

- gli assuntori di droghe pesanti (eroina e cocaina) risultano essere in numero di 5.834 (91,1% del campione considerato); gli assuntori di Cannabinoidi (hashish) risultano essere il 4,3%; tutte le altre tipologie ammontano al 4,6%;
- nel campione, considerando esclusivamente i soggetti che hanno comunicato il grado di istruzione, risulta che il 70,7% è provvisto di licenza elementare o di licenza di scuola media inferiore. Nella popolazione detenuta complessiva, la corrispondente percentuale è del 65,5;
- il 68% si trova nella condizione di "definitivo"; gli imputati nel loro complesso costituiscono il 29,8% e gli internati il 2,1%.

Soggetti minori tossicodipendenti transitati nei Servizi della Giustizia minorile

Nel 1998 sono transitati nei Servizi della Giustizia minorile 1.418 casi di assunzione di sostanze stupefacenti, di cui 1.131 "soggetti" transitati nell'anno una sola volta.

Rispetto al valore di 1.291 riferito al 1997, si è determinata una variazione positiva del 9,8%.

Il 78,2 % degli assuntori è compreso nella classe di età 14-17 anni (di cui il 97,4% maschi), il 14,7% in quella da 18 anni ed oltre (di cui il 94,2 % maschi), il 7,1% ha età imprecisata.

La maggior parte dei ragazzi transitati nei Servizi della Giustizia minorile ed assuntori di sostanze stupefacenti sono italiani (81,4%).

Tra gli stranieri assumono particolare rilevanza i ragazzi provenienti dal Marocco (7,0%) e dalla ex-Jugoslavia (5,0%).

Gli albanesi rappresentano appena l'1% del totale degli assuntori ed il 5% della componente straniera.

La maggior parte dei minori considerati assume cannabis (63,9%), seguita a grande distanza dagli oppiacei (17,1%) e dalla cocaina (7,1%).

Nel 67,4% dei casi viene attuato un intervento di tipo psicologico e/o di sostegno, nell'8,6% di tipo farmacologico e psicologico, soltanto nel 2% dei casi l'intervento è di tipo farmacologico.

La maggior parte dei ragazzi assuntori di sostanze stupefacenti presi in esame risulta essere consumatore abituale di droga (50,8%). Il 33,1% è consumatore occasionale, il 12,6% è tossicodipendente, il 3,5% ha una posizione indeterminata.

La prevalenza dei reati è contro il patrimonio -furto aggravato e rapina- (46,9%) e contro l'economia e la fede pubblica (42,5%), costituiti essenzialmente dai reati previsti dal DPR n. 309 del 1990.

Soltanto il 3,3% dei ragazzi ha commesso un reato contro la persona; si tratta soprattutto di italiani maschi.

Personale militare segnalato per assunzione di droga presso le relative strutture

I casi segnalati sono stati 2.838 (0,5% della popolazione di riferimento, pari a 550.000 unità), contro 2.947 nel 1997.

I tossicodipendenti rappresentano il 3,7% del totale, i soggetti che abusano di sostanze stupefacenti o psicotrope il 4,5%, i tossicofili il 37% ed i consumatori occasionali il 49,9%.

L'incidenza di soggetti che presentano modalità patologiche di uso di sostanze psicoattive (le prime due categorie precedentemente indicate) è in flessione (8,2% nel 1998, 9,3% nel 1997); si evidenzia invece un aumento dei valori riferiti ai tossicofili (37% nel 1998, 34,7% nel 1997) ed ai consumatori occasionali (49,9% nel 1998, 48,9% nel 1997).

Il 59,6% dei soggetti che usano sostanze psicoattive fanno parte dell'Esercito, il 29,1% della Marina e l'8,9% dell'Aeronautica Militare.

Sono soprattutto i giovani in servizio di leva (85,5%) a far uso di sostanze stupefacenti.

Le diagnosi che più frequentemente si associano all'uso di sostanze stupefacenti sono:

- disturbo da uso di sostanze psicoattive (53,4%);
- disturbo non organico di personalità (15,2%);
- diagnosi non psichiatriche (8,5%);
- disturbo dell'adattamento (8,2%);
- disturbi nevrotici (8,2%).

La maggior parte dei consumatori di sostanze stupefacenti fruisce di un provvedimento di temporanea non idoneità al servizio militare (59,9%), il 19,9% viene giudicato permanentemente non idoneo.

La frequenza d'uso di sostanze psicoattive è giornaliera per il 10,5% dei soggetti segnalati (13,1% nel 1997), il 22,8% di soggetti consuma sostanze stupefacenti qualche volta la settimana (26% nel 1997).

Le sostanze stupefacenti maggiormente utilizzate risultano nell'ordine

- marijuana ed hashish 3,4%
- eroina 6,9%
- cocaina 7,2%
- oppio e derivati 2,4%
- alcool 2,1%
- anfetamine 1,9%
- ecstasy 1,3%

Rispetto al 1997, si registra una flessione nell'uso di eroina ed un incremento nell'uso di cocaina, ecstasy ed alcol.

Il 14,2% dei soggetti che consumano sostanze stupefacenti ha dichiarato di averne effettuato la prima assunzione dopo l'incorporamento (18,6% nel 1997).

