

In campo scientifico e di ricerca, si percepisce comunque molto pesante la mancanza di un coordinamento degli sforzi prodotti e di una guida in grado di identificare le priorità.

La sensazione è che Università, Regioni, Enti locali, Enti ausiliari e reti di operatori professionali, in carenza di linee di politica di ricerca specifiche del settore, producano risultati il più delle volte isolati e privi delle possibilità di ricaduta che, invece, meriterebbero. Si evidenzia la necessità di attivare, come ad esempio fatto precedentemente tramite il progetto finalizzato sulle tossicodipendenze del Consiglio Nazionale delle Ricerche negli anni 1981-1986, un progetto nazionale pluriennale ad ampia gamma di temi trattati (neurobiologia, psico-sociologia, clinica medica e psichiatrica, epidemiologia, etc.), in grado di produrre significative ricadute negli anni successivi su più aree territoriali e che coinvolga non solo le strutture istituzionali della ricerca ma anche e fortemente le strutture regionali e i servizi.

Le azioni per la riduzione del danno

Capitolo 14

Le strategie complesse e la rete di interventi

L'obiettivo generale che le organizzazioni si devono prefiggere nella lotta alla droga è mettere a punto sistemi preventivi, terapeutici e riabilitativi sempre più efficaci; questo intento deve essere perseguito con costanza ed impegno da tutte le componenti sociali, al fine di assicurare una risposta globale in grado di contrastare sia l'uso di sostanze stupefacenti che, contestualmente, le gravi patologie e le situazioni devianti correlate all'uso di sostanze.

Considerate anche le situazioni epidemiche e le altri gravi conseguenze sociali correlate al fenomeno tossicodipendenze, non vi è dubbio che la prevenzione delle patologie correlate e delle situazioni devianti correlate all'uso di droghe sia di fondamentale importanza e che questo aspetto debba sempre essere considerato prioritario rispetto anche agli stessi interventi di cura e riabilitazione.

Nell'impostare le strategie e le scelte programmatiche su questo punto, non va dimenticata la centralità della persona e la necessità di offrire opportunità globali oltre alla contemporanea importanza di evitare infezioni mortali e pericolose come quella da HIV o da virus epatitici, di incidere sugli episodi di overdose, sull'inserimento nelle attività criminali e il ricorso alla prostituzione.

Questi obiettivi di prevenzione secondaria devono essere perseguiti dalle strutture pubbliche di intervento (SerT) e delle comunità terapeutiche e considerati come "atti dovuti" e meglio valorizzati anche con una contemporanea e costante offerta di inserimento delle persone tossicodipendenti in percorsi di recupero ad alta soglia e tendenti alla risoluzione radicale del problema.

La tossicodipendenza pertanto deve essere considerata come una vera e propria patologia con gravi risvolti psicologici e sociali alla quale è necessario rispondere con contemporanee azioni a vario livello e con programmi individualizzati, senza mai demordere dall'obiettivo finale (non vincolante) di cessare totalmente e quanto prima l'uso delle sostanze stupefacenti, ma rispondendo a tutti i bisogni assistenziali (fisici, psicologici e sociali) anche in assenza di una motivazione alla sospensione immediata dell'uso delle sostanze.

In questa logica va garantita a tutti coloro che assumono sostanze psicoattive secondo modalità dannose, non terapeutiche od a rischio, nonché ai loro familiari, il diritto a fruire di adeguati supporti, trattamenti e cure precoci ed accessibili (nel rispetto della libera scelta del luogo e delle modalità di cura), finalizzati al recupero della persona mediante la sospensione dell'uso di sostanze ed il reinserimento in una vita dignitosa ed indipendente.

Non bisogna dimenticare che oltre al dovere delle istituzioni di fare ciò che è in loro potere per proteggere e promuovere la salute dei cittadini (comprese le persone tossicodipendenti), esiste il diritto, costituzionalmente previsto, che gli utilizzatori di droghe abbiano a disposizione (al pari di qualsiasi cittadino) efficaci e permanenti informazioni ed azioni tese a prevenire l'acquisizione di patologie correlate all'uso di sostanze psicoattive e le conseguenti altre gravi situazioni sociali ed ambientali, quali le attività criminali e la prostituzione.

