, recuperando le informazioni sui decessi di toscani accaduti fuori regione. I dati reperiti da questa fonte risultano essere sottostimati a causa della tendenza da parte dei medici codificatori a non notificare lo stato di tossicodipendenza, ricorrendo a codici generici.
- I dati ISTAT⁶, Archivio storicizzato dal 1972 dei **dati di mortalità** italiani. L'ISTAT fornisce il numero assoluto di **decessi** per causa, per provincia, per classi di età e per genere. Questo flusso, come quello dell'RMR, risente non poco delle mancate o errate codifiche delle cause di morte, con conseguente sottostima del fenomeno.
- la Direzione generale per i Servizi antidroga (DCSA) del Ministero dell'interno registra dal 1973 i decessi attribuiti in via diretta alle assunzioni di droghe e ai casi per i quali sono state interessate le forze di polizia. Mancano dunque le morti indirette, quali i decessi conseguenti a incidenti stradali per guida sotto l'effetto di stupefacenti o le morti dovute a complicazioni patologiche. Questa risulta quindi una fonte molto aggiornata, ma anche spesso limitata alle condizioni di ritrovamento del deceduto o ai ritardi nelle risposte autoptiche, che non sempre corredano le segnalazioni che arrivano alla DCSA.

⁶ Pur essendo comparabili con i dati del Registro di mortalità regionale, questi non sono del tutto sovrapponibili e non consentono confronti diretti tra i valori nazionali e i valori interregionali, perché: a) i dati provengono da fonti diverse; b) per le elaborazioni regionali sono state utilizzate le popolazioni residenti per comune, mentre per i dati nazionali i denominatori di popolazione utilizzati sono quelli derivati dalle stime intercensuarie ISTAT; c) fino al 1979 le cause di morte ISTAT sono codificate in ICD8, dal 1980 al 2002 in ICD9 ed a partire dal 2003 mediante ICD10, mentre il Registro regionale continua ad essere codificato secondo ICD9; d) la popolazione standard utilizzata è diversa; e) per gli anni 2004 e 2005 non sono disponibili i dati ISTAT per singola causa di morte.

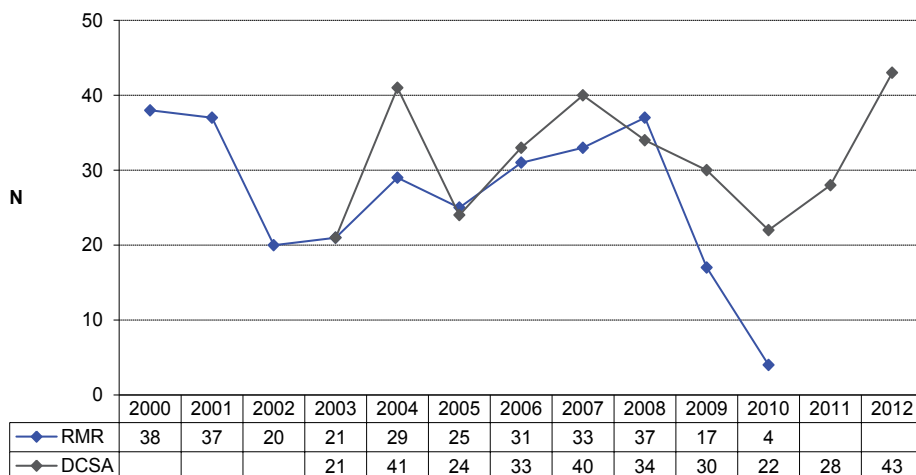
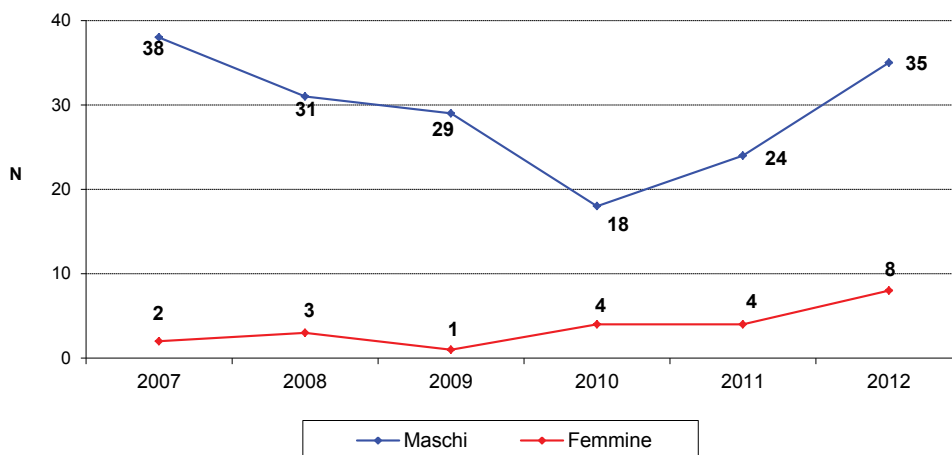
Figura 5.15
Andamento del numero assoluto dei decessi per overdose - Confronto DCSA e ISTAT - Toscana 1978-2012



Di seguito verranno analizzati e confrontati i dati reperiti dalle tre fonti.

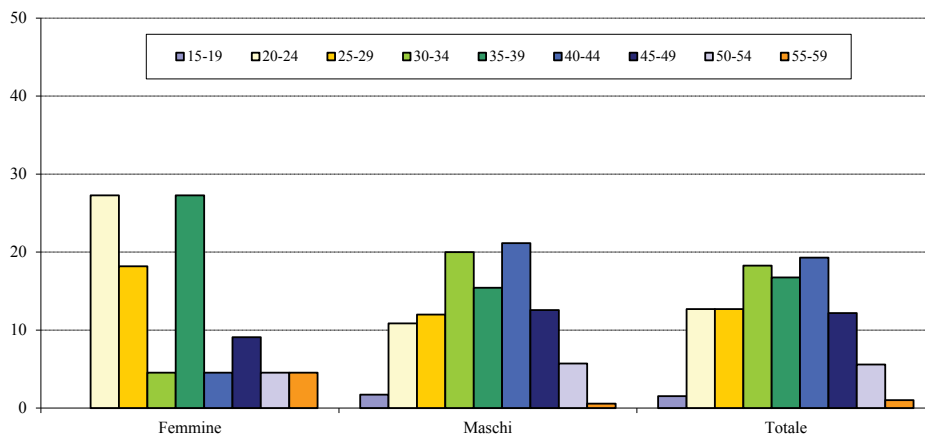
Innanzitutto in **Figura 5.15** è possibile osservare l'andamento nel tempo dei decessi a livello nazionale secondo la fonte della DCSA e dell'ISTAT. I dati provenienti dalla prima fonte registrano frequenze più alte durante tutto il trend e, in particolar modo, a partire dalla metà degli anni '90, per poi arrivare al dato più recente in cui il valore della fonte ministeriale triplica quello dell'ISTAT. Queste differenze, con tutta probabilità, possono essere ricondotte alla diversa modalità di registrazione dei dati (v. sopra).

Per quanto riguarda l'andamento generale dei dati, dai primi anni '80 in poi si osserva un andamento in crescita fino ai primi anni '90 ed un successivo rilevante picco nel 1995, per poi attenuarsi in modo repentino fino al 2002 ed essere più discontinuo negli anni successivi. Questo andamento è con tutta probabilità legato alle variazioni nei consumi di eroina che, in concomitanza di quegli anni raggiungeva il massimo della diffusione. Soffermandoci sui soli dati ministeriali, nel 2012 i decessi attribuibili al consumo di droghe arriva a 393, di cui il 12% riguarda il genere femminile. Come riportato nella Relazione annuale 2012 del Dipartimento della Pubblica sicurezza, le morti per queste cause riguardano principalmente la fascia giovanile della popolazione a partire dai 25 anni e raggiunge il picco massimo nella fascia superiore ai 40 anni. Per quanto riguarda le sostanze, inoltre, per i decessi avvenuti nel 2012 si conferma lo stesso quadro di sempre: l'eroina è la sostanza più presente (41,5%), seguita dalla cocaina (10,4%) e dal metadone (1,8%). Ecstasy e barbiturici non arrivano allo 0,5%. Infine, nel 45,5% dei casi non era indicata alcuna sostanza. Secondo la distribuzione regionale dei numeri assoluti, la regione più colpita nel 2012 è risultata la Campania (69 casi), seguita dal Lazio (51), mentre quelle con il minor numero di decessi sono il Molise e la Basilicata. Tuttavia, nel tempo, le regioni più colpite in assoluto sono il Lazio e la Campania.

Figura 5.16**Andamento del numero assoluto dei decessi per overdose - Toscana 2000-2012 - Fonti: RMR e DCSA****Figura 5.17****Andamento dei numeri assoluti dei decessi per genere - Toscana 2007-2012 – Fonte: DCSA**

5.5.2 I dati toscani

In **Figura 5.16** vengono confrontati i dati riferiti alla Toscana registrati dall'RMR e dalla DCSA. In questo andamento il flusso ISTAT non è stato riportato, sia per mancanza di dati negli anni 2004 e 2005 sia a causa di una forte discrepanza degli stessi dalle altre due fonti a partire dal 2006.

Figura 5.18**Distribuzione dei decessi per genere e classe di età. Toscana 2007/2012 – Fonte: DCSA**

In generale, nei 12 anni di rilevazione i trend riportano andamenti piuttosto discontinui, tipici del fenomeno analizzato. Tuttavia, RMR e DCSA presentano andamenti simili fino al 2008 compreso, per poi discostarsi fino ad arrivare ad una differenza di 18 decessi nel 2010 (anno a cui attualmente è aggiornato l'RMR). I decessi riportati dalla DCSA rimangono quasi sempre numericamente al di sopra degli altri, riportando nel tempo valori tra i 20 e i 40 decessi l'anno, per poi arrivare ai 43 del 2012. L'aumento registrato dal 2010 al 2012 risulta alquanto preoccupante, ma, data la notevole variabilità del fenomeno stesso, è necessario attendere il dato degli anni successivi per poterne comprendere la natura.

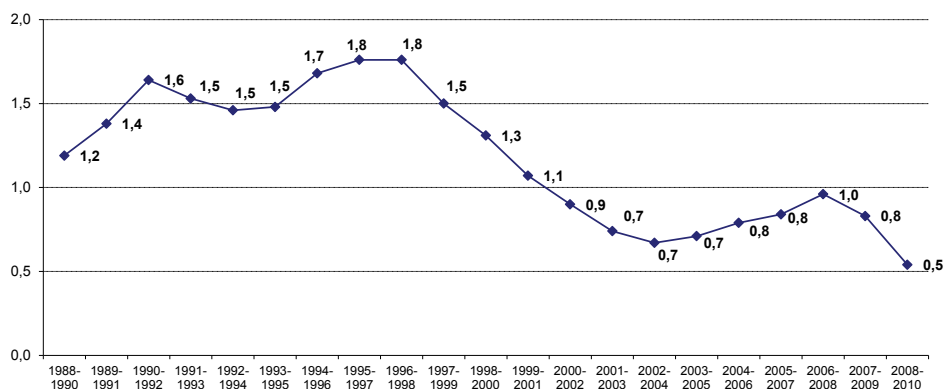
Osservando i soli dati della DCSA, di cui disponiamo il dettaglio per genere a partire dal 2007, seppur solo in termini di numeri assoluti, emergono andamenti tipici del fenomeno in esame (**Figura 5.17**). Le femmine, infatti, sperimentano un coinvolgimento minore rispetto ai maschi (R M/F= 8:1).

L'età media delle persone decedute s'innalza da 31,5 a 37,5 anni nel periodo considerato e, analizzando le differenze per singole classi di età tra i due generi, emerge una distribuzione più uniforme per quello maschile, in cui la maggior parte dei decessi si verifica nella fascia dai 30 ai 44 anni, mentre in quello femminile si sperimenta una forte concentrazione nella classe 20-24 anni e 35-39 anni che, insieme, includono quasi il 55% del totale dei decessi (**Figura 5.18**).

Per quanto riguarda i dati reperiti direttamente dal registro regionale di mortalità, dal 1988 al 2010 il totale dei decessi da overdose ammonta a 920. Di questi, circa il 13,5%

Figura 5.19

Andamento dei rapporti standardizzati di mortalità per overdose (medie mobili triennali) per 100.000 residenti, popolazione standard: Toscana 2000 - Toscana 1988-2010



Fonte: Elaborazione ARS (<https://www.ars.toscana.it/marsupio/parsis/>) su dati RMR.

erano femmine (in linea con il dato nazionale) e l'età media si attesta sui 31,7 anni, anche se è importante segnalare che, come per quanto descritto sull'utenza SerT, anche per i deceduti l'età media si innalza sensibilmente nel corso del periodo considerato: si passa da circa 28 anni nel triennio 1988-90 a 36,7 anni nell'ultimo triennio disponibile (2008-2010) (dati non mostrati).

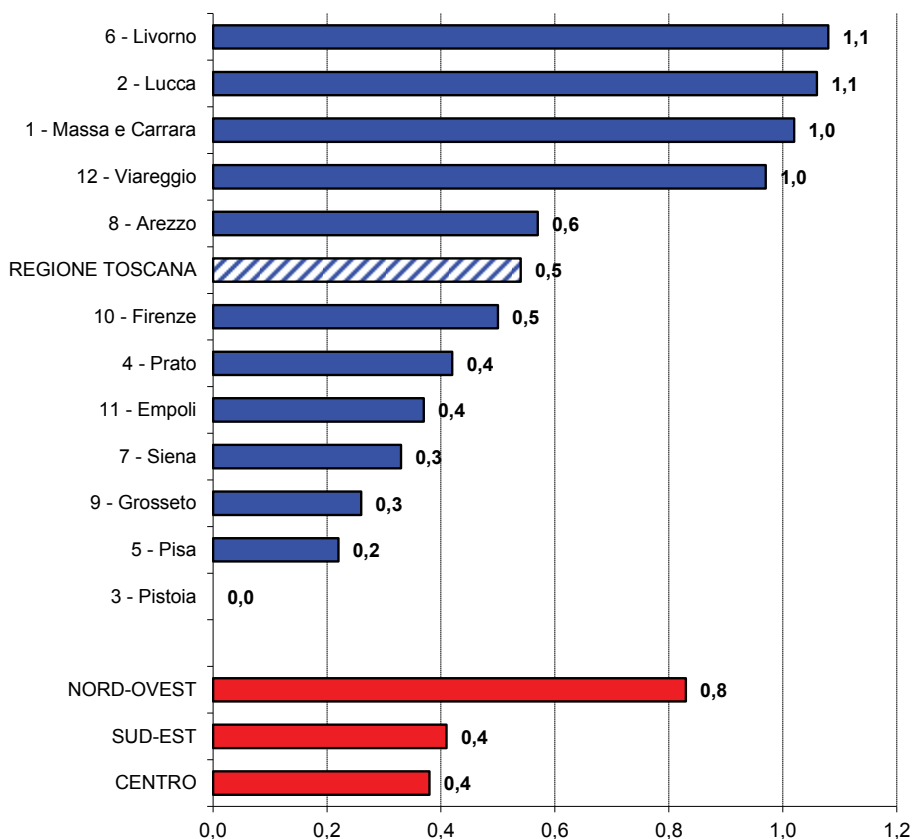
Inoltre, avendo a disposizione una così lunga serie di dati, seppur sottostimati, abbiamo riportato in **Figura 5.19** l'andamento triennale dei rapporti standardizzati di mortalità per overdose. Nei 22 anni di rilevazione si è passati da un tasso di 1,2 per 100.000 residenti a uno di 0,5 per 100.000 residenti. Come per i dati nazionali, il trend registra due picchi, uno all'inizio e uno a poco più della metà degli anni '90, come anticipato, a causa del diffondersi dell'uso di eroina specialmente per via endovenosa.

Come per la distribuzione dei numeri assoluti regionali, anche in questo caso rimane da segnalare come il trend in diminuzione dai primi del 2000 inverte la sua tendenza a partire dal triennio 2003-05, registrando un aumento costante fino ad arrivare ad un tasso di 1 per 100.000 residenti nel triennio 2006-2008, per poi riprendere a decrescere nel successivo.

In ultimo, la Figura 5.20 riporta la distribuzione per AUSL dei rapporti standardizzati di mortalità nell'ultimo triennio disponibile (2008-2010). Come già osservato per i ricoveri, si registra un maggior coinvolgimento per le zone costiere. Infatti, tra le AUSL in cui sono stati calcolati i tassi più alti ritroviamo quelle di Livorno e Lucca che riportano un tasso di 1,1 decessi per 100.000 residenti, seguite da Massa e Carrara e Viareggio (entrambe con 1,0 decessi per 100.000 residenti). L'AUSL di Pistoia, con un tasso pari a 0 decessi per 100.000 abitanti, rappresenta quella più lontana dalla media regionale (0,8 decessi per 100.000 residenti).