I motivi che più frequentemente, secondo le dichiarazioni degli interessati, conducono alla prima assunzione di sostanze stupefacenti durante il periodo del servizio militare sono:

- curiosità 40,8%;
- spirito di gruppo 30,1%;
- disagi personali 16,4%.

La distribuzione dei consumatori secondo l'attività lavorativa prima dell'incorporamento, relativa al gruppo di 234 soggetti tossicodipendenti o che abusano di sostanze stupefacenti o psicotrope, messa a raffronto con l'analogha distribuzione relativa all'intero campione dei soggetti segnalati, evidenzia come la disoccupazione costituisca un fattore predisponente all'uso problematico di sostanze stupefacenti.

La distribuzione dei consumatori secondo il titolo di studio relativa al gruppo di 234 soggetti tossicodipendenti o che abusano di sostanze stupefacenti o psicotrope messa a raffronto con l'analogha distribuzione relativa all'intero campione dei soggetti segnalati evidenzia come la minore scolarizzazione predisponga all'uso problematico di sostanze stupefacenti.

I consumatori problematici di droghe hanno riportato condanne penali in percentuale 3 volte superiore rispetto all'intero campione dei soggetti segnalati.

I consumatori problematici di sostanze stupefacenti appartengono soprattutto all'Esercito (70,5%, contro il 59,6% dell'intero campione dei soggetti segnalati).

Il consumo problematico di sostanze stupefacenti si associa a provvedimenti medico-legali di permanente non idoneità (33,8%), comprensibilmente più frequenti rispetto all'intero campione dei soggetti segnalati (19,9%).

Nel consumo problematico di sostanze stupefacenti, quelle maggiormente utilizzate sono:

- marijuana ed hashish 40,5%, contro il 73,4% dell'intero campione dei soggetti segnalati
- eroina 30,7% contro il 6,9%
- cocaina 11,1%, contro il 7,2%
- oppio e derivati 3,3%, contro il 2,4%
- ecstasy 3,3%, contro l'1,3%.

Il consumo problematico di sostanze stupefacenti inizia dopo l'incorporamento in una percentuale di casi (8,5) inferiore rispetto all'intero campione dei soggetti segnalati (14,2) che hanno incominciato ad utilizzare sostanze stupefacenti dopo l'ingresso nella comunità militare.

Il confronto del gruppo dei soggetti tossicofili e dei consumatori occasionali di sostanze stupefacenti con quelli dei soggetti tossicodipendenti o che abusano di sostanze stupefacenti o psicotrope (consumatori problematico) conferma che:

- i tossicofili ed i consumatori occasionali (rispettivamente n. 1.050 e 1.416, ovvero il 3,7% ed il 49,9% dell'intero campione dei soggetti segnalati)

presentano rispetto all'intero campione un uso di sostanze stupefacenti quasi esclusivamente limitato a marijuana ed hashish ;

- i consumatori occasionali presentano (sempre rispetto all'intero campione) :

- minore frequenza di condanne penali;
- maggiore frequenza di appartenenza alla Marina ed all'Aeronautica Militare e minore all'Esercito;
- maggiore assistenza presso i Consultori psicologici militari dopo la dimissione dall'Ospedale;
- prima assunzione dopo l'incorporamento più frequente.

Le patologie infettive presuntivamente correlabili alla tossicodipendenza rilevate sono:

- Epatite B n. 29 casi
- Epatite C n. 10 casi
- Infezioni HIV n. 6 casi.

Decessi per abuso di sostanze stupefacenti

L'effetto più grave della tossicodipendenza è la morte. Il suo verificarsi, a livello individuale, è associato alla gravità della dipendenza e dei comportamenti da questa determinati e all'efficacia degli interventi messi in atto per contrastarla. Questo è il "razionale" dell'uso dei dati di mortalità come indicatori della dimensione e gravità del fenomeno dipendenza. A questo scopo vengono utilizzati:

- i registri di mortalità (nazionali e/o locali), che permettono di stimare la mortalità *correlata* alla droga;
- gli studi *longitudinali* su "coorti" di tossicodipendenti dei centri di trattamento, che hanno il vantaggio di permettere lo studio dei decessi per tutte le cause;
- l'archivio dei *decessi per overdosi*, gestito dal Ministero dell'Interno.

Per quanto riguarda la *mortalità correlata alla droga* (overdosi, AIDS, cause violente), si registra un incremento, mentre gli altri fattori tipici dei decessi, quali le cause tumorali e cardiovascolari, mostrano una costante diminuzione. Tale fenomeno, gravissimo campanello di allarme relativamente alla salute dei giovani in Italia, sembra dimostrare un aumento del rischio di decesso fra i consumatori di droga.

Gli studi *longitudinali* condotti finora in Italia concordano nell'evidenziare un notevole eccesso di mortalità dei tossicodipendenti rispetto ai livelli della popolazione generale e che le maggiori cause di morte sono l'overdose, l'AIDS e le cause violente.

In un settore dell'archivio magnetico DADE del Ministero dell'Interno sono memorizzati i decessi da abuso (*overdose*) di sostanze stupefacenti rilevati dalle Forze di polizia sul territorio, concernenti le morti di assuntori per causa tossicologica diretta. Sono quindi esclusi dalla statistica i decessi

indirettamente correlati all'assunzione di droghe: ad esempio per sinistri stradali, per complicità patologiche (epatiti, AIDS) o altri fatti (suicidi, incidenti sul lavoro etc.).