Va quindi chiarito che con il termine "attività di riduzione del danno" si devono intendere le attività di prevenzione secondaria finalizzata a ridurre e prevenire i rischi e i danni (in ambito biologico, psichico e sociale) potenzialmente correlati all'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope.

Queste attività sono dirette alle persone che già utilizzano sostanze stupefacenti e sono da considerare un "atto dovuto" ed inderogabile, anche da parte degli operatori che espletano attività di cura e riabilitazione. L'attività di prevenzione secondaria infatti non può essere disgiunta dalle attività di cura e riabilitazione essendone parte integrante come lo sono i rischi di ricaduta durante le terapie. Tale attività è parte integrante degli interventi a favore delle persone a rischio di utilizzare sostanze o che già utilizzano droghe e va considerata fortemente strutturata nel complesso delle azioni a favore di queste persone.

L'uso di sostanze stupefacenti può comportare rischi e possibili danni, conseguentemente le azioni di prevenzione devono essere centrate sia sui fattori principali (cause) che generano il danno, sia sulle evidenze successive (effetti a breve termine e a lungo termine). Si riportano in seguito i principali fattori individuali ed ambientali determinanti il rischio su cui è possibile intervenire ricordando che la fattibilità dell'intervento dipende dalla raggiungibilità degli obiettivi.

Fattori individuali che determinano il rischio:

- a livello della consapevolezza, il livello di conoscenza dei rischi, delle norme protettive e la percezione del rischio;
- a livello del sapere, fare il livello di abilità nell'applicare le pratiche preventive;
- a livello del volere, fare l'intenzione di attivare il comportamento protettivo;
- a livello del potere, fare i fattori compulsivi "drive indotti" (*craving*, sintomi. astinenziali, forti disagi psichici, ecc.);
- a livello del fare, l'evitamento dei comportamenti a rischio.

Contemporaneamente, è necessario considerare i fattori ambientali che possono determinare il rischio:

- a livello della disponibilità di informazioni e servizi, la disponibilità di opzioni preventive;
- a livello delle regole e delle attività dei presidi, le condizioni ambientali sfavorevoli e casuali.

Nel valutare i possibili rischi e danni derivanti dall'assunzione di sostanze stupefacenti va contestualmente considerato che il possibile danno e la relativa gravità non dipendono esclusivamente dalla sostanza e dalle modalità di assunzione ma anche dalle caratteristiche comportamentali, psichiche e sociali della persona che utilizza tali sostanze anche al di fuori del contesto di assunzione. Vi è quindi un fattore "individuo" che può agire come amplificante o riducente i possibili danni derivanti dall'uso di sostanze.

La vulnerabilità individuale allo sviluppo di "*addiction*" e all'acquisizione di danni correlati all'uso di sostanze, molto diversa da individuo ad individuo, fa sì che vi siano anche diverse modalità di utilizzo delle sostanze e di conseguente esposizione al rischio. L'introduzione di questo concetto nella strutturazione degli interventi di prevenzione secondaria risulta indispensabile al fine di non incorrere nell'errore di sottovalutare situazioni di rischio che per molti potrebbero essere controllate ma che per persone particolarmente vulnerabili potrebbero risultare anche mortali.

Sono proprio queste fasce maggiormente esposte a dover essere tutelate. Questa diversa esplicitazione del possibile danno fa sì che gli operatori si debbano comportare con estrema prudenza e cautela nel valutare (e conseguentemente agire) ciò che si può considerare rischioso per l'individuo, evitando generalizzazioni, in quanto esistono gruppi di soggetti più vulnerabili di altri e che, ad oggi, non è possibile identificare preventivamente. Va ricordato comunque che chiunque utilizzi sostanze stupefacenti è sottoposto a vari rischi più o meno elevati in base anche al proprio grado di vulnerabilità e al tipo di sostanza. Vengono di seguito elencati i principali possibili esiti dell'esposizione al rischio derivante dall'assunzione di sostanze, per i quali si strutturano interventi e per i quali è possibile individuare indicatori validi.