Figura 5.20

Distribuzione per AUSL dei rapporti standardizzati di mortalità per overdose (medie mobili triennali) per 100.000 residenti, popolazione standard: Toscana 2000 - Anni 2008-2010



Fonte: Elaborazione ARS (<https://www.ars.toscana.it/marsupio/parsis/>) su dati RMR.

I dati qui riportati mostrano come, nel tempo, l'andamento della mortalità da overdose in Toscana non si sia discostato molto dal quadro nazionale.

Dall'analisi dei dati a disposizione, il genere femminile ne risulta sempre meno interessato. Il forte aumento dell'età media potrebbe essere in parte spiegato anche dalla capacità di attrazione dei Servizi che, aumentando la ritenzione in trattamento, ha influito positivamente sulla diminuzione della mortalità da overdose nel lungo periodo.

Tuttavia, gli aumenti dei decessi in termini di numeri assoluti, registrati dal 2004 al 2008 e successivamente dal 2010 al 2012, potrebbero essere ricondotti sia ad un aumento dell'abuso di eroina/oppioidi, sia ad un coinvolgimento di altre sostanze, quali, ad esempio, la cocaina, la cui prevalenza come sostanza d'abuso primaria degli utenti SerT non solo risulta essere al secondo posto, ma anche in costante aumento. Inoltre, riportando quanto

scritto nella Relazione europea del 2010: *“Le sostanze riscontrate - nel sangue dei deceduti per overdose - spesso oltre all'eroina comprendono alcol, benzodiazepine, altri oppioidi e, in alcuni paesi, la cocaina. Questo suggerisce che una parte considerevole di tutti i decessi correlati al consumo di stupefacenti potrebbe verificarsi in un contesto di poliassunzione”* (Relazione annuale 2010 – Evoluzione del fenomeno droga in Europa. EMCDDA, Lisbona). Dunque, negli ultimi anni, la pratica del poliuso incombe sempre più anche nella mortalità.

Tuttavia, l'overdose rimane un ambito non facile da interpretare, soprattutto per le problematiche di codifica delle cause di morte; basti pensare, ad esempio, che, dal 2004 al 2009, dal 50% al 70% circa dei decessi per overdose sono stati classificati attraverso il codice *aspecifico* 304,9, vale a dire “Farmacodipendenza: non specificata”.

Capitolo 6

Sperimentazione
e valutazione
degli inserimenti lavorativi
nella popolazione
tossico/alcol dipendente
della regione Toscana

Alice Berti

Francesco Innocenti

Laura Aversa

Fabio Voller

Arcangelo Alfano

Barbara Trambusti

6. Sperimentazione e valutazione degli inserimenti lavorativi nella popolazione tossico/alcoldipendente della regione Toscana

6.1 Introduzione

I percorsi di assistenza e cura alle persone con problemi di dipendenze si orientano sempre più in direzione di una forte differenziazione. L'esperienza di alcune regioni ha dimostrato come una delle risposte maggiormente utilizzate nei trattamenti sia stata quella degli inserimenti lavorativi, sia che fossero direttamente connessi al trattamento sia che rappresentassero l'anello conclusivo di un percorso terapeutico. La formazione professionale, inoltre, e le azioni d'inserimento possono rispondere alla duplice necessità di fare acquisire le competenze e, al tempo stesso, attraverso la pianificazione del percorso d'inserimento lavorativo, dare al soggetto gli strumenti necessari per quella progettualità che gli sarà utile non solo alla ricerca del lavoro. A tal proposito, la Regione Toscana dal 2008 ha avviato un percorso comune tra gli operatori del settore delle dipendenze con lo scopo di costruire procedure standardizzate di applicazione degli interventi lavorativi e di verifica dei risultati, in modo da creare altresì prassi e modalità operative trasferibili. Sulla base dei risultati raggiunti durante tale percorso (tradottosi di un progetto di sperimentazione che ha coinvolto tutti i Servizi per la tossicodipendenze - SerT - toscani, gli Enti ausiliari e i loro utenti), nel 2011 la Giunta regionale della Toscana (con decreto 21 marzo 2011, n. 1193) ha disposto la prosecuzione e l'ampliamento del progetto integrato per gli inserimenti lavorativi per soggetti con problematiche di tossico/alcol-dipendenza.

Come nella sua precedente versione, il progetto aveva come obiettivo quello di destinare inserimenti lavorativi, interventi socio-terapeutici e formativi a persone con alta emarginazione sociale, in carico presso i SerT e gli Enti ausiliari della Toscana (solo quelli aderenti alla ONLUS Coordinamento enti ausiliari della Regione Toscana – CEART) e di valutarne gli esiti con appositi strumenti.

L'entità del fondo predisposto della Regione Toscana per la realizzazione della sperimentazione prevedeva di attuare almeno 141 interventi (di cui 116 dai SerT e 25 dagli Enti ausiliari aderenti al CEART). La numerosità degli interventi è stata calcolata a partire dal costo di ogni singolo intervento (vedi in seguito).

6.2 Descrizione del progetto

6.2.1 Strumenti e metodi

Sulla base della classificazione e definizione delle diverse tipologie d'intervento operata nel 2006 dal Gruppo di lavoro regionale (composto da operatori dei SerT e degli Enti ausiliari e coadiuvato dall'ARS), sono stati definiti tre strumenti di intervento caratterizzati da specifici ambiti, target e finalità (vedi griglia delle definizioni degli interventi terapeutico-lavorativi riportata nell'Allegato A decreto dirigenziale 21 marzo 2011, n. 1193).

Di seguito vengono elencati i principali dettagli dei tre interventi identificati:

- **esperienza formativa e di qualificazione professionale** - Inserimento finalizzato all'acquisizione di specifiche competenze formative/lavorative e relazionali. Può variare in virtù dell'argomento e della localizzazione dell'evento formativo, dunque deve essere accessibile a tutte le tipologie di utenza. Ha una durata prevista dai 3 ai 12 mesi ed un compenso mensile massimo di euro 400,00.
- **inserimento lavorativo** - Percorso mirato all'inserimento nel mondo del lavoro destinato ad un'utenza della quale siano già state valutate le adeguate capacità sociali e lavorative. È prevista una durata da un minimo di 6 mesi ad un massimo di 14 mesi. L'importo mensile erogabile ammonta a euro 300,00.
- **intervento socio-terapeutico** - Insieme di azioni di avvicinamento al mondo della formazione e del lavoro per utenti in trattamento. Può dunque essere destinato anche ad un'utenza a bassa soglia. Stessa durata e compenso mensile dell'inserimento lavorativo.

I tre interventi prevedevano una frequenza media per soggetto di 20 ore settimanali.

Allo scopo di accompagnare, tutelare e monitorare l'attività del beneficiario dell'intervento, la sperimentazione prevedeva l'individuazione di un *case manager*, ovvero un operatore del SerT o dell'Ente ausiliario presso il quale è in carico il soggetto, in grado di seguirlo durante tutto lo svolgimento del percorso. A tal proposito il *case manager*, oltre a rappresentare la figura di riferimento per l'utente, aveva il compito di mantenere i contatti con l'Ente/Azienda dove ha luogo l'intervento e di monitorare l'andamento e gli esiti della misura. Inoltre, all'attivazione e alla conclusione di ogni intervento è prevista anche la compilazione da parte del *case manager* di due apposite schede (v. Allegati IV e V) da somministrarsi appunto nelle due rispettive fasi riportate di seguito.

a) Fase pre-intervento – Caratteristiche rilevate:

- caratteristiche personali del soggetto beneficiario;
- stato del rapporto con la dipendenza;
- stato della propria autonomia personale.

b) Fase post-intervento – Caratteristiche rilevate:

- informazioni generali sulla realizzazione della misura;
- comportamenti e regole durante l'intervento;
- aspetti emotivo-relazionali
- organizzazione dell'attività;
- rapporto con le sostanze stupefacenti legali e illegali;
- autonomia personale;
- esito dell'intervento.

Una volta raccolte tutte le schede e conclusi tutti gli interventi, l'ARS si è occupata di effettuare le seguenti operazioni:

- creazione di un database tramite utilizzo del software SPSS 13.0;
- informatizzazione schede pre/post-intervento;
- pulizia dei dati, incluso il controllo di inconsistenze e valori anomali;
- analisi statistica descrittiva e calcolo delle associazioni grezze tra gli eventi;
- produzione di documenti e reportistica sugli esiti della sperimentazione.

I punteggi per la valutazione sono stati calcolati assegnando un numero progressivo alle modalità di risposte delle domande (per es. da 1 a 3) presenti nelle schede di valutazione. Per ogni sezione delle schede, la sommatoria dei punteggi è stata suddivisa in tre livelli: basso, medio e alto. Questa sperimentale metodica di *scoring*, ci ha permesso di effettuare un confronto qualitativo pre/post-intervento.

6.3 Risultati

6.3.1 Avvio effettivo e durata del progetto

La data di avvio della sperimentazione, stabilita per il 2 maggio 2011, è stata rispettata solo da alcuni SerT; gli interventi sono partiti in ritardo a causa dei tempi necessari per seguire l'iter amministrativo e burocratico utile ad effettuare le delibere aziendali. Inoltre, sono state affrontate nuove difficoltà, rilevate dai vari referenti, nell'intercettare le Aziende ospitanti e stabilire delle nuove convenzioni, probabilmente a causa dell'attuale congiuntura economica sfavorevole.

A fine maggio 2011 erano stati attivati solo 7 interventi (2 dall'Azienda USL – AUSL - di Pistoia, 2 da quella Empoli, 1 da Viareggio e 2 dal CEART) e, a novembre 2011, doveva essere ancora avviato il 47% degli interventi previsti dal protocollo. A causa di questi ed altri problemi di natura organizzativa e, in considerazione del ritardo effettivo da parte di alcuni enti nel dare inizio agli interventi, il termine della sperimentazione è stato posticipato dal 2 luglio 2012 al 31 dicembre 2012 con decreto RT n° 1188 del 07 marzo 2012.

La sperimentazione ha avuto dunque una durata di 24 mesi (2011-13), nel corso dei quali sono stati attivati in tutto 179 interventi, 38 in più rispetto a quanto previsto sul protocollo del progetto (+ 27%). Nei SerT gli interventi in eccedenza sono stati in tutto 30 e, tra le AUSL con le più alte differenze, ritroviamo quella di Massa e Carrara (più 10 interventi) e Livorno e Viareggio (ciascuna con 6 interventi in più); mentre tra gli enti aderenti al CEART sono 8 gli interventi attivati in più rispetto ai previsti (**Tabella 6.1**).

Tabella 6.1

Distribuzione degli interventi (N e %) per tipologia ed ente (con dettaglio per AUSL) - Differenza tra interventi previsti da protocollo ed effettivamente attivati

Ente	Esp. Formativa e di qualif. prof.le	Inserim. lavorativo	Inserim. Socio-terapeutico	Totale interventi attivati	N. interventi previsti	Differenze rispetto agli interventi previsti
1-MS	11	2	6	19	9	+10
2-LU	1	2	9	12	9	+3
3-PT	1	2	9	12	10	+2
4-PO	2	7	3	12	9	+3
5-PI	10	1	1	12	9	+3
6-LI	1	4	11	16	10	+6
AUSL 7-SI	1	1	3	5	9	-4
8-AR	1	3	8	12	11	+1
9-GR	0	2	7	9	9	0
10-FI	0	4	8	12	13	-1
11-Emp	1	4	5	10	9	+1
12-Viar.	1	2	12	15	9	+6
Totale AUSL	30	34	82	146	116	+30
CEART	8	13	12	33	25	+8
Totale	38	47	94	179	141	+38

6.3.2 Analisi descrittiva del campione

Dei 179 interventi avviati, il 21,2% (n=38) è stato costituito da esperienze formative, il 26,3% (n=47) da inserimenti lavorativi ed il 52,5% (n=94) da inserimenti socio-terapeutici (**Tabella 6.2**).

Come era prevedibile, viste le caratteristiche del servizio che eroga il trattamento, i SerT hanno effettuato una proporzione maggiore di inserimenti socio-terapeutici, cioè destinati anche ad un'utenza a bassa soglia e/o tossicodipendenti attivi.

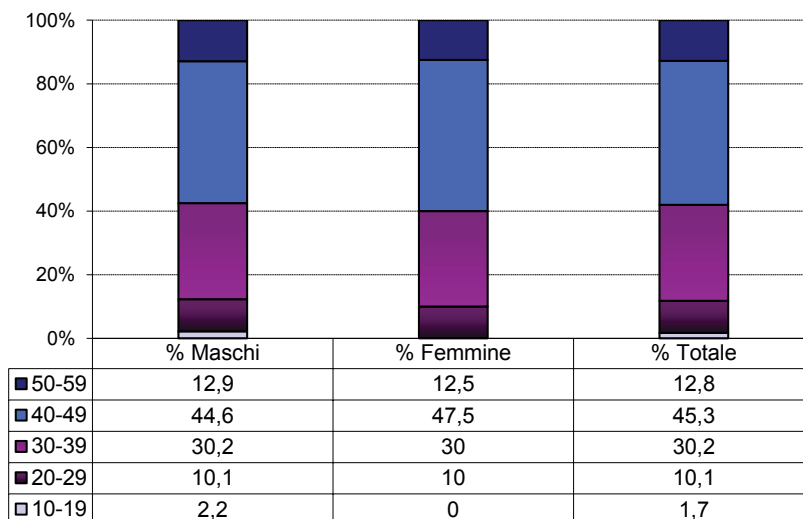
Rispetto alla precedente edizione della sperimentazione sono state attivate molte più esperienze formative (+8%). Ciò potrebbe in parte essere dovuto alla maggior difficoltà nel reperire Aziende dove effettuare inserimenti lavorativi o socio-terapeutici.

Tabella 6.2
Distribuzione degli interventi effettuati (N e %) per tipologia ed ente

Ente	Tipo di intervento						Totale	
	Esp. Formativa e di qualif. Prof.le		Inserim. lavorativo		Inserim. Socio-terapeutico			
	N	%	N	%	N	%	N	%
AUSL	30	20,5	34	23,3	82	56,2	146	100,0
CEART	8	24,2	13	39,4	12	36,4	33	100,0
Totale	38	21,2	47	26,3	94	52,5	179	100,0

Come nell'esperienza condotta nel 2008, si conferma la netta maggioranza del genere maschile su quello femminile (78% vs 22%); mentre si osservano alcune differenze nella distribuzione per fascia di età (**Figura 6.1**). Le prevalenze più alte si registrano nelle classi 40-49 anni e 30-39 anni con rispettivamente il 45% ed il 30% circa, a fronte

Figura 6.1
Distribuzione del campione arruolato per genere e classe di età



del 35,5% e del 27% rilevati nella sperimentazione precedente. Tale distribuzione non presenta importanti differenze di genere se non per le classi di età comprese tra i 10 e i 19 anni che raggiunge il 2,2% tra i maschi, mentre nelle femmine non risulta affatto presente e in quella compresa tra i 40 e 49 anni in cui la concentrazione di femmine è di circa 3 punti percentuali più alta rispetto a quella dei maschi.

Il 72,6% dei soggetti arruolati al progetto possiede un titolo di scuola media inferiore ed il 17,3% di scuola media superiore. Il restante 9% circa ha conseguito la licenza elementare (**Tabella 6.3**).

Per quanto riguarda la durata del più lungo rapporto di lavoro, si osserva che la metà dei rispondenti aveva avuto un impiego della durata compresa tra 1 e 5 anni e oltre il 32% da 6 a 20 anni (**Tabella 6.4**).

Tabella 6.3
Distribuzione percentuale del titolo di studio dei soggetti

Titolo di studio	N	%
Nessun titolo	1	0,6
Licenza elementare	16	8,9
Licenza scuola media inferiore	130	72,6
Diploma scuola media superiore	31	17,3
Laurea/laurea breve	1	0,6
Totale	179	100,0

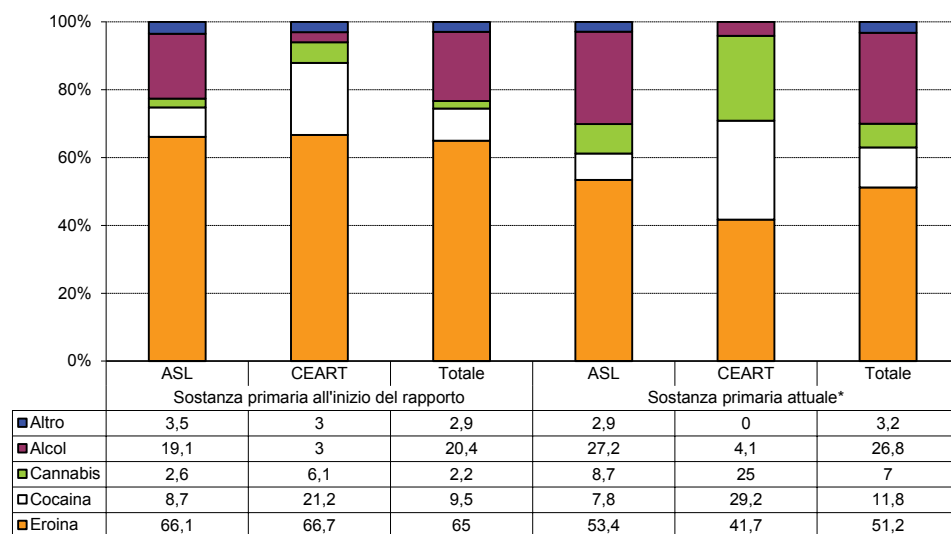
Tabella 6.4
Distribuzione (N e %) della durata (in anni) dell'ultimo rapporto di lavoro del soggetto

Durata lavoro	N	%
≤1 anno	21	13,7
1-5 anni	77	50,3
6-10 anni	31	20,3
11-20 anni	18	11,8
21-30 anni	5	3,3
Nessuna esperienza	1	0,7
Mancante	26	--
Totale	179	100

Nella scheda di valutazione è stata rilevata anche la sostanza primaria assunta dal soggetto al momento del primo contatto con il Servizio e quella attuale (intendendo la sostanza primaria del soggetto al momento della presa in carico presso l'ultimo SerT o Ente ausiliario) e, la **Figura 6.2**, riporta il dato disaggregato per tipo di ente. Come è possibile osservare, in generale l'eroina risulta la sostanza primaria prevalente, seguita da alcol e cocaina. La principale differenza emersa tra le due tipologie di enti consiste in una maggior prevalenza di dipendenti da cocaina tra gli utenti seguiti dagli Enti ausiliari rispetto ai Servizi pubblici (rispettivamente: come sostanza pregressa 21,2% vs 8,7% e come sostanza attuale 29,2% vs 7,8%).