Gli elementi informativi comunicati sono, in origine, su base indiziaria, vale a dire non assistiti da specifici riscontri medico-legali di tipo autoptico o tossicologico i cui esiti, normalmente, pervengono alla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga con un certo ritardo fisiologico: tali tempi tecnici necessari non sono facilmente comprimibili.

A tale scopo, a seguito di specifico accordo con il Gruppo Tossicologi Forensi, dal 1997 è iniziata una collaborazione finalizzata a riscontrare ed incrociare, sistematicamente, i dati informativi collezionati dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga su base indiziaria con quelli desunti dallo studio della casistica epidemiologica esaminata a livello scientifico dal Gruppo nelle 28 (su 31) sedi universitarie che coprono quasi tutto il territorio nazionale.

Nel 1998 sono stati registrati 1.076 decessi (980 maschi e 96 femmine), con una riduzione di 84 casi rispetto ai 1.160 del 1997 (1.072 maschi e 88 femmine).

Dopo le sostanze imprecisate (548 casi), l'eroina (511 casi) si conferma la sostanza maggiormente responsabile dei decessi da abuso, che hanno frequenza più alta nell'Italia del Nord: (circa il 57% del totale); seguono la cocaina (11 casi), altri tipi di sostanze (5 casi) e gli amfetaminici (1 caso).

Le classi d'età più colpite sono da 30 a 34, seguite da quella da 25 a 29 e da 35 a 39 anni, verosimilmente a causa della consunzione tipica degli assuntori cronicamente intossicati dalle droghe da abuso, in prevalenza dall'eroina.

CAPITOLO 11

La situazione nei Paesi dell'Unione europea

I confronti presentati sono tratti dal rapporto 1998 dell'Osservatorio Europeo sulle Droghe e sulle Tossicodipendenze (OEDT - EMCDDA). Tale rapporto, realizzato con cadenza annuale, si basa su dati e relazioni che ogni nazione, tramite un apposito ufficio (Punto focale), produce nell'ambito del progetto REITOX.

Tra le varie sezioni in cui è articolato il Rapporto, particolarmente interessanti risultano essere quelle dedicate alle tendenze di sviluppo del fenomeno, alla prevalenza, alle modalità di consumo (capitolo 1), il capitolo dedicato alla riduzione della domanda (capitolo 3) e quello dedicato alle strategie nazionali di contrasto (capitolo 4). Partendo da queste basi informative è possibile tracciare alcune linee di comparazione tra le situazioni esistenti tra i Paesi dell'Unione Europea.

Occorre, innanzitutto, evidenziare che esiste ancora una accentuata diversità nell'affrontare i problemi legati all'uso di droghe in ambito UE. Questa diversità è dovuta ad aspetti diversi, quali la qualità e l'estensione del fenomeno nei singoli Paesi, la diversa sensibilità dell'opinione pubblica e di conseguenza dei Governi nazionali nei confronti del problema, la tradizione più o meno lunga dell'attivazione dell'intervento preventivo e terapeutico, i diversi impianti legislativi.

Partendo da queste diversità, l'Osservatorio Europeo sta attivando progetti per cercare di sviluppare un percorso comune di sviluppo di metodi e conoscenze che porti successivamente verso una più omogenea politica comunitaria di intervento nel settore. Uno dei primi progetti attivati in questa direzione è stato, ad esempio, quello volto ad omogeneizzare le modalità di raccolta dei dati epidemiologici (principale obiettivo), al fine di acquisire un quadro sempre più comparabile delle situazioni esistenti.

Per l'EMCDDA l'attività di riduzione della domanda di droghe viene considerata come l'insieme delle attività svolte nell'ambito dei sistemi sanitari, sociali, scolastici e giudiziari al fine di prevenirne il consumo delle sostanze, di ridurre i danni provocati dall'uso, di assistere e curare i tossicodipendenti e di promuoverne il percorso di integrazione sociale. La riduzione della domanda si rivolge quindi a individui, famiglie, gruppi e comunità che costituiscono la base di un più ampio approccio all'azione di contrasto dell'uso delle sostanze. La cooperazione tra Enti istituzionali, individui e «comunità» diventerà, in questo caso, un requisito indispensabile.

Dall'analisi degli interventi preventivi nei diversi Paesi, emerge una diversificazione nelle strategie che si articolano in due aree distinte:

- la prima riguarda una strategia di vasta promozione educativa e sanitaria rivolta alla popolazione generale,
- la seconda si basa su azioni specifiche mirate ai gruppi di soggetti più vulnerabili e a rischio.

Gli interventi sanitari e sociali di assistenza ai consumatori di droghe si sono sviluppati sempre più in tutti i Paesi verso tipologie differenziate di servizi, con diversificati protocolli di intervento, cercando contemporaneamente il coordinamento delle risorse ed il miglioramento strutturale ed operativo della cooperazione.

Nella relazione annuale l'EMCDDA pone l'accento sui progetti e sugli interventi sottoposti ad un'adeguata valutazione. L'Osservatorio promuove la valutazione come criterio diretto per la rilevazione della qualità delle azioni e per stabilire l'importanza delle politiche di intervento, intendendo che la mancata valutazione dei progetti e programmi va a discapito della garanzia di qualità dell'azione complessiva di riduzione della domanda.