I primi da considerare sono i possibili effetti diretti delle sostanze, quali le intossicazioni acute con rischio di decesso, le intossicazioni croniche e la perdita della normale capacità relazionale. Successivamente, sono da considerare i possibili effetti correlati alle modalità e comportamenti di assunzione come le patologie diffusive. Infine, i possibili effetti indiretti "sociali, spesso rappresentati dagli incidenti e traumi, dalle attività illegali alle conseguenze giuridiche, alla prostituzione, alla diminuzione della qualità della vita, ai danni a terzi e alla diminuzione della produttività e dell'autonomia.

Nello strutturare interventi va ricordato che in via prioritaria ed in maniera molto pragmatica e decisa è necessario puntare a ridurre soprattutto le tre principali cause di morte che si riscontrano nelle persone che utilizzano sostanze stupefacenti e cioè l'AIDS, l'overdose e gli incidenti traumatici. Altre azioni dovranno essere strutturate per ridurre i rischi correlati soprattutto in ambito psichico e sociale anche per quelle sostanze che con una valutazione superficiale vengono considerate "poco pericolose" perché assunte con modalità non iniettive o meno costose o per le quali i danni non sono ancora precisamente provati nell'uomo ma solo nei modelli animali.

Ogni sostanza ha un proprio rischio specifico dipendente dalle sue caratteristiche farmacodinamiche e farmacocinetiche che determinano la tossicità acuta e cronica. Va tuttavia considerato che i rischi direttamente correlati alle caratteristiche delle sostanze variano fortemente in base ad una

serie di cofattori dipendenti sia dall'individuo che dal contesto di assunzione oltre che dalla presenza di altre sostanze che possono potenziare gli effetti negativi.

Questi cofattori sono: la vulnerabilità dell'individuo all'*addiction* e cioè a sviluppare dipendenza, la vulnerabilità al passaggio a droghe più potenti dopo aver sperimentato sostanze a bassa efficienza, la modalità di assunzione.

Altri importanti cofattori di rischio, molto variabili da individuo ad individuo e non prevedibili, sono gli effetti individuali sulla *performance*, sullo stato psichico e le ripercussioni sulla situazione sociale generale (famiglia, lavoro, integrazione, ecc.). Alla luce di quanto detto si può comprendere che sostanze di diverso tipo e di diversa potenza (in termini farmacodinamici) possono risultare imprevedibilmente molto rischiose e mortali per alcuni individui e in particolari contesti, mentre per altri individui ed in altri contesti quasi totalmente scevre da rischi.

Va inoltre ricordato che quasi mai gli individui dediti all'uso di sostanze ne utilizzano una sola e che nel percorso di sperimentazione spesso ne utilizzano vari tipi (e a vari dosaggi).

Le azioni di riduzione del rischio devono quindi essere indirizzate per tutte le sostanze stupefacenti, tenendo conto che la miglior difesa è non usare droga e che ogni sostanza ha proprie caratteristiche e potenzialità tossicologiche che possono estrinsecarsi in maniera completamente diversa da individuo ad individuo.

I soggetti interessati alle azioni di riduzione del rischio sono tutti gli utilizzatori di droghe, in trattamento o no. Soprattutto per le persone non ancora in contatto con i servizi vi è la necessità di sviluppare azioni di prevenzione delle patologie correlate all'uso di sostanze ma queste attività devono entrare anche nella pratica clinica dei servizi e delle comunità per tutte le persone in carico.

Risulta evidente che le azioni devono riguardare cinque principali tipologie di ambienti: luoghi di aggregazione (piazze, ritrovi, eventi musicali e di divertimento), centri di prima accoglienza, SerT, comunità terapeutiche, carceri. Si è dimostrato efficace il coinvolgimento anche della rete delle farmacie, dei medici di medicina generale, delle associazioni sportive e ricreative.