Inoltre, nelle distribuzioni riferite alle sostanze attuali, si osserva un leggero aumento delle cannabis, in particolar modo per coloro in carico ad un Ente ausiliario in cui si arriva ad una prevalenza del 25%.

Figura 6.2
Distribuzione percentuale per sostanza primaria assunta all'inizio del rapporto con i servizi ed attualmente, per tipo di ente



Nella scheda di rilevazione è stato richiesto anche di indicare se, nel periodo intercorso tra la prima dipendenza e quella attuale, vi erano state altre dipendenze o comportamenti d'abuso. Dai risultati è emerso che il 47,5% dei soggetti ha avuto almeno un'altra dipendenza o comportamento d'abuso, il 20,7% almeno due ed il 9% almeno tre. Per coloro che riportavano una dipendenza, la sostanza più coinvolta è stata la cocaina, seguita da cannabis e alcol; mentre tra chi aveva avuto anche una seconda e/o terza dipendenza, le droghe più frequenti sono state cannabis, cocaina ed eroina.

Per quanto riguarda il dato sugli anni di dipendenza (**Tabella 6.5**), si osserva una distribuzione piuttosto omogenea (in classi quinquennali), con due massimi, entrambi del 21% circa, a 6-10 anni e 16-20 anni. Come ci aspettavamo, le differenze più evidenti individuate tra le due tipologie di ente sono emerse per la classe con il minor numero di anni (0-5) che, tra gli utenti SerT concentra quasi il 19% del campione, mentre tra quelli afferenti al CEART non è stata registrata alcuna occorrenza. Questo a fronte di una modesta prevalenza di utenti SerT nella classe 16-20 anni (18%) e una percentuale quasi doppia per i CEART, nella stessa fascia di anni di dipendenza (34,4%).

Tabella 6.5
Distribuzione (N e %) per anni di dipendenza e tipo di ente

Anni di dipendenza (classi)	AUSL		CEART		Totale	
	N	%	N	%	N	%
0-5	26	18,7	0	0,0	26	15,2
6-10	28	20,1	9	28,1	37	21,6
11-15	25	18,0	5	15,6	30	17,5
16-20	25	18,0	11	34,4	36	21,1
21-30	24	17,3	6	18,8	30	17,5
31 e più	11	7,9	1	3,1	12	7,0
<i>Mancante</i>	7	--	1	--	8	--
Totale	146	100	33	100	179	100

6.4 Valutazione ed esito degli interventi

6.4.1 Uso di sostanze

L'uso di almeno una sostanza nel mese precedente all'inizio dell'intervento ha riguardato il 28,5% del campione (**Tabella 6.6**). Come ci aspettavamo, l'uso recente di droghe ha coinvolto prevalentemente gli interventi socio-terapeutici con il 32% circa dei soggetti, seguiti dalle esperienze formative e dagli inserimenti lavorativi (rispettivamente con il 29% ed il 21,3%).

Le sostanze più frequentemente assunte sono state in ordine: alcol, cannabis, cocaina ed eroina (dati non mostrati).

Tabella 6.6
Prevalenza d'uso di almeno una sostanza nei 30 giorni precedenti all'inizio del progetto per tipo di intervento

Uso ultimi 30 giorni	Tipo di intervento							
	Esp. formativa e di qualif. prof.le		Inserim. lavorativo		Inserim. socio-terapeutico		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Almeno una sostanza	11	28,9	10	21,3	30	31,9	51	28,5

Per quanto riguarda l'uso di droghe almeno una volta durante l'intervento, questo ha coinvolto quasi la metà degli interventi (48% sul totale) e, in particolar modo, quelli realizzati dai SerT (51,4%). Per i soggetti in carico negli Enti ausiliari aderenti al CEART, l'uso di droghe ha riguardato un intervento su tre (33,3%). Non sono state rilevate differenze tra le tre tipologie di intervento.

Le sostanze maggiormente utilizzate sono risultate essere le stesse della precedente analisi, ma con un ordine lievemente differente: alcol, eroina, cannabis e cocaina (dati non mostrati).

Oltre all'uso di sostanze, è stato rilevato anche il numero di ricadute eventualmente avvenute durante lo svolgimento del progetto. In oltre la metà delle schede (55%), ove questa domanda è stata compilata, non si sono verificate ricadute (**Tabella 6.7**), mentre nel 23,7% circa si sono verificati da uno a tre episodi. Nel restante 20% circa sono stati riportati un numero più alto di recidive. Per i due enti coinvolti le principali differenze si riscontrano agli estremi, vale a dire nei casi di nessuna ricaduta: (51,4% nei SerT e 70% negli Enti ausiliari) e di 11 ricadute ed oltre (15% nei SerT e 3% negli Enti ausiliari).

Tabella 6.7
Distribuzione (N e %) degli episodi di ricaduta avvenuti durante l'intervento per tipologia di ente

Numero episodi ricadute	AUSL		CEART		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Nessuna	72	51,4	23	69,7	95	54,9
Da 1 a 3	35	25,0	6	18,2	41	23,7
Da 4 a 10	12	8,6	3	9,1	15	8,7
11 e oltre	21	15,0	1	3,0	22	12,7
<i>Mancante</i>	6	--	0	--	6	--
Totale	146	100	33	100	179	100

In **Tabella 6.8** viene riportato anche il numero medio di ricadute per tipologia di intervento. Nelle esperienze formative le ricadute si sono verificate con minor frequenza, il numero medio è infatti di 2,7 episodi. Negli inserimenti lavorativi e socio-terapeutici queste hanno raggiunto un numero medio rispettivamente di 4,7 e di 3,8. Ciò può in parte essere dovuto anche ad una minor durata delle esperienze formative rispetto agli altri due percorsi previsti dal progetto (vedi di seguito).

Tabella 6.8
Numero medio di ricadute per tipo di intervento ed ente

Tipo intervento	AUSL	CEART	TOTALE
Esperienza formativa	3,3	0,5	2,7
Inserimento lavorativo	5,9	1,5	4,7
Inserimento socio-terapeutico	4,3	0,8	3,8

Gli episodi di ricaduta sono stati osservati anche in funzione della durata media degli interventi (**Figura 6.3**). A tal proposito si osserva una bassa frequenza di ricadute negli interventi più lunghi (da 13 a 24 mesi), in cui il 14,3% di questi riportano da 1 a 3 ricadute ed il restante 85,7% nessuna ricaduta.

Le schede rilevavano anche l'eventuale consumo di alcolici, sia nei 30 giorni prima dell'inizio dell'intervento sia nei 30 giorni che precedevano la fine dello stesso. Per quanto riguarda l'inizio della misura, l'uso di alcolici ha riguardato nel 17% circa dei casi il consumo di vino, nel 20% di birra e nel 5,6% di superalcolici. Relativamente al momento della chiusura del progetto, le prevalenze d'uso sono risultate essere tutte più basse. Tale consumo è stato riportato per il vino nel 13,4% degli interventi, per la birra nel 18% circa e per il superalcolici nel 4,5% (dati non mostrati).

6.4.2 Esito finale

Il 60% (n=107) degli interventi attivati si sono conclusi come previsto, il 18% circa sono stati ulteriormente prolungati e i restanti si sono interrotti. La scelta di prolungare gli interventi ha riguardato più da vicino i Servizi pubblici con il 20,5% delle proroghe sul totale, a fronte del 6% nei CEART. Per contro, gli Enti ausiliari hanno riportato una percentuale più alta rispetto ai SerT di interventi conclusi (70% vs 57,5%) (**Figura 6.4**).

Tra le AUSL con le più alte percentuali di interventi conclusi troviamo quella di Viareggio e quella di Empoli (rispettivamente con il 73,3% ed il 70%); mentre tra quelle con il più alto numero di interventi interrotti troviamo la AUSL 9 di Grosseto (44,4%) seguita da quella di Lucca (33,3%). Pistoia e Firenze, entrambe con il 50%, detengono il primato delle AUSL con la maggior frequenza di interventi prolungati (**Tabella 6.9**).

Figura 6.3
Distribuzione percentuale delle ricadute secondo la durata media degli interventi effettuati

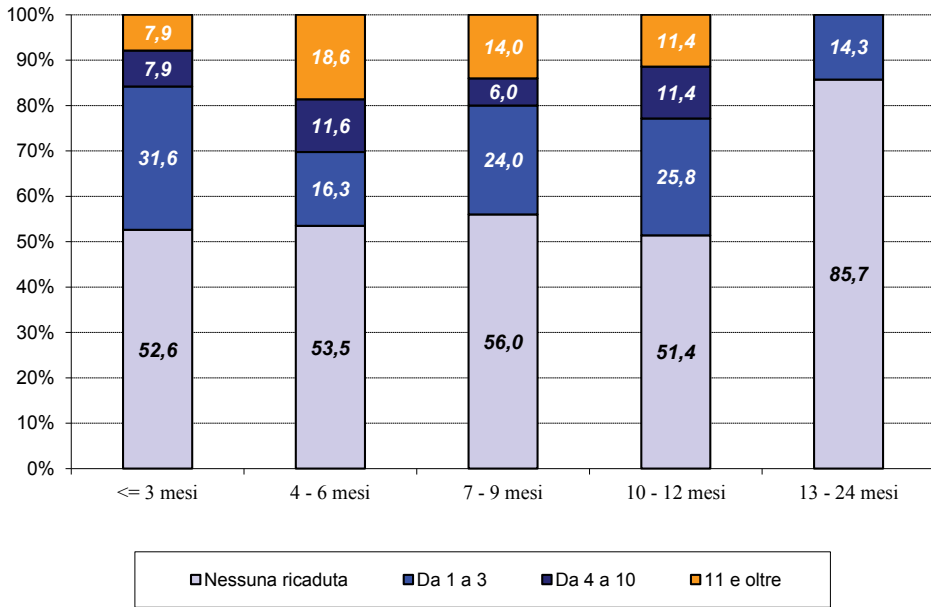


Figura 6.4
Distribuzione percentuale degli interventi completati, interrotti e prolungati suddivisi per tipo di ente

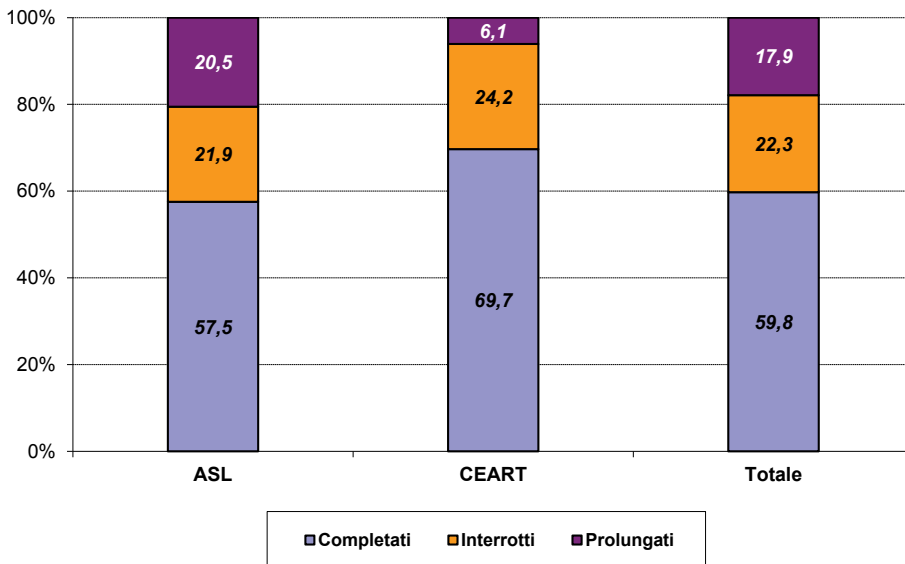


Tabella 6.9
Distribuzione (N e %) degli interventi secondo l'esito e la AUSL

Ente	Completati		Interrotti		Prolungati		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1-MS	13	68,4	5	26,3	1	5,3	19	100,0
2-LU	6	50,0	4	33,3	2	16,7	12	100,0
3-PT	4	33,3	2	16,7	6	50,0	12	100,0
4-PO	7	58,3	2	16,7	3	25,0	12	100,0
5-PI	7	58,3	3	25,0	2	16,7	12	100,0
6-LI	11	68,8	4	25,0	1	6,3	16	100,0
AUSL 7-SI	5	100,0	0	0,0	0	0,0	5	100,0
8-AR	7	58,3	3	25,0	2	16,7	12	100,0
9-GR	1	11,1	4	44,4	4	44,4	9	100,0
10-FI	5	41,7	1	8,3	6	50,0	12	100,0
11-Emp	7	70,0	2	20,0	1	10,0	10	100,0
12-Viar.	11	73,3	2	13,3	2	13,3	15	100,0
Tot. AUSL	84	57,5	32	21,9	30	20,5	146	100,0

La durata media degli interventi effettuati si attesta sui 7,2 mesi con alcune differenze per tipologia di interventi e di esito finale (**Tabella 6.10**). Gli inserimenti lavorativi, con una media di 8 mesi per intervento, risultano essere quelli più lunghi, seguiti dagli inserimenti socio-terapeutici e dalle esperienze formative (rispettivamente con una durata media di 7,3 mesi e 5,9 mesi). Come era prevedibile, inoltre, la durata dei progetti è stata caratterizzata dall'esito finale, pertanto le misure più veloci sono risultate essere quelle interrotte e le più lunghe quelle prolungate.

Tabella 6.10
Distribuzione (media e N) della durata media per tipo di intervento ed esito

Tipo di intervento	COMPLETATI		INTERROTTI		PROLUNGATI		Totale	
	Media mesi	N	Media mesi	N	Media mesi	N	Media mesi	N
Esp. Formativa e di qualif. prof.le	6,3	26	2,5	7	8,5	5	5,9	38
Inserimento lavorativo	8,3	25	6,2	15	10,4	7	8,0	47
Inserimento socio-terapeutico	7,4	56	5,8	18	8,6	20	7,3	94
Totale	7,3	107	5,4	40	9,0	32	7,2	179

Tabella 6.11
Distribuzione (N e %) degli interventi secondo la tipologia di conclusione e il tipo di intervento

Esito	Tipologia di conclusione	Tipo di intervento						Totale	
		Esp. formativa e di qualif. prof.le		Inserim. lavorativo		Inserim. socio-terapeutico		N	%
		N	%	N	%	N	%		
Conclusi positivamente	Completati	26	81,3	25	67,6	56	70	107	71,8
	Prolungati	5	15,6	7	18,9	20	25	32	21,5
	Ha trovato un lavoro presso l'ente dove ha effettuato l'intervento	1	3,1	3	8,1	2	2,5	6	4,0
	Ha trovato un lavoro presso ente diverso da quello in cui ha effettuato l'intervento	0	0,0	2	5,4	2	2,5	4	2,7
	Totale	32	100	37	100,0	80	100	149	100,0
Interrotti	Aggravamento o ricaduta nella dipendenza	1	16,7	3	30,0	5	36	9	30,0
	Non interesse al lavoro	0	0,0	1	10,0	1	7,1	2	6,7
	Aggravamento condizione di salute	2	33,3	1	10,0	1	7,1	4	13,2
	Aggravamento condizione detentiva	0	0,0	1	10,0	1	7,1	2	6,7
	Problemi in azienda	0	0,0	1	10,0	1	7,1	2	6,7
	Abbandono del programma	1	16,7	0	0,0	1	7,1	2	6,7
	Altro	2	33,3	3	30,0	4	29	9	30,0
	Totale	6	100,0	10	100,0	14	100,0	30	100,0

Per una migliore analisi e interpretazione degli esiti osservati sono state raccolte le diverse tipologie di esito in due gruppi: i conclusi positivamente e gli interrotti, in cui tra i primi sono compresi gli interventi conclusi, i prolungati e gli interrotti che hanno riportato come causa una motivazione “positiva”, vale a dire costruttiva per il soggetto beneficiario. Tra queste motivazioni troviamo che è stato trovato un lavoro presso lo stesso o un diverso

Tabella 6.12
Distribuzione (N e %) degli interventi per tipo di esito e consumo di sostanze

Tipo di esito		Almeno una sostanza	Nessuna	Totale
CONCLUSI POSITIVAMENTE				
Completati	N°	49	58	107
	%	45,8	54,2	100,0
Prolungati	N°	12	20	32
	%	37,5	62,5	100,0
Ha trovato lavoro presso l'ente dove ha effettuato l'intervento	N°	2	4	6
	%	33,3	66,7	100,0
Ha trovato lavoro presso un ente diverso da quello dell'intervento	N°	2	2	4
	%	50,0	50,0	100,0
INTERROTTI				
Aggravamento o ricaduta nella dipendenza	N°	8	1	9
	%	88,9	11,1	100,0
Non interesse al lavoro	N°	2	0	2
	%	100,0	0,0	100,0
Aggravamento condizione di salute	N°	2	2	4
	%	50,0	50,0	100,0
Aggravamento condizione detentiva	N°	2	0	2
	%	100,0	0,0	100,0
Problemi in Azienda	N°	1	1	2
	%	50,0	50,0	100,0
Abbandono del programma	N°	1	1	2
	%	50,0	50,0	100,0
Altro	N°	5	4	9
	%	55,6	44,4	100,0

ente da quello in cui è stato effettuato l'intervento ed il trasferimento in altra città per motivi lavorativi, relazionali o familiari. Nel secondo gruppo sono invece raggruppati tutti gli interventi interrotti per una delle cause negative (dipendenza, malattie, problemi in Azienda ed altri problemi personali). Questo lavoro è stato effettuato anche attraverso la lettura dei commenti e delle note presenti nelle schede di rilevazione.