Nel corso dell'anno uno dei principali settori di attività su cui l'Osservatorio si è impegnato è stato quello della ricerca nel campo della prevenzione primaria. Particolare attenzione è stata data all'avvio di programmi educativi in età precoce, per creare fattori di protezione che successivamente permettano all'individuo di rifiutare la spinta al consumo di droghe.

La logica sottostante a molti progetti è stata quella di centrare l'azione nell'ambito della promozione di uno "stile di vita sano" anche attraverso l'utilizzo delle risorse della famiglia, della scuola e della comunità più ampia. I risultati delle valutazioni dei pochi programmi di prevenzione completati a livello comunitario, evidenziano tra i fattori critici di protezione il miglioramento dei rapporti interpersonali, l'autonomia e la resistenza alla pressione esercitata dai "pari". I progetti "sui gruppi dei pari" si sono rivelati utili come mezzo per inserire la prevenzione primaria nelle attività ricreative dei giovani. Malgrado un'insufficiente valutazione delle campagne di sensibilizzazione attraverso i *mass media*, emergono alcune indicazioni su come queste possano contribuire ad accrescere la consapevolezza del problema e la percezione del rischio legato all'uso delle sostanze.

A seguito del lavoro compiuto in questi anni, il disegno strategico dell'Osservatorio nel campo della prevenzione primaria, appare finalizzato a stimolare e indirizzare la comunità scientifica e gli operatori dei servizi verso l'utilizzazione di definiti criteri per la valutazione degli obiettivi di lavoro e all'uso di metodiche validate per la valutazione dell'impatto delle azioni condotte. I gruppi target della prevenzione, indicati come prioritari, sono costituiti sia dai giovani considerati "a rischio" sia dai giovani appartenenti alla comunità più ampia.

Nei Paesi dell'Unione europea viene rivolta una crescente attenzione alla riduzione della frequenza dei danni psico-fisici che si manifestano in fase acuta nei giovani che provano l'ecstasy e altre droghe nei luoghi di ricreazione. Le specifiche iniziative adottate comprendono linee guida sui "rave sicuri", che

prevedono la disponibilità di acqua potabile, zone di riposo, informazioni e consulenza nonché l'introduzione di sistemi per l'analisi immediata delle sostanze eseguibile sul posto.

Le strategie di intervento delle unità di strada, attivate spesso nell'ambito di naturali reti di sostegno sociale, hanno permesso l'accesso sia a gruppi di soggetti tossicodipendenti non conosciuti dai servizi che ad emarginati "a rischio". Sono stati ottenuti risultati incoraggianti sia in termini di modifica dei comportamenti "a rischio" sia nell'avvicinamento di gruppi alle prese con le prime esperienze di droga.

La prevenzione delle malattie infettive e le misure di riduzione delle complicazioni psico-fisiche nei tossicodipendenti hanno svolto un ruolo significativo, in ambito UE, nella lotta alla diffusione dell'HIV. Sono state individuate una serie di strategie ad impatto positivo nella lotta all'HIV e all'AIDS che riguardano la prescrizione di farmaci sostitutivi come il metadone (nell'ambito di terapie di mantenimento), i programmi di distribuzione di aghi e siringhe, i servizi di facile accesso (a bassa soglia di ammissione), le campagne educative e di informazione. Non è stato possibile, invece, raccogliere prove di un impatto significativo delle diverse azioni sulla riduzione della trasmissione dell'epatite C. Viene evidenziato, invece, il problema della diffusione della tubercolosi tra i consumatori di droga.

La crescente offerta di programmi con sostanze sostitutive in numerosi Paesi dell'UE è stata accompagnata dalla necessità di definire protocolli di trattamento e indicatori per una valutazione puntuale dei risultati. Oltre al metadone, si stanno esplorando altre possibilità di intervento farmacologico nel trattamento della tossicodipendenza (LAAM,, buprenorfina ed eroina a prescrizione). Tutti i Paesi dell'UE riconoscono l'importanza di disporre di diversificati protocolli di trattamento sia farmacologico sia senza l'uso di farmaci, da poter sviluppare, in relazione alle singole esigenze, in ambiti ambulatoriali o residenziali.

Il problema della valutazione di efficacia degli interventi richiede analisi più approfondite tra e all'interno degli Stati membri. Al momento attuale, appare necessario integrare, nei criteri di valutazione della validità delle terapie antidroga, oltre che gli aspetti di adattamento dei protocolli di intervento sui singoli casi, anche gli aspetti inerenti la partecipazione della comunità e la presenza di post terapie. In questo modo si potrà sviluppare la consapevolezza della necessità di un'efficace post-terapia e della collaborazione tra centri terapeutici e servizi sociali e sanitari.

Infine, si è preso atto della necessità di garantire cure sanitarie primarie ai consumatori di droghe, che comunque non riescono o non vogliono interrompere e sono stati messi a punto programmi di collaborazione con i medici di base e gli ospedali.

Per quanto riguarda l'analisi delle misure di polizia giudiziaria attivate nei Paesi della UE, si evidenzia che, oltre ai tradizionali compiti in materia di riduzione dell'offerta attraverso un'azione di contrasto della criminalità legata allo spaccio e al traffico di sostanze, i servizi di polizia sono sempre più coinvolti in azioni

educative e di riduzione della domanda e in strategie a sostegno di una collaborazione comunitaria.