Nel prendere in considerazione le azioni che si sono dimostrate più valide ed accreditate nel ridurre i rischi è necessario ricordare in anticipo che le azioni:

- devono essere tese ad agire direttamente sui fattori determinanti il rischio correlato all'uso di sostanze, mediante metodologie di cui se ne conosca l'efficacia (approccio pragmatico e scientificamente orientato).
- devono avere come obiettivo generale comune la prevenzione delle patologie e delle situazioni devianti correlate all'uso di sostanze.
- di riduzione del rischio non devono essere confuse con le azioni finalizzate all'aggancio precoce della persona, alla relazione, alla cura, alla riabilitazione e alla prevenzione della ricaduta.

- di riduzione del rischio e del danno sono da considerarsi prioritarie anche rispetto alla stessa terapia e pertanto l'accesso a tali opzioni non può essere vincolato all'accettazione da parte della persona tossicodipendente di vincolanti programmi terapeutici.

E' evidente che la miglior difesa è non usare droghe, ma è altrettanto evidente che non è possibile puntare alla sospensione immediata dell'uso delle sostanze per ridurre i rischi. Tale strategia si è rilevata nella maggior parte dei casi non perseguibile per la presenza di fattori individuali, che sostengono il comportamento di abuso, che richiedono per la loro modifica interventi nel medio-lungo termine. Le azioni che hanno trovato riscontro scientifico nel contesto italiano in termini di efficacia nella riduzione delle principali cause di morte e di inabilità per le persone tossicodipendenti ad oggi sono:

- informazione sui rischi e pericoli correlati all'uso delle sostanze, ovvero informare le persone che già usano sostanze, mediante campagne generali e con informazioni specifiche sui rischi e pericoli correlati all'uso. In questo caso si è dimostrato utile non tanto dissuadere le persone ma consentire un uso più controllato e meno rischioso delle sostanze. Tuttavia va ricordato che per le persone con alta attitudine al rischio, e con personalità *"novelty seeking"* o *"reward dependent"* vengono stimulate da informazioni di questo tipo. Queste persone, pur essendo la frazione minoritaria, sono anche quelle più vulnerabili allo sviluppo di *"addiction"*. L'informazione individuale tramite *"counseling"* specifico si è dimostrata più efficace nel ritenere informazioni utili e personalizzate sul rischio correlato alle specifiche sostanze;
- informazioni sulle modalità di riduzione dei rischi e pericoli dell'uso di sostanze, cioè informare mediante programmi generalizzati e individuali le persone che utilizzano droghe sulle modalità di riduzione dei rischi e pericoli derivanti dall'uso di sostanze. Tale azione si è dimostrata efficace soprattutto per lo scambio di siringhe e per l'overdose. In questo contesto, bassa efficacia hanno dimostrato, soprattutto nel tempo, le informazioni relative all'uso del profilattico. Una certa efficacia è stata provata nelle informazioni riguardanti la prevenzione dell'uso contemporaneo di sostanze e del grande incremento del rischio derivante;
- distribuzione di strumenti atti a iniettarsi le sostanze per via endovenosa in condizioni di sterilità attraverso programmi sia di scambio che di distribuzione delle siringhe. Si sono dimostrate in questo caso migliori i programmi che hanno utilizzato operatori rispetto a distributori automatici e che hanno visto il coinvolgimento della rete permanente delle farmacie. Oltre alla semplice siringa sterile è stata dimostrata l'utilità anche della distribuzione contemporanea delle fiale di acqua sterile e di salviette disinfettanti;
- distribuzione di profilattici, anche se non è mai stata provata l'efficacia della distribuzione episodica di profilattici nell'indurre a variazioni comportamentali stabili in soggetti con comportamenti a rischio. Tuttavia, un aumento persistente della possibilità di avere a disposizione profilattici può ridurre i tassi di incidenza delle malattie sessualmente trasmesse. La distribuzione di profilattici a scopo dimostrativo può comunque promuovere un modello culturale tale da agevolare la prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse;