Secondo questa nuova classificazione sono in tutto 149 gli interventi conclusi positivamente, pari all'83,2% del campione (+8 punti percentuali rispetto alla precedente sperimentazione) (**Tabella 6.11**). Infatti, agli interventi conclusi sono stati aggiunti i 32 interventi che sono stati prolungati e gli interventi che si sono interrotti per motivazioni costruttive inerenti al lavoro, all'autonomia personale e/o alle relazioni familiari. Di questi, il 71% sono conclusi, il 21,5% prorogati e in quasi il 7% dei casi si tratta di persone che hanno trovato un lavoro e che quindi hanno deciso di abbandonare la misura loro assegnata. La tipologia di intervento con la più alta prevalenza di interventi conclusi

positivamente è quella dell'inserimento socio-terapeutico (85,1%), seguita dalle esperienze formative e dagli inserimenti lavorativi con rispettivamente l'84% ed il 79% circa.

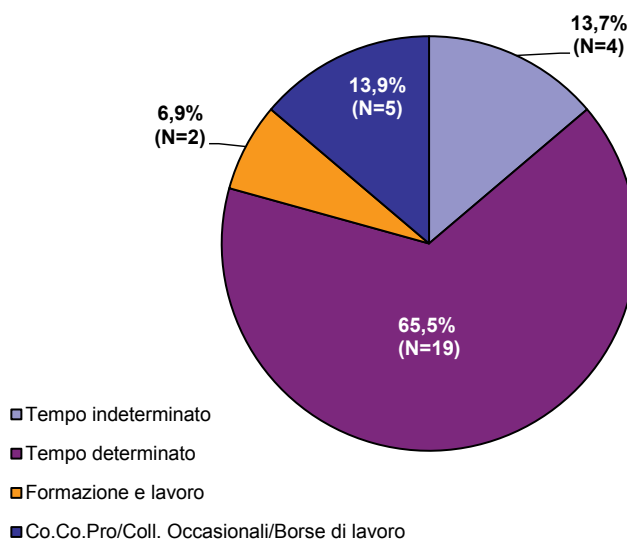
Tra le cause più frequenti di interruzione dell'intervento ritroviamo l'aggravamento o ricaduta nella dipendenza o l'aggravamento delle condizioni di salute.

Andando inoltre ad osservare come si distribuisce il consumo di sostanze per tipo di esito conseguito, è interessante osservare che, tra gli interventi conclusi positivamente, questo comportamento si è verificato nel 46% di coloro che hanno completato il percorso come previsto e nel 37,5% di coloro cui è stato prolungato (**Tabella 6.12**).

Come atteso, l'uso di sostanze è risultato molto più diffuso negli interventi interrotti. L'aggravamento della dipendenza, della condizione detentiva e il non interesse al lavoro sono le cause di interruzione in cui l'uso di sostanze ha riguardato tutti i soggetti; mentre per l'abbandono del programma, i problemi in Azienda e l'aggravamento delle condizioni di salute, gli utenti che hanno assunto sostanze sono risultati pari alla metà (**Tabella 6.12**).

I percorsi attivati hanno talvolta anche prodotto degli esiti in termini contrattuali. Hanno infatti ottenuto un contratto di lavoro il 16,7% del totale delle persone coinvolte (n=30) (dato non mostrato), quasi 4 punti percentuali in meno rispetto alla precedente edizione del progetto. Un risultato tuttavia importante, se teniamo conto dell'attuale congiuntura economica. Tra questi casi, la più diffusa forma contrattuale utilizzata è stata il contratto a tempo determinato con il 65,5%. Il contratto a tempo indeterminato si attesta al 13,7%, quasi a pari merito con le altre forme contrattuali temporanee (co. co.pro, borse lavoro ecc.) che raggiungono il 13,9%, infine nel 7% circa si è stipulato un contratto di formazione e lavoro (**Figura 6.5**).

Figura 6.5
Distribuzione (N e %) delle tipologie di contratto attivate a seguito degli interventi condotti



Come atteso, il contratto a tempo indeterminato è stato maggiormente adottato negli inserimenti lavorativi (75%); mentre quello a tempo determinato è risultato molto presente negli interventi socio-terapeutici con il 58% circa (**Tabella 6.13**).

Tabella 6.13

Distribuzione (N e %) degli esiti finali in termini contrattuali degli interventi condotti per tipologia di intervento

Tipo di intervento	Tempo indeterminato		Tempo determinato		Formazione e lavoro		Co.Co.Pro/Coll. occasionali/Borse di lavoro	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Esp. formativa e di qualif. prof.le	0	0,0	1	5,3	1	50,0	1	20,0
Inserim. lavorativo	3	75,0	7	36,8	1	50,0	2	40,0
Inserim. socio-terapeutico	1	25,0	11	57,9	0	0,0	2	40,0
Totale	4	100,0	19	100,0	2	100,0	5	100,0

6.4.3 Valutazione degli interventi

La scheda post-intervento prevedeva tre sezioni, ognuna con una specifica batteria di domande che indagavano sui comportamenti e regole durante l'intervento, gli aspetti emotivo-relazionali e l'organizzazione dell'attività. Da queste sono stati computati i punteggi per poter valutare l'andamento dell'intervento effettuato. Come anticipato nella sezione degli strumenti e metodi, i punteggi sono stati calcolati assegnando un numero progressivo alle modalità delle risposte (direttamente proporzionale all'aumento della positività delle stesse). Per ognuna delle tre sezioni, la sommatoria è stata suddivisa in tre livelli: basso, medio e alto. Di seguito sono riportati i risultati di queste operazioni di *scoring* (**Tabella 6.14**).

Per quanto riguarda la sezione sui comportamenti e regole da seguire, è risultata una valutazione complessiva piuttosto positiva. Infatti, in quasi il 50% dei casi è stato calcolato un punteggio alto. Tale punteggio arriva fino al 56% circa negli interventi conclusi positivamente e scende al 20% in quelli interrotti.

L'ambito degli aspetti emotivo-relazionali si attesta su punteggi un po' più bassi rispetto alla precedente sezione. La valutazione con punteggio medio è stata calcolata nel 47,5% del campione. Per il 27% circa degli interventi è stata attribuita una valutazione alta e per il 26% circa bassa. Anche per questa sezione vi sono evidenti differenze a seconda dell'esito dell'intervento.

Anche sull'organizzazione dell'attività sono risultate valutazioni intermedie, con percentuali simili alle precedenti. Da evidenziare, tuttavia, il dato relativo agli interventi interrotti che, per il 70%, si concentra nella categoria di punteggio bassa.

Tabella 6.14
Distribuzione (N e %) dei punteggi assegnati ai percorsi per ente ed esito dell'intervento -
Sezioni A, B e C

Sezione scheda	Punteggio	Conclusi positivamente		Interrotti		Totale	
		N	%	N	%	N	%
A – Comportamenti e regole durante l'intervento	Basso	24	16,1	12	40,0	36	20,1
	Medio	42	28,2	12	40,0	54	30,2
	Alto	83	55,7	6	20,0	89	49,7
	Totale	149	100	30	100	179	100
B – Aspetti emotivo relazionali	Basso	29	19,5	17	56,7	46	25,7
	Medio	76	51,0	9	30,0	85	47,5
	Alto	44	29,5	4	13,3	48	26,8
	Totale	149	100	30	100	179	100
C – Organizzazione dell'attività	Basso	30	20,1	21	70,0	51	28,5
	Medio	72	48,3	8	26,7	80	44,7
	Alto	47	31,5	1	3,3	48	26,8
	Totale	149	100	30	100	179	100

La sezione sull'autonomia personale era stata costruita in modo da poter essere compilata e, dunque confrontata, sia nella scheda pre- che post-intervento. Qui il punteggio è stato calcolato in base all'entità delle differenze tra i punteggi ottenuti nelle due suddette schede.

In generale, i risultati mostrano una tendenza al miglioramento (Tabella 6.15). Infatti, il 57,5% dei casi riporta tale risultato. Come per i punteggi delle precedenti sezioni, si rileva una differenza di valutazione finale tra gli interventi conclusi positivamente e quelli interrotti. Nei primi, infatti, si registra una percentuale di miglioramento post-intervento di circa il 62% dei casi, mentre, tra gli interrotti, tale valutazione è risultata solo per poco più di un terzo di essi.

Tabella 6.15
Distribuzione (N e %) dei punteggi assegnati ai percorsi per ente ed esito dell'intervento -
Sezione "Autonomia personale" - Confronto PRE e POST

Sezione scheda	Punteggio	Conclusi positivamente		Interrotti		Totale	
		N	%	N	%	N	%
Autonomia personale	Peggioramento	34	22,8	11	36,7	45	25,1
	Nessuna variazione	23	15,4	8	26,7	31	17,3
	Miglioramento	92	61,7	11	36,7	103	57,5
	Totale	149	100	30	100	179	100

Infine, in **Tabella 6.16** vengono presentate le distribuzioni delle valutazioni complessive espresse dai *case-manager* sugli interventi condotti. In linea generale questi giudizi sembrano essere piuttosto rassicuranti. Infatti, in oltre il 90% dei casi gli operatori hanno definito l'esperienza positiva o parzialmente positiva. Tuttavia, il 9% delle valutazioni è stato definito negativo o parzialmente negativo.

Tabella 6.16
Distribuzione (N e %) delle valutazioni complessive degli interventi condotti per ente e tipologia dell'intervento

Ente	Valutazione complessiva <i>case-manager</i>	N	%
AUSL	Positiva	105	71,9
	Parzialmente positiva	28	19,2
	Parzialmente negativa	7	4,8
	Negativa	6	4,1
	Totale	146	100,0
CEART	Positiva	20	60,6
	Parzialmente positiva	10	30,3
	Parzialmente negativa	2	6,1
	Negativa	1	3,0
	Totale	33	100,0
Totale	Positiva	125	69,8
	Parzialmente positiva	38	21,2
	Parzialmente negativa	9	5,0
	Negativa	7	4,0
	Totale	179	100,0

Allegati

I - Questionario EDIT Web 2013



STILI DI VITA E COMPORAMENTI ALLA GUIDA

Il questionario che ti presentiamo ha come finalità quella di individuare alcuni cambiamenti comportamentali che si sono verificati, negli ultimi anni, nello stile di vita dei ragazzi della tua età e non solo.

L'obiettivo principale che ci siamo posti è quello di indagare soprattutto i comportamenti legati alla guida e, di conseguenza, indagare la possibilità di incorrere in incidenti stradali.

Data l'importanza di questo problema, chiediamo la tua collaborazione per poter conoscere, anche attraverso le tue abitudini quotidiane, come i ragazzi si comportano in alcune circostanze offrendoci così la possibilità di monitorarle nel tempo.

Il questionario che stai per compilare, trattando dati personali, **è rigorosamente anonimo** (nel rispetto della legge sulla privacy).

Ovviamente, data la rilevanza del tema trattato, ti chiediamo di rispondere nel modo più preciso possibile alle varie domande ma, nel caso in cui tu non desideri farlo, non ci sono problemi.

SUGGERIMENTI UTILI PER LA COMPILAZIONE

Tutte le domande in cui è prevista più di una risposta ti verranno indicate, nelle restanti - dove non trovi nessuna segnalazione - metti una sola crocetta sulla risposta che rispetta maggiormente le tue abitudini di vita.

Ti ringraziamo fin da adesso per la tua cortese collaborazione.

Studio realizzato nell'ambito del progetto EDIT
(Epidemiologia dei Determinanti dell'Infortunistica stradale in Toscana)

INFORMAZIONI GENERALI

1 Scuola: _____ Classe ____ Sezione ____

2 Sesso Maschio Femmina

3 Età (*In anni compiuti*)

- 13 anni
- 14 anni
- 15 anni
- 16 anni
- 17 anni
- 18 anni
- 19 anni
- 20 anni
- 21 anni o più

4 Provincia di residenza

- Arezzo
- Firenze
- Grosseto
- Livorno
- Lucca
- Massa Carrara
- Pisa
- Pistoia
- Prato
- Siena
- Fuori Toscana
- Non so

5 Se in Toscana: Comune di residenza _____

6 I tuoi genitori sono divorziati (separati)?

- SI
- NO
- Non so

7 Nel corso dei tuoi studi hai mai dovuto ripetere almeno un anno?

- SI
- NO
- Non so

ABITUDINE AL GIOCO D'AZZARDO

8 Nel corso della tua vita, hai mai giocato o scommesso per soldi (es. gratta e vinci, snai, totocalcio, cavalli, poker machine, ecc.) ?

- SI
 NO
 Non ricordo

Se la risposta è **NO** passa alla domanda **N° 11**

8.1 Se **SI**, che tipo di giochi o scommesse hai fatto?

TIPO DI GIOCO	FREQUENZA DI GIOCO						LUOGO
	Mai	Meno di 1 volta al mese	2-3 volte al mese	1-2 volte sett	3-6 volte sett	Tutti i giorni o quasi	
SuperEnalotto							<input type="checkbox"/> Ricevitorie <input type="checkbox"/> Internet
Lotto							<input type="checkbox"/> Ricevitorie <input type="checkbox"/> Internet
Scommesse sportive legali e non (calcio, basket, volley, tennis, auto, moto)							<input type="checkbox"/> Sale da gioco <input type="checkbox"/> Internet
Scommesse su altri eventi							<input type="checkbox"/> Sale da gioco <input type="checkbox"/> Internet
Totocalcio, Totogol e simili							<input type="checkbox"/> Ricevitorie <input type="checkbox"/> Internet
Gratta e Vinci							
Bingo							
Carte e dadi (per soldi)							<input type="checkbox"/> In casa <input type="checkbox"/> Sale da gioco <input type="checkbox"/> Internet
Casinò legali e non							<input type="checkbox"/> Sale da gioco <input type="checkbox"/> Internet
Poker on-line							
Poker texano							<input type="checkbox"/> Sale da gioco <input type="checkbox"/> Internet
Slot machine, New Slot, video poker, altre...							<input type="checkbox"/> Sale da gioco / bar <input type="checkbox"/> Internet
Biliardo o altro gioco di abilità							

9 Ti è capitato di dover tenere nascosta l'entità di denaro che spendi per il gioco alle persone che ti stanno più vicine (famillari, amici, ecc...)?