Tutti gli Stati membri dell'UE offrono ai tossicodipendenti imputati di reati alternative alla carcerazione, sostituendo la pena carceraria con una terapia o il lavoro in comunità. Alcuni progetti hanno esplorato, in alternativa, la possibilità della riabilitazione e la formazione, mentre taluni Paesi prevedono la terapia obbligatoria per i tossicodipendenti imputati di reati. I tassi di prevalenza dei consumatori di droghe detenuti nei diversi Paesi, pur raccolti con criteri non omogenei, oscillano tra il 15 e il 50 % del totale dei detenuti presenti. Come conseguenza di questa situazione si stanno diffondendo nelle carceri, con buoni risultati, programmi terapeutici individuali con protocolli di intervento che prevedono anche l'uso di farmaci sostitutivi.

E' ampiamente riconosciuta la necessità di predisporre alternative al carcere soprattutto per i consumatori di droghe che hanno commesso il primo reato o reati minori, offrendo anche la possibilità del trattamento in carcere oltre che le alternative alla reclusione. Questi programmi, in aggiunta alla economicità, rappresentano validi meccanismi alternativi alla drammatica diffusione delle droghe in carcere (con conseguente impatto per la salute) che si verifica quando i tossicodipendenti sono soggetti alla semplice pena detentiva.

La necessità di affrontare in modo più specifico i problemi della tossicodipendenza ha portato alla creazione di servizi e possibilità di trattamento diretti a gruppi omogenei di persone come donne, gruppi etnici, genitori e figli di tossicodipendenti. Nell' UE si stanno sempre più diffondendo servizi che affrontano le esigenze specifiche di trattamento delle donne (maternità, violenza sessuale e prostituzione). Alcuni Paesi hanno tentato di affrontare le esigenze di tossicodipendenti provenienti da particolari ambienti culturali ed etnici. Infine, l'offerta di cure per i figli dei tossicodipendenti ha assunto maggiore rilevanza nell'ambito dei programmi terapeutici e di prevenzione. In sintesi, i risultati conseguiti nel 1997, confermando il lavoro precedente fatto, sottolineano l'esigenza della compartecipazione comunitaria alla base degli interventi e la necessità della valutazione per la determinazione dell'efficacia.

Se la maggior parte delle iniziative in atto ha ottenuto successo in ambito locale, il coordinamento e la cooperazione tra e all'interno degli Stati membri mediante la discussione e la valutazione risultano decisivi per ottenere un livello di intervento uniformemente elevato.

Nel Rapporto 1998, l'EMCDDA ha introdotto un commento articolato sulla parte relativa alla lotta al traffico, soffermandosi su due aspetti specifici: una prima comparazione tra le leggi vigenti negli Stati membri circa il possesso e l'uso di sostanze stupefacenti ed una seconda che si sofferma sulle misure prese per la lotta al traffico di droghe ed alle organizzazioni criminali implicate.

Per quanto riguarda il primo aspetto, il Rapporto si sofferma sulla classificazione delle sostanze (tutti gli Stati hanno classificato le sostanze rispettando le Convenzioni internazionali in materia) e sulle risposte normative per quanto riguarda il possesso ed il consumo illegale, che mostrano

significative differenze tra gli Stati membri, sia nella cornice generale della materia che nelle risposte specifiche.

E' tuttora in corso uno studio molto ampio che comparerà le differenti legislazioni in materia e che si basa, tra l'altro, sull'esistenza o meno di distinzioni tra le diverse sostanze, sull'entità delle pene comminabili, sulle differenze eventualmente esistenti tra possesso e piccolo spaccio, sulle quantità delle differenti sostanze eventualmente ammesse ad un trattamento penale e civile differente, sulle misure alternative al carcere previste per legge.

Il secondo punto commenta, in generale, le differenti impostazioni delle strategie nazionali per ciò che attiene a:

- riciclaggio di denaro sporco proveniente da traffico di droga;
- controllo dei precursori utilizzati per la raffinazione o la produzione di sostanze;
- attività di traffico "controllato" dalle forze di polizia, al fine di scoprire i trafficanti;
- politica delle estradizioni.

Le azioni per la riduzione della domanda

CAPITOLO 12

Le aree prioritarie di interesse e gli interventi per la riduzione della domanda

Nella persona umana esiste una discontinuità tra il livello delle opinioni e delle conoscenze e quello degli atteggiamenti e dei comportamenti. Ad esempio, sapere che l'uso di alcune sostanze fa male non è sufficiente ad indurre le persone ad evitare il consumo di tali sostanze. Tale caratteristica, ben conosciuta, dovrebbe permettere di rimodellare l'attivazione degli interventi di prevenzione attraverso campagne di informazione e/o pubblicitarie che non si limitino al messaggio del rischio associato all'uso della sostanza ma che attuino anche un'azione comunicativa educativa.

L'informazione, infatti, raggiunge la sua efficacia solo quando si integra con un'azione educativa che conduce la persona ad orientarsi negativamente verso uno stile di vita che comporta l'uso di quelle sostanze. Questo avviene quando la persona scopre un progetto di vita che realizzi la sua autonomia, la sua libertà cosciente, una capacità di valutazione critica di se e della realtà e che gli consenta di esprimere e di sviluppare le potenzialità di cui è portatore in un rapporto di cooperazione e di condivisione con gli altri.