- distribuzione di naloxone a persone tossicodipendenti anche se, nel nostro Paese, non ha ancora trovato conferme scientifiche della sua efficacia e sull'assenza di rischi od effetti collaterali. La letteratura internazionale riporta dati contrastanti. Tuttavia, si ritiene che debbano essere poste in atto sperimentazioni per valutarne l'efficacia e gli eventuali rischi, considerata l'ipotizzabile razionalità dell'intervento. L'uso del naloxone dovrebbe sicuramente essere previsto per gli operatori di prevenzione in strada e per i familiari delle persone tossicodipendenti;
- l'attivazione di sistemi di allerta rapidi, in grado di avvertire gli eventuali utilizzatori di sostanze di pericolose "anomalie" riscontrate dall'esame dei campioni sequestrati, può in qualche modo essere di aiuto per evitare le sequenze di overdose o altri tipi di effetti indesiderati. Ad oggi, anche se è razionalmente ipotizzabile un beneficio, non vi sono dati certi dell'efficacia. Si ritiene che tali sistemi possano correttamente trovare utilità ed applicazione razionale solo per quanto riguarda l'eroina;
- *training* comportamentali per incrementare le abilità preventive individuali che hanno dimostrato la loro efficacia nel produrre variazioni comportamentali stabili nei tossicodipendenti. Queste esercitazioni in vivo, eseguite da operatori facilmente addestrabili, riescono a coinvolgere le persone tossicodipendenti e a modificarne i comportamenti nel tempo soprattutto per quanto riguarda le pratiche iniettive sicure e la prevenzione e il soccorso all'overdose. Queste tecniche dovrebbero trovare costante applicazione sia nelle unità mobili che presso i SerT e le comunità terapeutiche;
- interventi "sul luogo" mediante unità mobili per raggiungere ambienti e situazioni non altrimenti raggiungibili si sono dimostrati di sicuro effetto nelle aree metropolitane ed urbane. E' auspicabile che tale metodologia venga permanentemente integrata nell'organizzazione stabile per l'assistenza ai tossicodipendenti;
- aumento della facilità di accesso ai servizi e della presa in carico precoce, avendo dimostrato la loro capacità a ridurre i rischi e i danni derivanti dall'uso delle sostanze stupefacenti. Questa azione da parte dei SerT dovrebbe essere considerata prioritaria ed irrinunciabile portando alla strutturazione di organizzazioni orientate a creare situazioni tali da perseguirne gli scopi;
- terapie con farmaci sostitutivi che hanno dimostrato come durante la fase di trattamento si ottengono risultati anche sulla riduzione dell'incidenza dell'overdose, dell'infezione da HIV, degli eventi criminali e delle attività di prostituzione ma soprattutto si può ottenere l'affrancamento dall'uso di eroina;
- offerta del test per l'HIV con opportuno *counseling*, che si è dimostrata efficace nel ridurre i tempi di diagnosi e nel rendere precocemente edotto il soggetto sieropositivo del proprio stato. Tali interventi producono, al contempo, variazioni comportamentali spontanee in senso preventivo, facendo accedere i soggetti interessati alle cure specifiche anti HIV ma soprattutto permettono l'attivazione delle profilassi delle infezioni opportunistiche che attualmente sono in grado di ridurre l'incidenza;

▪ azioni deterrenti e di controllo del tasso alcolemico nei guidatori, che, se intensificate, si sono dimostrate capaci di ridurre nel fine settimana il numero di incidenti stradali infausti.

Altre azioni hanno trovato favorevole applicazione ma scarsa dimostrazione di efficacia, nel senso che per molte di loro non è stata approntata una corretta valutazione.

Offerta ed azioni di contrasto dell'offerta

Capitolo 15

Il contrasto del mercato

Attività antidroga svolta dalla Polizia di stato, dall'Arma dei Carabinieri e dal Corpo della Guardia di Finanza

L'azione di contrasto alla droga posta in essere dalle Forze di polizia e dalle Autorità doganali interne ha fatto registrare generalizzati incrementi in quasi tutti i settori. Il numero di **operazioni antidroga** portate a termine (21.100) si è incrementato del 4,2% rispetto all'anno precedente. Le operazioni sono concentrate prevalentemente nell'Italia del Nord (49%); segue l'Italia del Sud (28%). La Lombardia (13,4%) e il Piemonte (11,6%) sono le regioni con il maggior numero di interventi. Le regioni del Centro e del Sud che hanno registrato il più elevato numero di operazioni sono il Lazio, la Toscana, la Campania, la Sicilia, la Puglia.