- SI
 NO
 Non ricordo

10 Hai mai sentito l'impulso di giocare somme sempre maggiori di denaro?

- SI
 NO
 Non ricordo

FUMO

11 Nel corso della tua vita, hai mai PROVATO a fumare sigarette?

- SI
- NO

Se la risposta è NO passa alla domanda N° 14

11.1 Se sì, attualmente fumi sigarette?

- NO, ma per un periodo le fumavo
- NO, non ho mai fumato con regolarità
- SI, ma soltanto in occasioni particolari
- SI, chiedo qualche tiro/sigaretta agli amici
- SI, le compro regolarmente
- Non so

Se non le compri regolarmente vai alla domanda N° 14

12 Se fumi con una certa regolarità, quante sigarette fumi al giorno?

- Meno di 1
- da 1 a 5
- da 6 a 10
- da 11 a 15
- da 16 a 20
- da 21 a 25
- da 26 a 30
- Più di 30
- Non so

13 A quanti anni hai cominciato a fumare con una certa regolarità?

- Prima dei 12 anni
- 12 anni
- 13 anni
- 14 anni
- 15 anni
- 16 anni
- 17 anni
- 18 anni
- 19 anni
- 20 anni
- 21 anni o più
- Non so

BEVANDE ALCOLICHE

14 Nella tua vita, hai mai bevuto vino?

- SI
- NO

15 Nella tua vita, hai mai bevuto birra?

- SI
- NO

16 Nella tua vita, hai mai bevuto aperitivi e spumanti?

- SI
- NO

17 Nella tua vita, hai mai bevuto superalcolici (compresi i long drinks)?

- SI
- NO

18 Nella tua vita, hai mai bevuto alcol-pops (Bacardi Breezer, Campari Mix, ...)?

- SI
- NO

*Se **non** hai mai bevuto nessun tipo di bevanda alcolica passa alla domanda **N° 22***

19 Nel corso dell'ultimo anno, ti è capitato di ubriacarti almeno una volta?

- SI
- NO
- Non ricordo

*Se la risposta è **NO** passa alla domanda **N° 20***

19.1 Se la risposta è **SI**, in quest'ultimo anno, quante volte ti è capitato?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 o più
- Non ricordo

20 In quest'ultimo mese, ti è capitato di aver bevuto 5 o più bicchieri (di vino), bicchierini (di liquori) o lattine (di birra) o long drinks in un'unica occasione?

- SI
- NO
- Non ricordo

*Se la risposta è **NO** passa alla domanda **N° 21***

20.1 Se la risposta è **SI**, quante volte ti è capitato?

- 1
- 2
- da 3 a 5
- da 6 a 9
- 10 o più
- Non ricordo

21 Adesso ripensa ai sette giorni appena trascorsi, in che quantità hai bevuto una delle seguenti bevande? (ad esempio, se oggi è mercoledì, cerca di ricostruire il tuo consumo fino a mercoledì della settimana passata)

BEVANDA	L U N E D Ì	M A R T E D Ì	M E R C O L E D Ì	G I O V E D Ì	V E N E R D Ì	S A B A T O	D O M E N I C A
Vino <i>(bicchieri)</i>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Non Ricordo	<input type="checkbox"/> Non Ricordo	<input type="checkbox"/> Non Ricordo	<input type="checkbox"/> Non Ricordo	<input type="checkbox"/> Non Ricordo	<input type="checkbox"/> Non Ricordo	<input type="checkbox"/> Non Ricordo	<input type="checkbox"/> Non Ricordo
Birra <i>(lattine/boccali)</i>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Non Ricordo	<input type="checkbox"/> Non Ricordo	<input type="checkbox"/> Non Ricordo	<input type="checkbox"/> Non Ricordo	<input type="checkbox"/> Non Ricordo	<input type="checkbox"/> Non Ricordo	<input type="checkbox"/> Non Ricordo	<input type="checkbox"/> Non Ricordo
Aperitivi / spumanti <i>(bicchieri)</i>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Non Ricordo	<input type="checkbox"/> Non Ricordo	<input type="checkbox"/> Non Ricordo	<input type="checkbox"/> Non Ricordo	<input type="checkbox"/> Non Ricordo	<input type="checkbox"/> Non Ricordo	<input type="checkbox"/> Non Ricordo	<input type="checkbox"/> Non Ricordo
Superalcolici <i>(bicchierini)</i> e long drinks	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Non Ricordo	<input type="checkbox"/> Non Ricordo	<input type="checkbox"/> Non Ricordo	<input type="checkbox"/> Non Ricordo	<input type="checkbox"/> Non Ricordo	<input type="checkbox"/> Non Ricordo	<input type="checkbox"/> Non Ricordo	<input type="checkbox"/> Non Ricordo
Alcol-pops <i>(bottigliette)</i>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Non Ricordo	<input type="checkbox"/> Non Ricordo	<input type="checkbox"/> Non Ricordo	<input type="checkbox"/> Non Ricordo	<input type="checkbox"/> Non Ricordo	<input type="checkbox"/> Non Ricordo	<input type="checkbox"/> Non Ricordo	<input type="checkbox"/> Non Ricordo

SOSTANZE PSICOTROPE

22 Nel corso della tua vita, hai mai usato, almeno una volta, le seguenti sostanze? (dai una risposta per ogni sostanza)

SOSTANZE	SI	NO
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amfetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allucinogeni/LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GHB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funghi allucinogeni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inalanti volatili (popper)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eroina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ketamina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anabolizzanti steroidi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farmaci o psicofarmaci assunti non per motivi di salute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smart drugs (per es. Salvia Divinorum, Amanita etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Se la risposta è **NO** per tutte le sostanze passa alla domanda **N° 28***

23 Negli ultimi dodici mesi, hai mai usato, almeno una volta, le seguenti sostanze? (dai una risposta per ogni sostanza)

SOSTANZE	SI	NO
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amfetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allucinogeni/LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GHB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funghi allucinogeni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inalanti volatili (popper)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eroina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ketamina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anabolizzanti steroidi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farmaci o psicofarmaci assunti non per motivi di salute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smart drugs (per es. Salvia Divinorum, Amanita etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Se la risposta è **NO** per tutte le sostanze passa alla domanda **N° 26***

24 Negli ultimi trenta giorni, hai mai usato, almeno una volta, le seguenti sostanze? (dai una risposta per ogni sostanza)

SOSTANZE	SI	NO
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amfetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allucinogeni/LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GHB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funghi allucinogeni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inalanti volatili (popper)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eroina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ketamina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anabolizzanti steroidi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farmaci o psicofarmaci assunti non per motivi di salute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smart drugs (per es. <i>Salvia Divinorum</i> , <i>Amanita</i> etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se la risposta è **NO** per tutte le sostanze passa alla domanda **N° 26**

25 Negli ultimi trenta giorni, quante volte hai usato una delle seguenti sostanze?

SOSTANZE	Tutti i Giorni	Qualche giorno la settimana	Almeno un giorno la settimana	Meno di un giorno la settimana	Mai negli ultimi trenta giorni	Non Ricordo
Cannabis						
Ecstasy						
Amfetamine						
Allucinogeni/LSD						
Cocaina						
GHB						
Funghi allucinogeni						
Inalanti volatili (popper)						
Eroina						
Ketamina						
Crack						
Anabolizzanti steroidi						
Farmaci o psicofarmaci assunti non per motivi di salute						
Smart drugs (per es. <i>Salvia Divinorum</i> , <i>Amanita</i> etc.)						
Altro						

26 Nel corso della tua vita, qual è stata la prima sostanza che hai usato? (indica soltanto la prima)

- Cannabis
- Ecstasy
- Amfetamine
- Allucinogeni/LSD
- Cocaina
- GHB
- Funghi allucinogeni
- Inalanti volatili (popper)
- Eroina
- Ketamina
- Crack
- Anabolizzanti steroidi
- Farmaci o psicofarmaci assunti non per motivi di salute
- Smart drugs (per es. *Salvia Divinorum*, *Amanita* etc.)
- Altro
- Non ricordo

27 Quanti anni avevi quando l'hai usata la prima volta?

- Meno di 9 anni
- 9 anni
- 10 anni
- 11 anni
- 12 anni
- 13 anni
- 14 anni
- 15 anni
- 16 anni
- 17 anni
- 18 anni
- 19 anni o più
- Non ricordo

GUIDA

28 Hai la patente? (ciclomotore/scooter, motocicletta, auto)

- SI
- NO

Se la risposta è NO passa alla domanda N° 29

28.1 Se la risposta è SI, che tipo di patente hai?

- Ciclomotore/Scooter (fino a 50 cc "patentino")
- Ciclomotore/Scooter (oltre 50 cc)
- Motocicletta (oltre 50 cc)
- Auto
- Altro

29 Pensa alle tue abitudini quotidiane, con che frequenza guidi un mezzo tra: CICLOMOTORE/SCOOTER/MOTOCICLETTA/AUTO

- Tutti i giorni o quasi
- Qualche giorno la settimana
- Una volta a settimana o meno
- Mai o quasi mai
- Non so

29.1 Nel corso della tua vita, hai mai avuto incidenti stradali mentre eri alla guida di un **MEZZO** (CICLOMOTORE/SCOOTER/MOTOCICLETTA/AUTO) ?

- SI
- NO
- Non ricordo

*Se la risposta è **NO** passa alla domanda **N° 30***

29.2 Se la risposta è **SI**, quante volte?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 o più
- Non ricordo

29.3 Quante volte, a seguito di questi incidenti, sei dovuto ricorrere al Pronto Soccorso ma senza essere ricoverato?

- Mai
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 o più
- Non ricordo

29.4 Quante volte, sempre a seguito di questi incidenti, sei stato ricoverato in ospedale?

- Mai
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 o più
- Non ricordo

30 Nell'ultima settimana, quante volte hai guidato parlando al cellulare senza auricolare?

- Mai
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 o più
- Non ricordo

31 Nell'ultima settimana, quante volte hai guidato fumando una sigaretta?

- Mai
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 o più
- Non ricordo

32 Pensando all'ultimo anno, ti è mai capitato di guidare dopo aver bevuto un po' troppo?

- SI
 NO
 Non ricordo

Se non l'hai mai fatto passa alla domanda N° 33

32.1 Se la risposta è SI, quante volte?

- Mai
 1
 2
 3
 4
 5 o più
 Non ricordo

33 Nell'ultimo anno, ti è mai capitato di guidare dopo aver usato sostanze stupefacenti?

- SI
 NO
 Non ricordo

Se non ti è mai capitato passa alla domanda N° 34

33.1 Se la risposta è SI, quante volte?

- 1
 2
 3
 4
 5 o più
 Non ricordo

34 Nell'ultimo anno, ti è mai capitato di salire su un'auto o una moto guidata da chi aveva bevuto un po' troppo?

- SI
 NO
 Non ricordo

Se la risposta è NO passa alla domanda N° 35

34.1 Se la risposta è SI, quante volte?

- 1
 2
 3
 4
 5 o più
 Non ricordo

35 Nell'ultimo anno, ti è mai capitato di salire su un'auto o una moto guidata da chi aveva usato sostanze stupefacenti?

- SI
 NO
 Non ricordo

Se la risposta è NO passa alla domanda N° 37

35.1 Se la risposta è SI, quante volte?

- 1
 2
 3
 4
 5 o più
 Non ricordo

36 Nel corso dell'ultimo anno, quante volte ti è capitato, in Italia, di essere stato sottoposto al controllo stradale per il tasso alcolemico? (respiro o prelievo di sangue)

- Mai
- 1
- 2
- 3
- Più di 3
- Non ricordo

37 In quest'ultimo anno, quante volte il mezzo su cui viaggiavi è stato fermato per controllare il tasso alcolemico del conducente? (compreso le volte in cui eri tu alla guida)

- Mai
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 o più
- Non ricordo

38 In quest'ultimo anno, quante volte il mezzo su cui viaggiavi è stato fermato per controllare l'assunzione di sostanze stupefacenti da parte del conducente?

- Mai
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 o più
- Non ricordo

BULLISMO

39 Nel corso dell'ultimo anno, hai mai subito prepotenze da un tuo coetaneo?

- SI
- NO
- Non ricordo

*Se la risposta è **NO** passa alla domanda **N° 40***

39.1 Se SI, che tipo di prepotenza hai subito e in quale luogo? (sono possibili più risposte)

	Fuori dalla scuola	All'interno della scuola	Nel luogo in cui mi ritrovo con gli amici	Altro
Prese in giro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scherzi pesanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esclusione dalle compagnie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Offese e insulti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minacce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Furti di oggetti di scarso valore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estorsione di denaro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggressioni fisiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALIMENTAZIONE

40 Con che frequenza consumi i seguenti cibi?

40.1 Frutta fresca

- 4 o più volte al giorno
- 2-3 volte al giorno
- 1 volta al giorno
- 5-6 volte a settimana
- 2-4 volte a settimana
- 1 volta a settimana
- Meno di 1 volta a settimana
- Mai
- Non so

40.2 Verdura cruda o cotta

- 4 o più volte al giorno
- 2-3 volte al giorno
- 1 volta al giorno
- 5-6 volte a settimana
- 2-4 volte a settimana
- 1 volta a settimana
- Meno di 1 volta a settimana
- Mai
- Non so

40.3 Pesce fresco o congelato

- Più volte al giorno
- 1 volta al giorno
- 5-6 volte a settimana
- 2-4 volte a settimana
- 1 volta a settimana
- Meno di 1 volta a settimana
- Mai
- Non so

40.4 Snack dolci e/o salati

- Più volte al giorno
- 1 volta al giorno
- 1 o più volte a settimana
- Meno di 1 volta a settimana
- Mai
- Non so

40.5 Bibite zuccherate e/o gassate (cola, aranciata, tè, succhi di frutta, ecc.)

- Più volte al giorno
- 1 volta al giorno
- 1 o più volte a settimana
- Meno di 1 volta a settimana
- Mai
- Non so

41 Quanto sei alto? cm:

42 Quanto pesi? Kg:

ATTIVITA' FISICA

43 In una settimana normale, quanti giorni svolgi attività fisica* per un totale di almeno un'ora al giorno?

- Non faccio mai attività fisica
- 1 giorno
- 2 giorni
- 3 giorni
- 4 giorni
- 5 giorni
- 6 giorni
- 7 giorni
- Non ricordo

** Si intende sport o altre forme di movimento fisico come andare in bicicletta, camminare di buon passo, correre.*

44 Nell'ultimo anno, hai praticato qualche attività sportiva?

- SI
- NO
- Non ricordo

Se la risposta è NO passa alla domanda N° 45

44.1 Se SI, quale sport hai praticato prevalentemente?

44.2 e con quale frequenza?

- Tutti i giorni o quasi
- 3-5 volte la settimana
- 1-2 volte la settimana
- 1-3 volte al mese
- Occasionalmente
- Mai
- Non ricordo

COMPORAMENTI SESSUALI

45 Hai già avuto un rapporto sessuale completo?

- SI
- NO
- Non ricordo

*Se la risposta è **NO** il questionario è **terminato**. Ti ringraziamo per la collaborazione*

45.1 Nella tua vita, con quante diverse persone hai avuto un rapporto sessuale completo?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6 o più
- Non ricordo

46 L'ultima volta che hai avuto un rapporto sessuale, tu o il/la tuo/a partner avete usato il profilattico?

- SI
- NO
- Non ricordo

*Se la risposta è **SI** il questionario è **terminato**. Ti ringraziamo per la collaborazione*

46.1 Se non lo usi è perché: (sono possibili più risposte)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mi dà fastidio durante il rapporto | <input type="checkbox"/> Mi Riduce la sensibilità | <input type="checkbox"/> E' complicato da usare |
| <input type="checkbox"/> Al partner non piace/non lo vuole | <input type="checkbox"/> Mi vergogno ad usarlo | <input type="checkbox"/> Provo imbarazzo a comprarli |
| <input type="checkbox"/> Sono troppo costosi | <input type="checkbox"/> Non sempre lo porto con me | <input type="checkbox"/> Uso altri anticoncezionali |
| <input type="checkbox"/> Penso che non serva a niente | <input type="checkbox"/> Mi fa allergia | <input type="checkbox"/> Altro |

Il questionario è terminato, ti ringraziamo per la collaborazione.

II - Questionario



Indagine sulle disuguaglianze di salute della popolazione ad alta marginalità sociale

NOTA SULLA PRIVACY E SUL CONSENSO ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO

La informiamo che il questionario sarà compilato su base volontaria, tutelando l'anonimato e la privacy di chi lo compila ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003.

Il questionario non contiene alcuna informazione che La identifichi. Certi che comprenderà anche Lei l'importanza di questa indagine, La preghiamo, se deciderà di compilare il questionario, di farlo rispondendo a tutte le domande. Lei può anche rifiutarsi di partecipare all'indagine, senza che questo influisca in alcun modo sulle prestazioni e le necessità per le quali si è rivolto a questo Servizio.

- INFORMAZIONI SOCIO-DEMOGRAFICHE -

Data di compilazione: ____/____/____

Operatore: _____

Questionario n.

Zona socio-sanitaria di compilazione: _____

Setting:

- Unità di strada (specificare luogo: _____)
- Drop in/Centro diurno accoglienza bassa soglia
- Centro ascolto
- Struttura residenziale (Centro Accoglienza residenziale a bassa soglia)

1. Sesso Maschio Femmina Transgender

2. Anno di nascita: _____

3. Luogo di nascita:

- Italia Europa dell'est Europa del Nord e occidentale
- Asia Africa America del nord
- America del sud Altro paese (specificare: _____)

4. Residenza anagrafica Sì No

a) Se Sì, dove: _____ (indicare città o paese con relativa provincia)

5. Area di provenienza (indicare l'ultima area geografica in cui la persona riferisce di aver vissuto):

- Toscana Nord Italia Centro Italia Sud Italia e Isole
- Paesi U.E. Altri Paesi europei America del nord America del sud
- Africa Asia Altro Paese (specificare: _____)

6. Se straniero:

a) da quanto tempo si trova in Italia?