Sempre a proposito del rapporto tra informazione ed atteggiamenti/comportamenti, è necessario sottolineare che la ricerca psicologico - sociale ha da tempo messo in luce come le persone selezionino l'informazione sulla base delle opinioni e delle convinzioni di cui sono portatrici e che non è vero che sono le informazioni a cui le stesse persone accedono a influire sulle loro opinioni e convinzioni. L'inefficacia dell'informazione isolata si verifica anche quando l'informazione contiene una qualità emozionale, se non incontra un preesistente orientamento esistenziale favorevole al suo accoglimento. Anzi, in alcuni casi si può verificare addirittura l'effetto contrario a quello che si voleva perseguire.

Sulla scorta delle precedenti considerazioni si può affermare che per un'azione efficace di prevenzione primaria delle tossicodipendenze più che una campagna pubblicitaria sarebbe utile avviare un percorso di informazione/formazione secondo le seguenti tappe:

- creazione di un supporto multimediale informativo da distribuire nelle scuole, nei centri di aggregazione adolescenziali e giovanili e nelle associazioni ad orientamento educativo;
- creazione di un modulo formativo che gli insegnanti referenti per l'educazione alla salute, o gli educatori/animatori delle associazioni e dei centri di aggregazione giovanile dovrebbero utilizzare per proporre l'informazione contenuta nel supporto multimediale;

- messa a punto di un sistema informativo per valutare l'effettivo impatto della campagna informativa - formativa.

Dovrebbero essere privilegiati, accanto ai prioritari progetti di prevenzione e di recupero, programmi e azioni che considerano la riduzione del danno nelle tre dimensioni che caratterizzano:

- la tutela della salute e dell'integrazione sociale del tossicodipendente;
- la difesa sociale;
- l'accoglienza autentica propedeutica al recupero.

Infatti l'affievolirsi della prospettiva del recupero ed il contemporaneo affermarsi delle pratiche di riduzione del danno al solo livello delle motivazioni del primo e del secondo tipo crea il rischio di rafforzare nel tossicodipendente, oltre che nella cultura sociale, la convinzione che l'unica possibilità che egli ha realisticamente di fronte sia quella di un uso relativamente controllato e meno dannoso per lui e per gli altri della droga e dei suoi sucedanei.

Si verificherebbe in questo caso una riduzione della speranza e un parallelo aumento della rassegnazione disperante sia nella cultura sociale che nell'orizzonte di vita del tossicodipendente.

Questo scenario, già in parte presente, conduce ad affermare che le politiche di riduzione del danno, per non divenire il segno della sconfitta di una società nei confronti del consumo della droga, devono essere considerate solo come un momento, un passo, all'interno di un itinerario complesso e multiforme che la società offre a chi è caduto vittima della dipendenza dalle droghe per tentare di riconquistare autonomia e libertà.

Ciò significa, di fatto, non ridurre gli interventi di riduzione del danno ad una passiva accettazione della condizione di vita del tossicodipendente ma considerarli come il primo passo, difficile e rischioso, verso quegli interventi che possono aiutarlo a uscire dal suo stato.

La realizzazione di questa concezione della riduzione del danno richiede due condizioni.

La prima è quella che tutti gli interventi siano anche, seppure in quantità minima, un segno di accoglienza, espresso dalla presenza della dimensione educativa e terapeutica in ognuno di essi, ad esempio anche quello più banale della distribuzione delle siringhe, dei profilattici e della somministrazione del metadone. La seconda è quella di un progetto integrato di lotta alla droga che articoli tutti gli interventi all'interno di una rete sociale, in cui ciascuno si collega agli altri con pari dignità in una divisione complementare del lavoro.

CAPITOLO 13

La qualità degli interventi, la formazione degli operatori e la ricerca

Nel corso degli ultimi anni, conseguentemente ai mutamenti intervenuti nel campo dell'offerta e, soprattutto, della domanda di sostanze psicotrope, è stato necessario, per fronteggiare le problematiche legate alle recenti culture giovanili della droga, ripensare e diversificare le strategie di intervento dei servizi territoriali. Il processo, che ha avuto un notevole impulso anche a seguito della II Conferenza nazionale sulle tossicodipendenze tenuta a Napoli nel marzo 1997, ha rafforzato la collaborazione tra Istituzioni ed operatori, tra pubblico e privato, tra sanitario e sociale. Questa sinergia, ancora in fase di sistematizzazione, ripropone l'esigenza di un coordinamento, sottolinea la necessità di procedere metodicamente, con criteri riproducibili, alla valutazione dell'efficacia e dell'utilità sia delle iniziative terapeutiche che delle prestazioni effettuate.

Questa spinta di adeguamento non può certo prescindere da una preparazione più salda, specifica, aderente alla realtà degli operatori dei servizi pubblici o privati e da un sistematico investimento sulla obbligatorietà di un continuo aggiornamento ed arricchimento professionale.

L'obiettivo di una rete integrata dei servizi sanitari-sociali, pubblici-privati potrebbe essere in parte raggiunto prevedendo, nei singoli programmi formativi, specifiche "aree inter-professionali" grazie alle quali il "saper lavorare in equipe" diventi uno dei requisiti professionali, dove la collaborazione e la complementarietà vengano sviluppate di consenso e tradotte in procedure operative ed interventi sinergici applicati ad obiettivi precisi, adeguati, chiari e comuni.