L'entità di **sequestri di sostanze stupefacenti** (complessivamente Kg. 57.319), è così variata rispetto al 1997:

Eroina: (703,336 Kg.); incremento del 48,2%. Il 18% dell'eroina sequestrata in Italia proviene dalla Turchia.

Cocaina (2.143,804 Kg.); incremento del 30%. Le nazioni di maggiore provenienza sono la Colombia, il Brasile ed il Venezuela, rispettivamente con l'8,9%, l'8,6% ed il 5,2% del totale della cocaina sequestrata.

Cannabis (54.198,753 Kg.); diminuzione del 10,6%, risultante da un decremento dei sequestri di marijuana e da un incremento di sequestri di hashish. La nazione con la più massiccia provenienza di marijuana è l'Albania (con oltre il 28% del totale dei sequestri), seguita dal Ghana (17% circa). La Spagna (con oltre il 31%) ed il Marocco (con quasi il 21%) sono i Paesi da cui in più larga misura proviene l'hashish.

Amfetaminici (131.728 dosi); diminuzione del 4%. L'Olanda è il Paese con più rilevante provenienza (oltre il 13%).

LSD: (272,684 Kg.); incremento del 22%. L'Olanda è il Paese con più elevata provenienza.

Per la cocaina il *record* dei quantitativi sequestrati spetta all'Italia del Nord, con il 60% del totale sequestrato.

Le regioni nelle quali si è registrato il più elevato quantitativo di cocaina sequestrata sono il Trentino-Alto Adige (circa un terzo del totale nazionale), il Lazio e la Lombardia.

Per l'eroina è l'Italia meridionale ad occupare il primo posto con il 43% del totale.

Le regioni interessate ai maggiori sequestri di eroina sono la Lombardia, l'Abruzzo, la Puglia ed il Lazio.

Anche per la cannabis ed i derivati, il Sud conferma il primato delle quantità sequestrate.

Al primo posto la Puglia (oltre il 33%); seguono il Friuli-Venezia Giulia, la Toscana e la Lombardia.

Sequestri notevoli di amfetaminici si sono avuti in Veneto, Lombardia, Emilia-Romagna.

I sequestri di L.S.D. sono stati quasi esclusivamente localizzati nell'Italia del Nord.

Le **segnalazioni alle Autorità Giudiziarie dei reati previsti dal DPR 309/1990 in materia di disciplina degli stupefacenti e delle sostanze psicotrope** hanno riguardato complessivamente 33.179 persone, di cui 23.886 sono state colpite da provvedimento restrittivo (72% del totale delle persone indagate). L'area geografica più interessata è il Nord, con quasi 11.000 persone colpite da provvedimento restrittivo su un totale di 15.329 persone indagate a livello nazionale.

Il numero di persone indagate è rimasto praticamente invariato rispetto all'anno precedente ed è la risultante di una diminuzione del 5% di cittadini italiani e di un incremento di oltre il 12% di cittadini stranieri.

La distribuzione per tipologia di reato è la seguente: 80% attività di vendita, 10% sequestro a seguito di rinvenimento, 10% traffico.

Il numero di persone deferite all'autorità giudiziaria per tipologia di stupefacenti è la seguente:

- Cannabis 15.066
- Eroina 11.482
- Cocaina 5.731
- Anfetamine 565

Dal 1987 al 1998 si è registrato un incremento del 44% del numero di persone oggetto di informativa giudiziaria per reati di droga. Nello stesso periodo, il numero degli stranieri è aumentato del 582%.

Gli stranieri sono più frequentemente colpiti da provvedimento restrittivo (87%) rispetto agli italiani (65%).

Il numero di soggetti minorenni oggetto di informativa giudiziaria (1.296, di cui 700 appartenenti all'area geografica dell'Italia settentrionale - soprattutto Piemonte- e 244 all'Italia centrale - prevalentemente Toscana - aumenta del 4,7%; tale valore, riferito agli stranieri, si incrementa di oltre il 60%.

Dal 1987 al 1998 si è più che raddoppiata (oltre il 110%) l'incidenza dei minori sul totale.