- Meno di 1 mese Da 1 a 6 mesi da 6 a 12 mesi 1 anno e più

b) Documento posseduto

- Carta d'identità estera Passaporto Permesso di soggiorno
- Carta di soggiorno Nessun documento

7. Alloggio:

- Senza dimora (strada) Alloggio precario Edificio occupato Abitazione privata
 Centro di accoglienza Dormitorio Altro (specificare: _____)

8. Se senza dimora, da quanto:

- 1 – 6 mesi 6 mesi – 1 anno 1 – 2 anni
 2 – 5 anni Più di 5 anni

9. Patrimonio culturale:**a) Titolo di studio**

- Nessun titolo Licenza elementare Licenza media (*o avviamento professionale*)
 Diploma di scuola superiore Laurea I o II Livello

b) Anni di scolarizzazione

- Meno di 5 anni
 Tra 5 e 8 anni
 Tra 8 e 13 anni
 Più di 13 anni

10. Posizione lavorativa:

- Disoccupato Occupato/a a tempo indeterminato Occupato/a a tempo determinato
 Lavoratore stagionale o saltuario Lavoratore autonomo Inabile al lavoro
 Ritirato dal lavoro/pensionato/a In cerca di nuova/prima occupazione Inserimento lavorativo
 Inserimento socio-terapeutico Esperienza formativa e di qualificazione professionale
 Stage formazione Altro (specificare: _____)

11. Stato civile:

- Celibe/nubile Sposato/a (convivente) Separato/a, divorziato/a
 Vedovo/a Altro (specificare: _____)

12. Figli: non ha figli 1 2 3 4 o più

- DIPENDENZE -

PER IL COMPILATORE: In caso di persona che si dichiara alcol- e/o tossicodipendente compilare la seguente sezione:

13. Storia di abuso di sostanze: Sì No

14. Se SI specificare il tipo di sostanza primaria e gli anni di dipendenza (una sola risposta):

Sostanza primaria	N° di Anni
<input type="checkbox"/> Eroina	_____
<input type="checkbox"/> Cocaina	_____
<input type="checkbox"/> Alcol	_____
<input type="checkbox"/> Psicofarmaci	_____
<input type="checkbox"/> Altro	_____

15. Sostanza di abuso primaria attuale e modalità di assunzione (una sola risposta)::

Sostanza primaria	Modalità di assunzione
<input type="checkbox"/> Nessuna	_____
<input type="checkbox"/> Eroina	_____
<input type="checkbox"/> Cocaina	_____
<input type="checkbox"/> Alcol	_____
<input type="checkbox"/> Psicofarmaci	_____
<input type="checkbox"/> Altro	_____

16. Attualmente è in trattamento farmacologico presso un Servizio (per le dipendenze o alcolico)?

Sì No

a) Se SI, specificare il tipo di trattamento :
(sono possibili più risposte)

Trattamento
<input type="checkbox"/> Metadone
<input type="checkbox"/> Subutex (buprenorfina)
<input type="checkbox"/> Suboxone (buprenorfina+naloxone)
<input type="checkbox"/> Alcover
<input type="checkbox"/> Antabuse
<input type="checkbox"/> Psicofarmaci
<input type="checkbox"/> Altro

- STILI DI VITA -

17. Consumo di tabacco: Sì No Ex fumatore

a) Se Sì, indicare il numero di sigarette al giorno: _____

PER IL COMPILATORE: Da NON compilare in caso di persona che si dichiara alcolodipendente:

18. Consumo di alcol: Sì No

a) Se Sì, indicare la/e bevanda/e e il numero di bicchieri (boccali/bicchierini) al giorno di:

Bevanda	N° bicchieri/boccali/ bicchierini
<input type="checkbox"/> Vino	_____
<input type="checkbox"/> Birra	_____
<input type="checkbox"/> Aperitivi/spumanti	_____
<input type="checkbox"/> Amari	_____
<input type="checkbox"/> Superalcolici	_____

PER IL COMPILATORE: Da NON compilare in caso di persona che si dichiara tossicodipendente:

19. Uso di sostanze psicotrope legali e/o illegali: Sì No

a) **Uso di sostanze negli ultimi 30 giorni** (sono possibili più risposte):

Sostanze	Utilizzo		Frequenza			Modalità			
	SI	NO	Tutti i giorni	Almeno un giorno a settimana	Almeno una volta al mese	Sniffo	Fumo	Inietto	Ingoio
Allucinogeni/LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amfetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eroina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farmaci o psicofarmaci senza prescrizione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GHB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inalanti volatili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ketamina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metadone senza prescrizione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smart drugs (per es. <i>Salvia Divinorum</i> , <i>Amanita etc.</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Pratica del gioco d'azzardo: Sì No

a) Se SI, da quanto tempo (n° mesi): _____

b) Se SI specificare il tipo di giochi e quantità massima di denaro speso:

Giochi	SI	Quota in €
Biliardo o altro gioco di abilità	<input type="checkbox"/>	
Bingo	<input type="checkbox"/>	
Carte e dadi (<i>per soldi</i>)	<input type="checkbox"/>	
Casinò legali e non	<input type="checkbox"/>	
Concorsi a pronostico (Totocalcio, Totogol)	<input type="checkbox"/>	
Gratta e Vinci	<input type="checkbox"/>	
Lotterie nazionali	<input type="checkbox"/>	
Lotto	<input type="checkbox"/>	
Poker on-line	<input type="checkbox"/>	
Scommesse sui cavalli (<i>Tris, Totip</i>), cani o altri animali, legali e non	<input type="checkbox"/>	
Scommesse sportive (<i>calcio, basket, volley, tennis, auto, moto</i>) legali e non	<input type="checkbox"/>	
Slot machine, New Slot, poker machine, altre...	<input type="checkbox"/>	
SuperEnalotto	<input type="checkbox"/>	
Altro (specificare: _____)	<input type="checkbox"/>	

- COMPORTAMENTI, STATO DI SALUTE E UTILIZZO DEI SERVIZI SANITARI -

21. Negli ultimi 12 mesi ha avuto rapporti sessuali?

Sì No Non ricordo Non rispondo

a) Se Sì, indicare il numero di partner: _____

22. Uso del profilattico nei rapporti sessuali

Sì, sempre Sì, solo con il partner extra-coniugale (o occasionale)
 Sì, solo con il partner stabile No, mai Non risponde

23. Si è mai sottoposto/a al test per:

Tipo di test	No	Sì, meno di 6 mesi	Sì, tra 6 e 12 mesi fa	Sì, oltre 1 anno fa
<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> HBV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> HCV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Principali patologie riferite (Sono incluse patologie mediche, chirurgiche e psichiatriche. Non sono comprese malattie acute transitorie quali per es. influenza):

Patologia	Trattata farmacologicamente	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

25. Documenti sanitari posseduti

- Iscrizione SSN
 Iscrizione SSR
 STP
 Tessera T.E.A.M.
 No, nessuno
 Altro (Specificare: _____)

a) Se non possiede alcun documento, specificarne le motivazioni:

26. Se iscritto al SSN/SSR, ha un MMG: Sì No

27. Se ha un MMG, riesce ad avvalersene: Sì No

a) Se No perché:

28. In caso di malattia, si rivolge a (sono possibili più risposte):

- Farmacia
 Ambulatorio STP
 Privato sociale
 MMG
 Consultorio
 Pronto soccorso
 Ospedale (compreso servizi specialistici quali per es. Ser.T., DSM, etc.)
 Amici/conoscenti/automedicazione
 Altro (Specificare: _____)

29. Se in caso di malattia si è rivolto/a ad amici/conoscenti/automedicazione (o reti "alternative"), specificare la/e patologia/e per la/e quale/i si è rivolto/a, il tipo di "cure" ricevute e le motivazioni che lo hanno motivato questa scelta:

30. Quali, tra i Servizi sanitari utilizzati, sono stati quelli più efficienti e funzionali al bisogno (sono possibili più risposte):

- Farmacia Ambulatorio STP Privato sociale MMG Consultorio Pronto soccorso
 Ospedale (compreso servizi specialistici quali per es. Ser.T., DSM, etc.)

31. Come definisce l'accesso/l'utilizzo dei Servizi sanitari:

- Molto facile Facile Difficile Molto difficile

32. Riesce sempre a soddisfare le proprie necessità sanitarie, assistenziali: Sì No

a) Se No, per quale motivo (sono possibili più risposte):

- Scarsa informazione Incompatibilità con gli orari di accesso Problemi di trasporto
 Difficoltà burocratiche Difficoltà nel relazionarsi con gli operatori Problemi con la lingua
 Difficoltà economiche (pagamento ticket) Altro (Specificare: _____)

33. Usufruisce dei servizi sociali? Sì No

a) Se Sì, quali:

b) Se No, perché:

34. Come definisce l'accesso/l'utilizzo dei Servizi sociali:

- Molto facile Facile Difficile Molto difficile

III - Questionario



Indagine sull'uso di sostanze legali e non nel mondo giovanile: i modelli, i contesti e le traiettorie dei consumi

ID n°

- INFORMAZIONI SOCIO-DEMOGRAFICHE -

Data di compilazione: ____/____/____

Zona di compilazione: _____

Operatore: _____

1. Sesso Maschio Femmina

2. Età _____

3. Attualmente dove vivi?

- Da solo/a Con amici o conoscenti Con i genitori (o famiglia di origine)
 Con altri parenti Con il partner Altro (specificare: _____)

4. Stato civile:

- Celibe/nubile Sposato/a Separato/a, divorziato/a Convivente
 Vedovo/a Altro (specificare: _____)

5. Hai figli: Sì No

6. Titolo di studio:

- Nessun titolo Licenza elementare Licenza media (o *avviamento professionale*)
 Diploma di scuola superiore Laurea I o II Livello Altro (specificare: _____)

7. Attualmente sei:

- Studente Studente lavoratore Disoccupato
 Stage formazione Occupato/a a tempo indeterminato Occupato/a a tempo determinato
 Lavoratore stagionale o saltuario Lavoratore autonomo Inabile al lavoro
 In cerca di nuova/prima occupazione Non cerco occupazione
 Altro (specificare: _____)

- CONSUMI E CONTESTI -

8. Quali tra queste sostanze legali hai utilizzato negli ultimi sei mesi? (sono possibili più risposte)

Sostanze	Frequenza						N° bicchieri/boccali/ bicchierini/sigarette	
	Tutti i giorni	Più di una volte alla settimana	Almeno una volta a settimana	Più volte al mese	Meno di una volta al mese	Mai	Al giorno	Alla settimana
Vino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Birra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soft drinks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spumanti (per es. aperitivi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Superalcolici/cocktail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabacco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. A quale età ha cominciato a consumare alcol? _____

10. Le prime volte che hai consumato alcol:

a) Con chi eri?

- Da solo/a In famiglia Con amici

b) In quale contesto ti trovavi?

- In casa Bar/circoli Pub/Club/Discoteche

11. Quali tra queste sostanze illegali hai utilizzato negli ultimi sei mesi? (sono possibili più risposte)

Sostanze	Frequenza						Modalità			
	Tutti i giorni	Più di una volte alla settimana	Almeno una volta a settimana	Più volte al mese	Meno di una volta al mese	Mai	Fumata	Sniffata	Iniettata	Mangiata / Ingoiata
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amfetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ketamina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eroina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farmaci senza prescrizione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Popper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smart drugs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funghetti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GHB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2

Metadone senza prescrizione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subutex/subuxone senza prescrizione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inalanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro (spec.: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Quali sono le sostanze che consumi di più? (in ordine)

1) _____

2) _____

3) _____

13. Quali sono le sostanze che preferisci? (in ordine)

1) _____

2) _____

3) _____

14. Se usi queste sostanze in modo combinato, quali sono i mix preferiti e in quali occasioni/eventi li consumi? (in ordine)

	Mix	occasioni
1)	_____	_____
2)	_____	_____
3)	_____	_____

Quali sono i vantaggi e gli inconvenienti che trovi in queste combinazioni? (in ordine)

Mix di sostanze	Vantaggi (effetti positivi)	Svantaggi (effetti negativi)
1)	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
2)	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

3)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Per vantaggi si intendono sia gli effetti piacevoli specifici del mix o di riequilibrio degli inconvenienti di una delle sostanze (es: la cocaina riequilibra l'effetto sedativo dell'alcol assunto in grandi quantità)

- SOSTANZE PIU' UTILIZZATE, MODELLI E TRAIETTORIE DI CONSUMO -

1° SOSTANZA USATA: _____

15. Attualmente quanto pensi di consumarne in media nell'arco di un mese ? (in grammi o n°) _____

16. Con quale spesa media nell'arco di un mese? (in euro) _____, _____

La giudichi una spesa:

- Ininfluyente/moderata Influyente ma sostenibile Eccessiva

17. Da chi compri la sostanza il più delle volte?

- Dallo stesso spacciatore Da più spacciatori diversi
 Da amici o conoscenti Da amici o conoscenti spacciatori
 Altro (specificare: _____)

18. Se ti capita di avere la sostanza gratuitamente da chi la prendi?

- Dallo stesso spacciatore Da più spacciatori diversi
 Da amici o conoscenti Da amici o conoscenti spacciatori
 Altro (specificare: _____)

19. Quale modalità di approvvigionamento segui?

- Ne acquisto una buona quantità per essere tranquillo per un certo periodo
 Ne acquisto una buona quantità per limitare al massimo i contatti con gli spacciatori
 Ne acquisto poca quantità alla volta per controllarne l'uso
 Ne acquisto poca quantità alla volta per problemi economici
 Non ho una strategia particolare
 Altro (specificare: _____)

20. Quale modalità di assunzione usi attualmente? (se ne possono indicare più di una)

- Fumata Sniffata Mangiata/ingoiata
 Iniettata Basata Altro (specificare: _____)

21. Hai cambiato metodo di consumo da quando hai iniziato? Sì No

Se Sì, per quale motivo l'hai fatto?

22. Con quale frequenza ne hai fatto uso?

a) Negli ultimi sei mesi:

- Tutti i giorni Più di una volta a settimana almeno Una volta a settimana
 più volte al mese Meno di una volta al mese Mai

b) Nel periodo di maggior consumo (non ci si riferisce solo agli ultimi sei mesi ma complessivamente alla sua esperienza di consumo):

- Tutti i giorni Più di una volta a settimana almeno Una volta a settimana
 più volte al mese Meno di una volta al mese Mai

23. Negli ultimi sei mesi, in quali ambienti hai consumato la sostanza (sono possibili più risposte):

- In ambienti di divertimento (club, discoteche, feste, concerti) In serate private con amici (case o feste)
 Da solo/a in ambienti esterni Da solo/a in casa
 In coppia Altro (specificare: _____)

24. Negli ultimi sei mesi, quando hai consumato la sostanza?

- Solo nel weekend
 Più nel weekend che durante la settimana
 Durante la settimana come nel weekend
 Più durante la settimana che nel weekend
 Non ne ho fatto uso negli ultimi sei mesi

25. Tra questi diversi percorsi di assunzione in quale ti riconosci di più?

- Ho cominciato subito a farne un uso massiccio, ma poi ho diminuito gradualmente
 Il mio consumo è aumentato gradualmente nel tempo
 Ho cominciato a consumare nella stessa quantità e frequenza di quella che consumo attualmente
 Il mio consumo è aumentato fino ad arrivare a un massimo e poi è diminuito
 Le mie modalità d'uso sono state molto diverse nel corso del tempo
 Alterno fasi di consumo intenso a fasi di consumo sporadico o non consumo

2° SOSTANZA USATA: _____

26. Attualmente quanto pensi di consumarne in media nell'arco di un mese ? (in grammi o n°)

27. Con quale spesa media nell'arco di un mese? (in euro) _____ , _____

La giudichi una spesa:

- Ininfluyente/moderata Influyente ma sostenibile Eccessiva

28. Da chi compri la sostanza il più delle volte?

- Dallo stesso spacciatore Da più spacciatori diversi
 Da amici o conoscenti Da amici o conoscenti spacciatori
 Altro (specificare: _____)

29. Se ti capita di avere la sostanza gratuitamente da chi la prendi?

- Dallo stesso spacciatore Da più spacciatori diversi
 Da amici o conoscenti Da amici o conoscenti spacciatori
 Altro (specificare: _____)

30. Quale modalità di approvvigionamento segui?

- Ne acquisto una buona quantità per essere tranquillo per un certo periodo
 Ne acquisto una buona quantità per limitare al massimo i contatti con gli spacciatori
 Ne acquisto poca quantità alla volta per controllarne l'uso
 Ne acquisto poca quantità alla volta per problemi economici
 Non ho una strategia particolare
 Altro (specificare: _____)

31. Quale modalità di assunzione usi attualmente? (se ne possono indicare più di una)

- Fumata Sniffata Mangiata/ingoiata
 Iniettata Basata Altro (specificare: _____)

32. Hai cambiato metodo di consumo da quando hai iniziato? Sì No

Se Sì, per quale motivo l'hai fatto?