Pur essendo oramai acquisito che la formazione degli operatori è il presupposto essenziale per qualsiasi tipo di intervento, si rileva ancora una carenza di formazione di base che coinvolge l'Università, le Scuole di specializzazione e gli altri settori formativi, soprattutto per le figure professionali necessarie al settore della riduzione della domanda, come medici, infermieri, assistenti sociali e psicologi. Si consideri che la formazione di base di medici e psicologi include solo marginalmente le nozioni e gli insegnamenti relativi all'abuso di droghe. Ugualmente risulta carente la formazione di base di assistenti sociali e di personale paramedico ed infermieristico. L'avvio di dottorati di ricerca e il coinvolgimento di medici neo laureati in tirocini da svolgere anche presso i Servizi di trattamento delle tossicodipendenze hanno rappresentato alcune delle attività per sviluppare il settore formazione che nonostante le sporadiche iniziative resta in Italia carente. In questo quadro, si è sviluppata storicamente

un'offerta di formazione extra universitaria da parte di Istituti, Centri ed organizzazioni che hanno fornito prodotti qualitativamente disomogenei.

Carente è la formazione di base di coloro che lavorano presso Enti ausiliari e che, provenendo spesso dai programmi stessi (ex tossicodipendenti) o dal volontariato generico, privilegiano la formazione *"on the job"* o, comunque, una formazione troppo spesso legata solo al modello di intervento tipico di quella struttura.

Nel corso del 1998 si è fatta strada la pratica di corsi di formazione e di aggiornamento in cui si ritrovano operatori del settore pubblico e del volontariato. Data l'oggettiva necessità di formazione e di aggiornamento, sono molto frequenti corsi ed iniziative locali, anche dirette all'acquisizione di competenze per progetti specifici (nuove droghe, disintossicazione, intervento in carcere, psicoterapia, interventi preventivi, etc.).

Un modello molto frequente di aggiornamento è quello della supervisione o accompagnamento, nel quale gli operatori di un servizio pubblico o di un centro di volontariato sono seguiti nella discussione dei casi da un supervisore, generalmente esterno. Abitualmente, e per quanto riguarda la supervisione e l'aggiornamento degli operatori pubblici, le competenze sono della regione corrispondente.

Nei servizi per la prevenzione, il recupero ed il reinserimento dei tossicodipendenti a seguito del mutamento dei bisogni e, conseguentemente, dell'esigenza di diversificare metodi di approccio, trattamento e recupero, si continua a segnalare l'esigenza di raggiungere una cultura unitaria degli operatori che possa essere uno strumento efficace nel raccordare *"normative"* e *"conoscenze tecnico-scientifiche"* disponibili per l'operare di tutti i giorni.

Formazione armonizzata degli operatori come attività propedeutica allo sviluppo della qualità degli interventi, alla qualità dei dati rilevati per i sistemi di monitoraggio, alla qualità - attualità professionale degli operatori, alla possibilità di effettuare nei servizi e con i servizi ricerca finalizzata di qualità sempre più adeguata alla comparazione di indicatori a livello europeo.

La comparabilità dei dati e degli indicatori rappresenta uno degli obiettivi prioritari che i 15 Paesi europei si sono impegnati a raggiungere in collaborazione con l'Osservatorio europeo sulle droghe e le tossicodipendenze di Lisbona: un adeguamento degli operatori dei servizi ad uno standard conoscitivo europeo risulta pertanto opportuno.

Pur se in maniera territorialmente disomogenea si è intensificata l'attività di formazione/aggiornamento di figure professionali sanitarie, sociali, educative, di controllo attraverso programmi delle singole Amministrazioni dello Stato, delle Regioni, degli Enti locali, del volontariato e attraverso specifici progetti nazionali e locali in parte finanziati dal Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga.

Dal Ministero della Sanità, è stato realizzato il progetto SerT-ISS: *"Aggiornamento, documentazione e training del personale dei SerT a scopi di ricerca scientifica"*. E' significativo segnalare che la ricerca si è sviluppata in modo sinergico e complementare con le finalità dei progetti di valutazione del Ministero della Sanità attualmente in corso (valutazione delle attività dei servizi

pubblici per le tossicodipendenze e costruzione del profilo di qualità degli interventi) e si è raccordata con l'operato delle regioni. Il progetto SerT-ISS è stato sviluppato per:

- promuovere una cultura unitaria degli operatori in grado di mettere a frutto le conoscenze tecnico-scientifiche maturate e di comprovata validità;
- realizzare, per il raggiungimento di tale obiettivo, un quadro di riferimento dello stato dell'arte presso le strutture coinvolte nel progetto;
- approdare ad obiettivi conoscitivi e formativi che favorissero tra i partecipanti la cultura della valutazione dell'operato;
- promuovere la conoscenza e l'adozione di indicatori diretti ed indiretti validati in ambito europeo;
- fornire agli operatori strumenti minimali, ma comparabili per impiantare un processo stabile e duraturo di autovalutazione dell'attività del proprio servizio, con il proposito di incrementare la qualificazione delle professionalità che vi operano, migliorare l'efficacia dell'intero intervento ed incidere sul rapporto beneficio/costo.