Procedimenti penali per reati connessi alla disciplina delle sostanze stupefacenti e psicotrope (al 30 giugno 1998)

Al 30 giugno 1998 (non è possibile prendere in considerazione anche i dati riferiti al secondo semestre in quanto le informazioni finora pervenute non superano il 10%) risultano pendenti presso le Autorità giudiziarie dei vari distretti 50.046 procedimenti penali connessi alla disciplina delle sostanze stupefacenti e psicotrope, di cui 47.697 per produzione e traffico di stupefacenti in forma individuale (art. 73 del DPR n. 309 del 1990), 2.154 per produzione e traffico di stupefacenti in forma associata (art. 74), 123 per interruzione del programma terapeutico o per altre violazioni (artt. 75 e 76), 61 per agevolazione all'uso di sostanze stupefacenti (art. 79), 11 per istigazione, proselitismo ed induzione al reato di persona minore (art. 82).

L'Italia del Nord risulta la più interessata dal fenomeno, con 22.604 procedimenti pendenti (pari al 45,2% del totale), la maggior parte dei quali riguardano produzione e traffico di stupefacenti in forma individuale. Questi ultimi investono, in particolare, i distretti di Torino, Bologna, Milano, Genova, Venezia. Quelli che riguardano la forma associata (543) vedono Genova prima di Torino e Milano. I procedimenti per interruzione del programma terapeutico risultano pendenti in maggior numero nel distretto di Torino (59,4%), scarsamente interessanti o nulli nei restanti.

Rilevante è il numero di procedimenti pendenti nell'Italia centrale: 10.990 (pari al 22% del totale), di cui 10.327 per produzione e traffico in forma individuale. 4.533 si riferiscono al distretto di Corte d'Appello di Roma (non sono pervenuti i dati riferibili al Tribunale di Roma). Tale rilevanza appare del tutto compatibile con l'andamento generale dei procedimenti, che fa registrare picchi di massima concentrazione nelle aree metropolitane di grandi dimensioni e limitrofe; il confronto con i dati emergenti in corrispondenza di altri centri simili per densità demografica e realtà urbane consente un immediato riscontro (Torino, Bologna, Milano, Genova ed in misura minore Venezia e Brescia).

Nell'Italia meridionale, dove il numero dei procedimenti pendenti - 10.583, pari al 21,1% del totale - è di poco inferiore a quello dell'Italia centrale, la massima concentrazione è stata registrata nel distretto di Napoli. Di scarso rilievo, seppure in aumento, è la pendenza dei procedimenti nell'Italia insulare (5.869, pari all'11,7%), con i distretti di Catania, Palermo e Messina in evidenza.

Parte Terza

Argomenti di approfondimento

CAPITOLO 16

Alcool, tabacco, farmaci e sostanze illecite tra gli adolescenti ed i giovani

Attualmente non si può parlare di giovani in senso generale, occorre confrontarsi con un insieme composito di soggettività giovanili, prodotto di una vera e propria individualizzazione del percorso personale di crescita che i giovani vivono e che è conseguenza della ricerca di un cammino sempre più personale e soggettivo, nella transizione verso l'età adulta, solo parzialmente correlato all'età anagrafica.

Negli ultimi anni, in questa fascia di popolazione sono maturati e consolidati nuovi atteggiamenti soprattutto in termini di approccio alle sostanze stupefacenti e psicotrope, alcune mode sono diventate costume (poliassunzioni), alcune trasgressioni (uso di stimolanti per gestire il divertimento) hanno assunto i connotati della norma e, in alcuni casi, di una vera e propria esigenza.

In maniera sempre più marcata, nella popolazione di giovani che afferisce per la prima volta ai SerT si registra una flessione degli assuntori problematici di eroina (sempre più sniffata che iniettata).- dal '92 ad oggi si è registrata una riduzione del 5,6 %- ed è in aumento il numero di utenti che fa un uso problematico di cocaina e di cannabis.

Se il dibattito sugli effetti dell'uso di cannabis sul comportamento e sulla salute è ancora aperto, è un dato di fatto che negli ultimi anni i servizi sul territorio registrino utenti con problemi legati a questo tipo di abuso.