33. Con quale frequenza ne hai fatto uso?

c) Negli ultimi sei mesi:

- Tutti i giorni Più di una volta a settimana almeno Una volta a settimana
 più volte al mese Meno di una volta al mese Mai

d) Nel periodo di maggior consumo (non ci si riferisce solo agli ultimi sei mesi ma complessivamente alla sua esperienza di consumo):

- Tutti i giorni Più di una volta a settimana almeno Una volta a settimana
 più volte al mese Meno di una volta al mese Mai

34. Negli ultimi sei mesi, in quali ambienti hai consumato la sostanza (sono possibili più risposte):

- In ambienti di divertimento (club, discoteche, feste, concerti) In serate private con amici (case o feste private)
 Da solo/a in ambienti esterni Da solo/a in casa
 In coppia Altro (specificare: _____)

35. Negli ultimi sei mesi, quando hai consumato la sostanza?

- Solo nel weekend
 Più nel weekend che durante la settimana
 Durante la settimana come nel weekend
 Più durante la settimana che nel weekend
 Non ne ho fatto uso negli ultimi sei mesi

36. Tra Questi diversi percorsi di assunzione in quale ti riconosci di più?

- Ho cominciato subito a farne un uso massiccio, ma poi ho diminuito gradualmente
 Il mio consumo è aumentato gradualmente nel tempo
 Ho cominciato a consumare nella stessa quantità e frequenza di quella che consumo attualmente
 Il mio consumo è aumentato fino ad arrivare a un massimo e poi è diminuito
 Le mie modalità d'uso sono state molto diverse nel corso del tempo
 Alterno fasi di consumo intenso a fasi di consumo sporadico o non consumo

37. Quali sono gli effetti positivi e quali problematici delle sostanze più usate (massimo n° 3)

Sostanze	Descrizione effetti	
	Effetti positivi e vantaggi d'uso	Effetti negativi e svantaggi d'uso
1)	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
2)	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

3)

- RAPPORTI CON SERVIZI -**38. Hai mai avuto contatti con i Servizi indicati di seguito per problemi legati all'uso di sostanze?**

Tipo di Servizio	No	Si	Se Sì, per quali sostanze
Servizi per le Dipendenze/Ser.T.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Salute mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pronto soccorso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Medico di famiglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Reparto ospedaliero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Altro (spec. _____)			

39. Se hai avuto contatti con i Ser.T., da quali canali ci sei arrivato?

- Spontaneamente
 Su spinta di amici e/o familiari
 Su invio da prefettura (NOT)
 Altro (spec. _____)

40. Hai mai avuto problemi legali legati alle sostanze? Sì No**Se Sì, di che tipo?**

- Amministrativo (sanzioni come il ritiro della patente)
 Penale

IV - Scheda di valutazione pre-intervento



SCHEDA DI VALUTAZIONE INSERIMENTI TERAPEUTICO-LAVORATIVI (fase pre-intervento)

ID Intervento

(compilazione a cura di ARS)

INFORMAZIONI GENERALI SULLA REALIZZAZIONE DELLA MISURA

UTENTE:

Età (in anni compiuti)

Sesso

Maschio

Femmina

CASE MANAGER (compilatore):

Nome e cognome

Qualifica

Servizio/Ente di appartenenza

Tipo di intervento:

ESPERIENZA FORMATIVA E DI QUALIFICAZIONE PROFESSIONALE

INSERIMENTO LAVORATIVO

INSERIMENTO SOCIO-TERAPEUTICO

INTERVENTO:

1. **Data inizio sperimentazione** ___ / ___ / _____

2. **Durata prevista (in mesi)**

3. **Quantità media di ore settimanali previste**

SEZIONE A – INFORMAZIONI SPECIFICHE SULLA PERSONA

1. Quanti anni di scuola ha completato? aa.

2. Titolo di studio _____

3. E' in possesso di un diploma o attestato che le consente l'esercizio di una professione, mestiere o attività?

SI NO

4. Eventuali qualifiche/professioni acquisite in corsi, stage o altro

5. Ha una patente di guida valida?

SI NO

6. Quanto tempo è durato il più lungo rapporto di lavoro?

7. Cause maggiormente ricorrenti nell'interruzione dei precedenti attività lavorative:

- Aggravamento o ricaduta nella dipendenza
- Aggravamento condizioni di salute
- Non interesse al lavoro
- Problemi in azienda/Ente
- Tensioni/litigi con datore di lavoro
- Tensioni/litigi con i colleghi/clienti
- Altre opportunità di lavoro
- Altro (specificare _____)

8. Precedente/i attività lavorative prevalente/i (max 2 o 3 risposte):

_____ N. mesi:

_____ N. mesi:

_____ N. mesi:

9. Tipo di occupazione usuale negli ultimi 3 anni:

- Tempo pieno (regolare)
- Tempo pieno (irregolare)
- Tempo parziale (regolare)
- Tempo parziale (irregolare)
- Studente
- Pensionato/ Invalido
- Disoccupato
- Lavoro protetto

10. Per quanti giorni è stato pagato negli ultimi 30? (incluso anche lavoro pagato in nero)

N. giorni

11. C'è qualcuno che contribuisce in qualche modo al suo sostentamento?

SI **NO**

12. Se risponde Sì alla precedente => Questo costituisce la maggior parte del suo sostentamento?

SI **NO**

13. C'è qualcuno che fa riferimento a lei per il proprio sostentamento?

SI **NO**

14. Da quale delle seguenti fonti ha ricevuto soldi negli ultimi 30 giorni?

- Lavoro (qualsiasi tipo di rapporto)
- Sussidio per disoccupazione
- Sussidio dei servizi sociali
- Pensione (invalidità, sociale, etc.)
- Partner, famiglia o amici (soldi per spese personali)
- Illegali

SEZIONE B – DIPENDENZA E RAPPORTO CON LE SOSTANZE LEGALI E ILLEGALI

1. Anni totali di dipendenza: N.

2. Indicare con una X la "sostanza primaria" (o comportamento d'abuso) per la quale la persona ha iniziato il rapporto con il sistema dei Servizi e quella attuale:

SOSTANZE	1) All'inizio del rapporto con i Servizi	2) Attualmente
Eroina		
Metadone non prescritto		
Cocaina		
Amfetamine		
Ecstasy		
Cannabis		
Allucinogeni		
Psicofarmaci non prescritti		
Alcol		
Gioco d'azzardo		
Altro (specificare)		

3. Indicare le eventuali altre dipendenze o comportamenti d'abuso nel periodo intercorso tra la prima sostanza (primaria) e quella attuale:

a) _____

b) _____

c) _____

4. Indicare con una X se il soggetto nel corso degli ultimi 30 giorni, ha fatto uso delle seguenti sostanze (indicare la risposta con una X per ogni sostanza indicata. Possibile più di una risposta).

SOSTANZE	SI	NO
Eroina		
Metadone non prescritto		
Cocaina		
Amfetamine		
Ecstasy		
Cannabis		
Allucinogeni		
Psicofarmaci non prescritti		
Alcol		
Altro (specificare)		

5. Per ognuna delle sostanze utilizzate dal soggetto negli ultimi 30 giorni, specificarne i seguenti aspetti (riferiti dal soggetto stesso):

SOSTANZE	Modalità principale di assunzione (inserire il codice*)	Frequenza (barrare la casella corrispondente)					
		1 volta / mese	2-3 volte / mese	1 volta/ settimana	< 1 volta/ giorno	1 volta/ giorno	> 1 volta/ giorno
Eroina							
Metadone non prescritto							
Cocaina							
Amfetamine							
Ecstasy							
Cannabis							
Allucinogeni							
Psicofarmaci non prescritti							
Alcol							
Altro (specificare)							

* 1 = endovena; 2= fumata; 3 = inalata; 4 = orale

Fonte: Questionario d'ingresso Studio multicentrico di valutazione dell'efficacia degli interventi terapeutici sui tossicodipendenti – Studio pilota VEdeTTe 1

6. Indicare se il soggetto, nel corso degli ultimi 30 giorni, riferisce di aver fatto uso di almeno una delle seguenti bevande

	NO	SI	N° Bicchieri (boccali o bicchierini) al giorno - Dal lunedì al venerdì -	N° Bicchieri (boccali o bicchierini) al giorno - nel fine settimana* -
Vino				
Birra				
Superalcolici				

* Dal venerdì pomeriggio alla domenica

Fonte: Questionario d'ingresso Studio multicentrico di valutazione dell'efficacia degli interventi terapeutici sui tossicodipendenti – Studio pilota VEdeTTe 1

SEZIONE C – AUTONOMIA PERSONALE

1. Attualmente, come valuti in una scala da 1 a 10 i seguenti aspetti?

Cura della propria salute

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Impegno nella soluzione di problemi quotidiani con modalità legali

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. Cura e igiene della persona

- Si presenta sporco e con abbigliamento inadeguato al contesto
- Si presenta poco curato e a volte inadeguato nell'abbigliamento
- Si presenta pulito e in modo adeguato al contesto

3. Conoscenza di sé

- Si valuta in modo inadeguato (non conosce le sue capacità e i suoi limiti)
- Si valuta adeguatamente solo per alcuni aspetti (conosce in parte i suoi limiti e le sue capacità)
- Sa di cosa è capace

4. Stima della propria persona

- Si ritiene incapace di agire o di essere adeguato in qualsiasi situazione
- Alterna momenti di sicurezza a momenti di insicurezza
- E' sicuro delle proprie competenze e capacità

5. Obiettivi personali

- Non esprime alcun obiettivo o si pone obiettivi non realistici
- Ha bisogno di supporto nella elaborazione di obiettivi realistici
- Esprime obiettivi realisticamente raggiungibili

6. Motivazione impegno/interesse

- E' indifferente a tutto, deve essere sempre spinto da altri
- Si interessa in modo discontinuo secondo la proposta
- Si dimostra interessato a tutto (si attiva sempre)

7. Consapevolezza degli obiettivi del percorso

- Non è consapevole degli obiettivi del percorso e/o li accetta passivamente
- E' consapevole solo parzialmente degli obiettivi del percorso
- E' consapevole degli obiettivi del percorso intrapreso e li condivide

8. Come definisci i rapporti tra il soggetto e il nucleo familiare di riferimento (famiglia di origine e/o acquisita) se esistenti?

- Molto buono Abbastanza buono Poco buono Pessimo
- Non esiste nucleo familiare di riferimento

V - Scheda di valutazione post-intervento



SCHEDA DI VALUTAZIONE INSERIMENTI TERAPEUTICO-LAVORATIVI (fase post intervento)

ID Intervento

(compilazione a cura di ARS)

INFORMAZIONI GENERALI SULLA REALIZZAZIONE DELLA MISURA

UTENTE:

Età (in anni compiuti)

Sesso

Maschio

Femmina

CASE MANAGER (compilatore):

Nome e cognome

Qualifica

Servizio/Ente di appartenenza

Tipo di intervento:

ESPERIENZA FORMATIVA E DI QUALIFICAZIONE PROFESSIONALE

INSERIMENTO LAVORATIVO

INSERIMENTO SOCIO-TERAPEUTICO

INTERVENTO:

1. Data fine sperimentazione ___ / ___ / ____

2. Durata effettiva in mesi

3. Quantità media di ore settimanali di frequenza

4. Nel caso in cui si sia verificato impiego di ore lavorative maggiore rispetto a quello previsto, l'intervento ha beneficiato di un finanziamento suppletivo?

SI **NO**

4.1 Se Sì, a quanto ammonta la cifra suppletiva pervenuta? € ____ , ____

SEZIONE A – COMPORAMENTI E REGOLE DURANTE L'INTERVENTO**1. Orari** (rispetto degli orari di entrata, uscita e pausa)

- E' sempre in ritardo / esce prima
- E' puntuale almeno per il 60% del tempo
- Arriva regolarmente, esce nell'orario previsto e rispetta l'orario delle pause

2. Comunicazione assenze

- Non avverte e non concorda mai le assenze
- Avverte almeno per il 30% delle volte o non secondo le modalità concordate
- Avverte almeno per il 60% delle volte secondo le modalità concordate
- Avverte almeno per l'80% delle volte secondo le modalità concordate
- Avverte sempre secondo le modalità concordate

3. Regole organizzative e di comportamento (regole implicite ed esplicite al luogo del lavoro)

- Non percepisce le regole e non ne ha di proprie
- Sceglie proprie regole di comportamento e non consone alla struttura
- Conosce le regole ma fatica a rispettarle
- Accetta e rispetta passivamente le regole
- Rispetta sempre le regole organizzative e di comportamento che gli sono state indicate

4. Frequenza durante l'attività (frequenza costante salvo situazioni di malattia o impedimento)

- Frequenta in modo molto irregolare
- Frequenta il 40% delle ore
- Frequenta il 70% delle ore
- Frequenta con regolarità

SEZIONE B – ASPETTI EMOTIVO-RELAZIONALI

1. Relazione con i colleghi (contatto informale con i colleghi)

- Isolato e/o relazioni inadeguate al contesto
- Tende a isolarsi e/o ad avere con i colleghi relazioni parzialmente adeguate a contesto
- Sociale e adeguato al contesto

2. Relazione tra il soggetto e l'autorità? (formatore/tutor, datore di lavoro, operatore)

- Buono
- Sufficiente
- Mediocre
- Insufficiente

3. Collaborazione

- Si rifiuta di collaborare con altri
- Dimostra notevoli difficoltà nel collaborare con gli altri
- A volte non accetta di collaborare con altri
- Collabora con i colleghi ma in modo passivo
- Collabora con i colleghi esprimendo eventuali difficoltà in modo adeguato

4. Rapporti con persone esterne all'organizzazione (clienti, fornitori, ecc..)

- Nelle relazioni con terzi mette in atto comportamenti non coerenti con il proprio ruolo e le proprie mansioni
- Ha bisogno di guida e mediazione nel relazionarsi con terzi
- Si relaziona con terzi in maniera coerente al proprio ruolo e alle proprie mansioni

5. Osservazioni e critiche

- Reagisce alle critiche negandole o abbandonando il compito
- Manifesta segnali di disagio di fronte alle critiche, ma le accetta se supportato
- Accetta osservazioni, critiche e accoglie suggerimenti

SEZIONE C – ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITA'**1. Capacità di organizzarsi rispetto a un compito individuando tempi, azioni e risorse da utilizzare**

- Non programma il proprio
- Deve essere guidato nella programmazione del proprio compito
- Necessita di saltuario supporto nella programmazione
- Quasi sempre programma il proprio lavoro correttamente
- Programma il proprio lavoro correttamente

2. Autonomia (capacità di svolgere autonomamente le attività affidate)

- Svolge le attività che gli sono state affidate solo se continuamente stimolato o guidato
- Ha bisogno di essere stimolato o guidato spesso
- Svolge le attività affidate con qualche stimolo
- Ha raramente bisogno di stimoli
- Svolge autonomamente e porta a termine le attività affidate

3. Controllo del risultato

- Esegue senza il controllo del risultato
- Controlla ma non individua l'errore
- Controlla e a volte individua l'errore
- Individua l'errore ma non identifica le cause
- Individua l'errore e le cause

4. Conoscenza contesto e ruoli (conoscenza del contesto di lavoro e dei ruoli all'interno dell'organizzazione)

- Non conosce il contesto in cui lavora e non riconosce i diversi ruoli
- Conosce approssimativamente il contesto e a volte si rapporta con le persone in modo coerente con il loro ruolo
- Conosce il contesto in cui lavora, riconosce i diversi ruoli e si rapporta adeguatamente

SEZIONE D – DIPENDENZA E RAPPORTO CON LE SOSTANZE LEGALI E ILLEGALI

- 1. Dalla compilazione del questionario di ingresso ad oggi, indicare se il soggetto ha assunto, anche solo una volta, le seguenti sostanze (indicare la risposta con una X per ogni sostanza indicata. Possibile più di una risposta)**

SOSTANZE	SI	NO
Eroina		
Metadone non prescritto		
Cocaina		
Amfetamine		
Ecstasy		
Cannabis		
Allucinogeni		
Psicofarmaci non prescritti		
Alcol		
Altro (<i>specificare</i>)		

- 1.1 Per ognuna delle sostanze utilizzate dal soggetto dalla compilazione del questionario di ingresso ad oggi, specificarne i seguenti aspetti (riferiti dal soggetto stesso):**

SOSTANZE	Modalità principale di assunzione (inserire il codice*)	Frequenza (barrare la casella corrispondente)					
		1 volta /mese	2-3 volte /mese	1 volta/ settimana	< 1 volta/ giorno	1 volta/ giorno	> 1 volta/ giorno
Eroina							
Metadone non prescritto							
Cocaina							
Amfetamine							
Ecstasy							
Cannabis							
Allucinogeni							
Psicofarmaci non prescritti							
Alcol							
Altro (<i>specificare</i>)							