E' stato portato a termine il primo *Master* poliennale in "Epidemiologia delle Tossicodipendenze", organizzato e gestito dall'Osservatorio Epidemiologico della Regione Lazio, a cui hanno partecipato operatori provenienti sia dagli Osservatori provinciali sulle tossicodipendenze attivi presso i SerT sia altri operatori degli uffici regionali per le tossicodipendenze.

Alcune amministrazioni regionali hanno avviato corsi di aggiornamento specificamente diretti al personale degli Enti ausiliari sprovvisto di specifico titolo di studio. Questi corsi hanno permesso una sanatoria della posizione legale dei soggetti interessati che sono, quasi tutti, provenienti da comunità terapeutiche.

Un altro filone molto ricco è l'aggiornamento sulle tematiche relative all'alcoolismo, sia per quanto riguarda l'epidemiologia del fenomeno che i trattamenti possibili. I corsi in questione sono paralleli all'assunzione di soggetti alcoolisti nella casistica dei Ser.T.

La ricerca nel settore delle tossicodipendenze in Italia è svolta da diverse strutture. I canali di finanziamento sono estremamente diversificati ed al momento non è possibile ricostruire un panorama nazionale esaustivo. Per la ricerca di base, fra i centri universitari più attivi si evidenzia il Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Cagliari, alle cui linee di ricerca sono collegati altri istituti universitari. Esistono inoltre diversi Istituti di medicina forense presso cui si realizzano importanti progetti di ricerca sulle determinazioni tossicologiche in ambito forense. Per la ricerca epidemiologica l'Istituto Superiore di Sanità ha svolto numerosi studi sulle patologie correlate, mentre l'Osservatorio Epidemiologico della Regione Lazio ha svolto studi più specificamente riguardanti prevalenza, comportamenti a rischio e mortalità dei tossicodipendenti. L'Istituto di Fisiologia del Consiglio Nazionale delle Ricerche di Pisa ha condotto studi epidemiologici a carattere nazionale su campioni di popolazione giovanile, messo a punto nuove metodologie per la prevenzione primaria nelle scuole e sviluppato sistemi per il monitoraggio (analisi e

valutazione) dei soggetti che hanno impatto con le istituzioni (forze dell'ordine, servizi socio-sanitari, SerT, etc..) su aree geografiche provinciali. L'Istituto Mario Negri di Milano ha condotto studi sulle tipologie dei trattamenti e la valutazione delle attività dei servizi pubblici. Gli Istituti maggiormente attivi nella ricerca clinica risultano quelli delle Università di Cagliari, Siena, Pisa, Modena, Firenze e l'Università "La Sapienza" e "Cattolica" di Roma. Si segnalano, di seguito, alcuni progetti di ricerca i cui esiti sono disponibili.

Ricerca sulla "First treatment demand" - Sono disponibili i risultati della ricerca condotta dall' Istituto Superiore di Sanità su un campione di Servizi pubblici italiani collocati in 13 diverse regioni, utilizzando il protocollo "First treatment demand" del "Gruppo Pompidou" del Consiglio d' Europa negli anni 1994-1996. La ricerca ha sperimentato l'applicazione in Italia del "protocollo Pompidou" e delle sue varianti, come futuro protocollo dell'OEDT e quindi nazionale per la raccolta dei dati individuali sulla domanda di trattamento. In tale ambito la ricerca ha costituito una importante occasione di coinvolgimento dei servizi pubblici, e in particolare degli operatori normalmente impegnati in attività cliniche, in un progetto nazionale, secondo un modello di partecipazione che si spera venga sempre più frequentemente utilizzato.

Ricerca sui trattamenti con metadone nella Regione Emilia Romagna. Il trattamento di mantenimento con metadone pone pesanti interrogativi sulle modalità cliniche, sul dosaggio, sulla durata, ma soprattutto interpella gli operatori sull'impiego dei criteri che orientano la scelta terapeutica. Al contempo, gli interventi psicosociali, che dovrebbero integrare l'azione farmacologica, così come le metodologie di valutazione, presentano una frammentarietà, una incertezza e una mancata condivisione di criteri di utilizzo tali da renderli di difficile gestione. Pertanto, un approfondimento che si traduca in un approccio con il farmaco più corretto e scientifico sembra essere utile nel panorama italiano, soprattutto in considerazione delle tipologie psicologiche e comportamentali dei pazienti. La necessità di criteri diagnostici per l'ammissione al trattamento, il problema di una comprensione migliore delle modalità gestionali attraverso cui si possono ottenere risultati più significativi, le questioni relative al monitoraggio dei pazienti in metadone, il *setting* e la rilevanza degli interventi associati, rappresentano gli elementi di conoscenza da sviluppare alla base di questo protocollo di ricerca. Si tratta di uno studio articolato in due sezioni: una retrospettiva, relativa ai pazienti già inseriti in trattamento protratto con metadone, l'altra, prospettica, per i pazienti inseriti per la prima volta nel trattamento con metadone; entrambe, comunque, sono finalizzate alla valutazione dell'andamento clinico dei pazienti in relazione alle tipologie comportamentali, psichiche, agli elementi socioambientali e tossicologici.

Le ricerche effettuate negli anni 1997 e 1998 dalla rete IREFREA, nell'ambito del Progetto Sonar finanziato dalla Comunità Europea hanno confermato i dati emersi da altri studi in merito alle caratteristiche dei consumatori di Ecstasy, con particolare riferimento alla mancata identificazione dei giovani consumatori con lo stereotipo del tossicodipendente.