La paura dell'AIDS può aver influenzato la scelta di assumere le sostanze per via inalatoria ed è probabilmente a ragione di questa tendenza che negli ultimi 2-3 anni nel mercato illecito sono state immesse formulazioni "fumabili" di diverse droghe, che hanno maggiore possibilità di penetrazione nel campo giovanile e in nuove aree di reclutamento. Nel caso dell'eroina si tratta di prodotti caratterizzati dalla presenza di più molecole psicoattive o più ricche di principio attivo; questa caratteristica fa temere che un'eventuale diminuzione del contenuto di principio attivo possa condizionare negli utilizzatori, per necessità e non per scelta, un ritorno pesante alla somministrazione per via endovenosa. Questa ipotesi sembra supportata dall'osservazione che anche la cocaina viene fumata, sniffata o iniettata a seconda delle caratteristiche sul mercato.

La via inalatoria viene da molti giovani considerata, a torto, completamente priva di rischi per ciò che attiene alla possibilità di contrarre malattie infettive o di sviluppare dipendenza. Questa errata percezione sta attualmente

agevolando l'introduzione dell'eroina quale strumento per automedicare, calmiere a piacimento la ipereccitabilità che in molti soggetti si accompagna all'abuso di psicostimolanti.

Qualora tale procedura dovesse diffondersi e trasformarsi in abitudine, i servizi potrebbero trovarsi ad affrontare nuove forme di dipendenza da eroina, dipendenze di seconda battuta e soprattutto crociate, dipendenze cioè molto più difficili da interrompere e nuove da trattare. A supporto di questa ipotesi, sono disponibili dati sulle abitudini assuntive dei giovani, rilevate in studi effettuati presso strutture pubbliche (SerT), nonché in ambito scolastico e ricreativo.

Utilizzando soprattutto una metodologia innovativa messa a punto a livello europeo per rilevare dati di contesto sulle richieste di trattamento, è stato possibile delineare e monitorare la tipologia dei "nuovi utenti" dei SerT, cioè dei soggetti che non hanno avuto precedenti contatti con i servizi e per i quali, attraverso l'uso del dato anamnestico dell'inizio dell'assunzione di sostanze, si è cercato di individuare i rispettivi comportamenti d'uso.

L'incremento delle richieste di primo trattamento fa pensare ad una maggiore diffusione o diversificazione del fenomeno oltre che ad un maggior ricorso ai servizi. In particolare, l'incremento della quota di nuovi utenti nella fascia di età da 15 a 19 anni, la maggiore presenza femminile e, soprattutto tra i maschi, un uso problematico di sostanze anche diverse dall'eroina (quali cannabis e cocaina) rappresentano segnali di cambiamento nel rapporto con le sostanze che è opportuno approfondire.

Si osserva inoltre il crescente uso di cocaina tra gli adolescenti ed i giovani studenti, osservazioni sostenute da numerosi studi condotti di recente nel nostro Paese in ambito scolastico e verificati anche nel campione di 26 mila giovani alla prima visita di leva preso in esame dallo studio TO.DI.3 condotto dall'Istituto Superiore di Sanità.

Dai risultati delle rilevazioni e degli studi emerge che la "nuova" utenza dei SerT sarà sempre più differenziata dalla rimanente popolazione che afferisce ai Servizi.

L'abbassamento dell'età media in relazione all'uso delle sostanze si rileva anche dalle informative di polizia giudiziaria nell'ambito delle quali si rileva un maggiore coinvolgimento di soggetti femminili in episodi legati ad ecstasy e cocaina rispetto a cannabis ed eroina.

Dai dati disponibili è quindi ragionevole ipotizzare una concreta diffusione della cocaina nella popolazione giovanile ed una maggiore popolarità delle sostanze "ricreative" rispetto agli oppiacei, per i quali la situazione sembra essere stabilizzata se non in declino.

Sembra inoltre rafforzata la consuetudine di utilizzare sostanze in combinazione tra loro. Ciò comporta diversi ordini di problemi, tra cui la difficoltà di scomposizione - valutazione dei singoli fattori di rischio e l'accresciuta difficoltà di un ritorno del soggetto ad uno stato di non abuso e non dipendenza.