* 1 = endovena; 2= fumata; 3 = inalata; 4 = orale

Fonte: Questionario d'ingresso Studio multicentrico di valutazione dell'efficacia degli interventi terapeutici sui tossicodipendenti – Studio pilota VEdeTTe 1

1.2 Se dalla compilazione del questionario di ingresso ad oggi vi sono state interruzioni nell'uso delle sostanze da parte del soggetto, specificarne i seguenti aspetti (riferiti dal soggetto stesso):

SOSTANZE	N° di episodi di ricaduta
Eroina	
Metadone non prescritto	
Cocaina	
Amfetamine	
Ecstasy	
Cannabis	
Allucinogeni	
Psicofarmaci non prescritti	
Alcol	
Altro (specificare)	

Fonte: Questionario Studio VEdeTTe 2 - Valutazione dell'Efficacia dei Trattamenti per le Tossicodipendenze, versione 1 bis

2. Indicare se il soggetto, nel corso degli ultimi 30 giorni, riferisce di aver fatto uso di almeno una delle seguenti bevande

	NO	SI	N° Bicchieri (boccali o bicchierini) al giorno - Dal lunedì al venerdì -	N° Bicchieri (boccali o bicchierini) al giorno - nel fine settimana* -
Vino				
Birra				
Superalcolici				

* Dal venerdì pomeriggio alla domenica

Fonte: Questionario d'ingresso Studio multicentrico di valutazione dell'efficacia degli interventi terapeutici sui tossicodipendenti - Studio pilota VEdeTTe 1

SEZIONE E – AUTONOMIA PERSONALE**1. Durante l'intervento, come valuti in una scala da 1 a 10, che si siano sviluppati i seguenti aspetti?**

Cura della propria salute

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Impegno nella soluzione di problemi quotidiani con modalità legali

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. Cura e igiene della persona

- Si presenta sporco e con abbigliamento inadeguato al contesto
- Si presenta poco curato e a volte inadeguato nell'abbigliamento
- Si presenta pulito e in modo adeguato al contesto

3. Comportamento negli spazi comuni (bagni, mensa, luoghi di ristoro, ecc..)

- Non conosce e/o non rispetta le regole
- Qualche volta non rispetta le regole e necessita di un richiamo
- Rispetta le regole sociali e del contesto

4. Conoscenza di sé

- Si valuta in modo inadeguato (non conosce le sue capacità e i suoi limiti)
- Si valuta adeguatamente solo per alcuni aspetti (conosce in parte i suoi limiti e le sue capacità)
- Sa di cosa è capace

5. Stima della propria persona

- Si ritiene incapace di agire o di essere adeguato in qualsiasi situazione
- Alterna momenti di sicurezza a momenti di insicurezza
- E' sicuro delle proprie competenze e capacità

6. Obiettivi personali

- Non esprime alcun obiettivo o si pone obiettivi non realistici
- Ha bisogno di supporto nella elaborazione di obiettivi realistici
- Esprime obiettivi realisticamente raggiungibili

7. Motivazione impegno/interesse

- E' indifferente a tutto, deve essere sempre spinto da altri
- Si interessa in modo discontinuo secondo la proposta
- Si dimostra interessato a tutto (si attiva sempre)

8. Consapevolezza degli obiettivi del percorso

- Non è consapevole degli obiettivi del percorso e/o li accetta passivamente
- E' consapevole solo parzialmente degli obiettivi del percorso
- E' consapevole degli obiettivi del percorso intrapreso e li condivide

9. Percezione delle proprie capacità di realizzare il compito affidato

- Esprime una percezione non realistica
- Ha bisogno di supporto per avere una percezione realistica della propria efficacia rispetto a un compito
- Esprime una percezione realistica della propria efficacia rispetto a un compito

10. Come definisci i rapporti tra il soggetto e il nucleo familiare di riferimento (famiglia di origine e/o acquisita) se esistenti?

- Molto buono Abbastanza buono Poco buono Pessimo
- Non esiste nucleo familiare di riferimento

11. Durante il corso dell'intervento, il soggetto è stato in grado di instaurare (o ricostruire) legami con persone al di fuori del mondo delle sostanze stupefacenti?

- Molto Abbastanza Poco Per niente

SEZIONE F – ESITO DELL'INTERVENTO E MOTIVAZIONI

1. Valutazione complessiva dell'intervento condotto:

- Positiva
- Parzialmente positiva
- Parzialmente negativa
- Negativa

1.1 Motivare la risposta scelta:

2. Quale è stato l'esito finale dell'intervento condotto?

- Completamento come previsto
- Interruzione prima del termine => **passare alla dom. 2.1**
- Prolungamento
- Altro => *Specificare:*

2.1 In caso di interruzione prima del termine, quali sono state le cause? (In caso di più risposte indicare con il numero 1 la principale e con 2, 3, etc. le altre)

- Aggravamento o ricaduta nella dipendenza
- Non interesse all'attività/lavoro/formazione
- Aggravamento condizioni di salute
- Aggravamento condizione detentiva
- Problemi in Azienda/Ente (p. es. impossibilità di assumere)
- Abbandono del programma
- Ha trovato un lavoro
- Trasferito in altra città per motivi lavorativi
- Trasferito in altra città per motivi personali/familiari/relazionali
- Altro => Specificare:

3. Nel caso in cui l'intervento (di qualsiasi tipologia) si sia concluso con un inserimento nel mondo del lavoro **Qual è stato l'esito finale in termini contrattuali?**

- Contratto a tempo indeterminato
- Contratto a tempo determinato
- Contratto di Formazione e Lavoro
- Contratto di apprendistato
- Contratto Co.co.pro.
- Nessun contratto
- Altro => Specificare:

I precedenti numeri della collana dei Documenti ARS

- 76) *Prima e dopo la Centottanta. Appunti e spunti per la salute mentale - Raccolta di scritti editi e inediti* (dicembre 2013)
Osservatorio di Epidemiologia
- 75) *Osservare gli esiti per partecipare al loro miglioramento* (novembre 2013)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 74) *La salute di genere in Toscana* (novembre 2013)
Osservatorio di Epidemiologia
- 73) *Rapporto Crisi economica, stato di salute e ricorso ai servizi in Toscana* (ottobre 2013)
Osservatorio di Epidemiologia, Osservatorio Qualità ed Equità
- 72) *Nascere in Toscana - Anni 2008-2011* (settembre 2013)
Osservatorio di Epidemiologia
- 71) *La salute dei detenuti in Toscana* (giugno 2013)
Osservatorio di Epidemiologia
- 70) *Il reprocessing in endoscopia digestiva: criticità e strumenti per la sicurezza del percorso* (febbraio 2013)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 69) *Il percorso riabilitativo delle persone con gravi cerebrolesioni acquisite e dei loro familiari alla luce dell'approccio delle capability di Amartya Sen - Rapporto di ricerca* (dicembre 2012)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 68) *La salute mentale in Toscana: aggiornamenti e sviluppi* (novembre 2012)
Osservatorio di Epidemiologia
- 67) *Il profilo di salute degli anziani in Toscana* (settembre 2012)
Osservatorio di Epidemiologia
- 66) *Indagine europea sui consumi alcolici e sui possibili danni ad essi correlati: rapporto sullo studio Standardizing Measurement of Alcohol-Related Troubles - SMART* (agosto 2012) Osservatorio di Epidemiologia
- 65) *Gli anziani in Toscana con ictus e frattura di femore: epidemiologia, ospedalizzazione e riabilitazione* (aprile 2012)
Osservatorio di Epidemiologia

-
- 64) *Comportamenti a rischio e stili di vita dei giovani toscani - I risultati delle indagini EDIT 2005 - 2008 - 2011* (dicembre 2011)
Osservatorio di Epidemiologia
- 63) *L'epidemiologia della salute mentale* (novembre 2011)
Osservatorio di Epidemiologia
- 62) *La demenza in Toscana* (settembre 2011)
Osservatorio di Epidemiologia
- 61) *La fase pilota del progetto "Assistenza continua alla persona non autosufficiente in Toscana"* (luglio 2011)
Osservatorio di Epidemiologia
- 60) *L'epidemiologia degli incidenti balneari in Toscana* (giugno 2011)
Osservatorio di Epidemiologia
- 59) *Individuazione e implementazione di un sistema di accesso unitario alla rete dei servizi sociosanitari integrati della persona con disabilità* (giugno 2011)
Osservatorio di Epidemiologia
- 58) *Immigrazione e salute in Toscana* (giugno 2011)
Osservatorio di Epidemiologia
- 57) *La prevenzione della disabilità nell'anziano fragile: i progetti pilota* (aprile 2011) Osservatorio di Epidemiologia
- 56) *Medicine complementari, discipline bio-naturali e del benessere nella popolazione toscana* (febbraio 2011)
Osservatorio di Epidemiologia
- 55) *Progetto CORIST-TI - Controllo del rischio infettivo in Sanità in Toscana - Terapia Intensiva* (dicembre 2010)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 54) *Implantologia protesica dell'Anca in Toscana - Indicatori di attività e qualità dell'assistenza* (dicembre 2009 - aggiornato a ottobre 2010)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 53) *Dossier EBP e obesità* (novembre 2010)
Osservatorio di Epidemiologia
- 52) *Polmonite acquisita in ospedale (HAP) e Polmonite da ventilazione assistita (VAP)* (dicembre 2009 - aggiornato a novembre 2010)
Osservatorio Qualità ed Equità

-
- 51) *Qualità, Equità e Sicurezza in RSA - Un Progetto regionale in Toscana* (dicembre 2009 - aggiornato a luglio 2010)
Osservatorio Qualità ed Equità
 - 50) *Il bisogno socio-sanitario degli anziani in Toscana: i risultati dello studio epidemiologico BiSS* (dicembre 2009)
Osservatorio di Epidemiologia
 - 49) *L'epidemiologia degli incidenti stradali in Toscana* (dicembre 2009)
Osservatorio di Epidemiologia
 - 48) *La banca dati MaCro delle malattie croniche in Toscana* (dicembre 2009)
Osservatorio di Epidemiologia
 - 47) *Progetto SApErE - Fase 2 - Rapporto finale di ricerca* (dicembre 2009)
Osservatorio Qualità ed Equità
 - 46) *III Convegno nazionale sul monitoraggio degli incidenti stradali* (dicembre 2009)
Osservatorio di Epidemiologia
 - 45) *Nascere in Toscana - Anni 2005-2007* (novembre 2009)
Osservatorio di Epidemiologia
 - 44) *Guida, bevande alcoliche e traumi stradali nei pronto soccorso dell'area fiorentina* (ottobre 2009)
Osservatorio di Epidemiologia
 - 43) *La salute mentale degli adulti e la tutela della salute mentale nell'infanzia e adolescenza* (febbraio 2009)
Osservatorio di Epidemiologia
 - 42) *Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione - Metodi di sorveglianza e ipotesi di lavoro* (dicembre 2008)
Osservatorio Qualità ed Equità
 - 41) *Comportamenti a rischio e stili di vita dei giovani toscani: i risultati delle indagini EDIT* (novembre 2008)
Osservatorio di Epidemiologia
 - 40) *Il Progetto SApErE - Fase II. Strumenti e metodi di lavoro: risultati preliminari (Workshop Summary)* (luglio 2008)
Osservatorio Qualità ed Equità
 - 39) *Malattie croniche degli anziani in Toscana: stime di popolazione attuali e proiezioni future* (giugno 2008)
Osservatorio di Epidemiologia

-
- 38) *Indicatori per le cure sanitarie* (aprile 2008)
Osservatorio di Epidemiologia
 - 37) *I ricoveri pediatrici in Toscana* (dicembre 2007)
Osservatorio di Epidemiologia
 - 36) *Indicatori di attività e qualità dell'assistenza in Chirurgia dell'anca - Rapporto RIPO-T* (dicembre 2007)
Osservatorio Qualità ed Equità
 - 35) *Indicatori di attività e qualità dell'assistenza in Cardiocirurgia - Rapporto 1997-2005* (dicembre 2007)
Osservatorio Qualità ed Equità
 - 34) *Anziani in Toscana: dati demografici e stime di demenza e non autosufficienza* (giugno 2007)
Osservatorio di Epidemiologia
 - 33) *Indicatori per la valutazione di adesione alle linee guida - Volume I - Manuale d'uso per le aziende* (luglio 2007)
Osservatorio Qualità ed Equità
 - 32) *Progetto SApErE - Il percorso di cura dell'ictus nelle parole dei pazienti e dei loro familiari* (giugno 2007)
Osservatorio Qualità ed Equità
 - 31) *Prevenzione e trattamento delle infezioni correlate al Catetere Venoso centrale (CVC)* (maggio 2007)
Osservatorio Qualità ed Equità
 - 30) *Il consumo di tabacco in Toscana: le prevalenze, le conseguenze sulla salute e le azioni di contrasto* (maggio 2007)
Osservatorio di Epidemiologia
 - 29) *L'epidemiologia dell'AIDS in Toscana* (aprile 2007)
Osservatorio di Epidemiologia
 - 28) *Risposta alle acuzie e ricovero psichiatrico - La ricerca PROGRES-Acuti* (marzo 2007)
Osservatorio di Epidemiologia
 - 27) *Valutazione Economica di un programma per la vaccinazione contro la varicella nei bambini e negli adolescenti suscettibili* (marzo 2007)
Osservatorio di Epidemiologia
 - 26) *Atti II Workshop nazionale - Osservatori per gli incidenti stradali: dai dati alle azioni* (gennaio 2007)
Osservatorio di Epidemiologia

-
- 25) *Essere mamma informata: allattamento al seno e SIDS* (gennaio 2007)
Osservatorio di Epidemiologia
 - 24) *L'assistenza ospedaliera e riabilitativa agli anziani in Toscana: ictus e frattura di femore*
(giugno 2006)
Osservatorio di Epidemiologia
 - 23) *La Cardiologia Interventistica in Toscana* (maggio 2006)
Osservatorio Qualità ed Equità
 - 22) *La Cardiocirurgia in Toscana* (maggio 2006)
Osservatorio Qualità ed Equità
 - 21) *Nascere in Toscana - Anni 2002-2004* (febbraio 2006)
Osservatorio di Epidemiologia
 - 20) *Dossier Fidippide - Valutazione di efficacia del Programma di sanità pubblica per l'avviamento all'attività sportiva agonistica e il periodico controllo sanitario di giovani al di sotto dei 35 anni* (dicembre 2005)
Osservatorio di Epidemiologia
 - 19) *Registro regionale toscano dell'infarto miocardico acuto - Primo rapporto* (ottobre 2005)
Osservatorio di Epidemiologia
 - 18) *Lo stato delle tossicodipendenze in Toscana* (ottobre 2005)
Osservatorio di Epidemiologia
 - 17) *Mortalità per traumatismi e avvelenamenti in Toscana* (settembre 2005)
Osservatorio di Epidemiologia
 - 16) *Assistenza di fine vita e cure palliative* (maggio 2005)
Osservatorio Qualità ed Equità
 - 15) *L'infortunistica stradale in Toscana* (maggio 2005)
Osservatorio di Epidemiologia
 - 14) *Analisi di bilancio delle AUSL toscane 1998-2002* (aprile 2005)
Osservatorio di Economia sanitaria
 - 13) *L'alcol in Toscana. Tra moderazione ed eccesso* (aprile 2005)
Osservatorio di Epidemiologia
 - 12) *Il Percorso Nascita - Risultati dello studio in Toscana* (marzo 2005)
Osservatorio di Epidemiologia

-
- 11) *Ricoverarsi a Firenze. La georeferenziazione come strumento di analisi della mobilità* (settembre 2004)
Osservatorio di Epidemiologia
 - 10) *Indicatori di qualità dell'assistenza agli anziani* (agosto 2004)
Osservatorio di Epidemiologia
 - 9) *Nascere in Toscana - Anno 2001* (maggio 2004)
Osservatorio di Epidemiologia
 - 8) *Medicine Non Convenzionali in Toscana Progetto di studio* (ottobre 2003)
Osservatorio di Epidemiologia
 - 7) *La Cardiologia Invasiva in Toscana - I* (luglio 2003)
Osservatorio Qualità ed Equità
 - 6) *Progetto Indicatori di Qualità - Fase pilota - Dialisi* (giugno 2003)
Osservatorio Qualità ed Equità
 - 5) *Progetto Indicatori di Qualità - Fase pilota - Gestione Tecnologie Sanitarie* (giugno 2003)
Osservatorio Qualità ed Equità
 - 4) *Valutazione di impatto sanitario del Piano provinciale di gestione dei rifiuti urbani e assimilati ATO N. 6. Fase di screening - I* (maggio 2003)
Osservatorio di Epidemiologia
 - 3) *La Neurochirurgia in Toscana* (aprile 2003)
Osservatorio Qualità ed Equità
 - 2) *La Cardiochirurgia in Toscana - I* (dicembre 2002)
Osservatorio Qualità ed Equità
 - 1) *Programmazione dei servizi per gli anziani in Toscana* (settembre 2002)
Osservatorio di Epidemiologia

Finito di Stampare
nel mese di Maggio 2014
Press Service - Firenze