

E, infine, maturata la convinzione che nelle nuove generazioni sia profondamente cambiato il rapporto con le sostanze chimiche, alle quali viene volontariamente affidata la gestione delle emozioni, delle relazioni e della *performance*. Le stesse motivazioni sottendono spesso il consumo di bevande alcoliche utilizzate dai giovani come preparazione, sostegno, succedaneo di nuove o meno nuove sostanze stupefacenti e di comportamenti a rischio.

Negli ultimi anni e sulla base di diversi studi effettuati anche dall'Istituto superiore di sanità, è stato osservato che i comportamenti a rischio appaiono difficilmente isolati: ad esempio, chi fuma fa spesso anche uso di alcol, chi beve è più portato all'uso di sostanze e raramente usa dispositivi di sicurezza.

Al di fuori dell'ambito scolastico e della popolazione afferente ai servizi territoriali, indicazioni utili circa l'uso di sostanze psicotrope tra giovani e giovani adulti provengono dalle rilevazioni effettuate in ambito militare, dai quali si rileva una riduzione delle modalità di consumo patologiche a fronte di un incremento del consumo occasionale e della quota di tossicofili. Si conferma anche una flessione dell'uso dell'eroina, un incremento dell'uso di cocaina, ecstasy e alcol. In flessione l'uso di cannabinici. I consumatori occasionali presentano rispetto agli altri assuntori maggiore scolarizzazione e minore frequenza di condanne penali, uso di sostanze quasi esclusivamente limitato a marijuana e hashish.

Altri dati importanti su una frangia di giovani, poco rilevante dal punto di vista numerico ma difficilmente raggiungibile, sono resi disponibili dal Ministero di Grazia e Giustizia, Ufficio Centrale Giustizia Minorile.

Attraverso questa fonte sono evidenziate informazioni circa il rapporto fra devianza giovanile e sostanze psicotrope, fra tipologie di sostanze assunte e livello di dipendenza, oltre che indicazioni sulla distribuzione territoriale degli assuntori di droga, tipologie di reati, accertamenti compiuti, interventi effettuati.

Il consumo frequente di droghe si accompagna spesso a disturbi dell'umore. Questo si verifica non solo nell'abuso cronico di oppiacei, ma anche di cannabis, di cocaina e negli assuntori di amfetaminici.

E' stato osservato che il trattamento dei disturbi dell'umore ha di riflesso un effetto positivo sul trattamento per l'abuso di droga ed apre nuove possibilità per supportare trattamenti di disassuefazione attualmente disponibili.

Questo è promettente anche nel caso di adolescenti con dipendenza da droga e da alcol che presentano disturbi bipolari: in tali casi, trattare i disturbi dell'umore si è dimostrato efficace per il trattamento della dipendenza da sostanza secondaria e per le relazioni del soggetto con la famiglia, la scuola e la società.

L'ambito della devianza giovanile e quello dell'abuso di droghe hanno assunto connotati parzialmente sovrapponibili nell'ambito del disagio giovanile. Questa osservazione acuisce i timori dei nuovi danni fisici e psichici che le recenti abitudini assuntive comportano; tra queste il fumo di sigaretta che, seppure in leggera flessione, conserva il suo posto. Tra 13 e 24 anni fuma circa ¼ dei

ragazzi ed il 13% delle ragazze. Il picco è tra 25 e 34 anni; in questa fascia di età, quasi il 36% dei giovani adulti fuma.

I dati ISTAT relativi al 1996 indicano per i soggetti di età superiore a 13 anni una prevalenza di fumatori pari al 34,9% per i maschi e al 17,6% per le femmine, con un numero medio di sigarette giornalmente consumate rispettivamente pari a 15 e 12.

Negli ultimi 15 anni l'uso di tabacco ha manifestato una crescente tendenza alla diminuzione, essenzialmente tra i maschi. Nel 1997, i fumatori italiani erano quasi 12,5 milioni, pari al 26% (32% uomini, 20% donne) della popolazione adulta, con una flessione per gli uomini del 2% rispetto all'anno precedente. La riduzione del numero di fumatori non sembra aver riguardato le femmine e gli studenti con età superiore a 18 anni, tra i quali si segnala un incremento dell'1,5% per la quota di coloro che fumano meno di 10 sigarette al giorno. Il 36% dei fumatori, secondo l'ISPO, consuma meno di 10 sigarette al giorno; a superare il pacchetto risulta essere il 13% dei fumatori (4% in meno rispetto al 1996).

La tendenza alla diminuzione del fumo di sigaretta va sostenuta e incoraggiata con misure specifiche per ridurre non solo i 90.000 morti ogni anno, attribuibili nel nostro Paese al fumo di tabacco, ma anche le patologie associate.

Il primo posto fra le cattive abitudini più diffuse tra i giovani spetta di diritto all'alcol, che compare sempre più frequentemente anche nel poliabuso e nella dipendenza.

A causa di queste abitudini, l'alcolismo giovanile presenta caratteristiche tali e peculiari da indurre a riferirsi sempre meno all'"alcolismo" e sempre più agli "alcolismi". Ciascuno di esse possiede caratteristiche proprie, motivazioni diverse, contesti differenziati, nei quali si sviluppa e si alimenta, attese diverse che vengono riposte nella sostanza. E' possibile fare riferimento all'alcolismo dell'anziano indigente e solo, all'alcolismo della donna in carriera o casalinga, all'alcolismo del detenuto, all'alcolismo del poliassuntore, all'alcolismo del nomade, all'alcolismo giovanile non di rado legato all'abuso di birra, alle modalità di ritrovo, al *barbonismo* giovanile.

L'alcol compare nelle problematiche dei giovani che riguardano non solo la sfera sanitaria ma anche quella scolastica, familiare, relazionale, limitando le capacità di apprendimento e di adattamento. Questa sostanza psicotropa rappresenta un fattore di rischio capace di aggregare e cementare altri fattori di rischio, come emerge da una indagine effettuata in ambito scolastico con un modello "multirischio". Questa osservazione rafforza la convinzione che la prevenzione debba pensare un tipo di approccio non più rivolto alle singole sostanze, ma mirato a modificare i comportamenti. E proprio in quest'ottica si muovono le principali iniziative a livello nazionale ed internazionale.

I dati ISTAT relativi al 1995 riportano che il 12,2% dei maschi e l'1,8% delle femmine bevono più di ½ litro di vino al giorno e che consumano alcolici fuori pasto il 35,3% e il 10,1% di maschi e femmine. Lo studio TO.DI.3 su circa 30.000 giovani (17-25 anni) registra una quota del 58% di soggetti che

consumano sistematicamente alcol e nel 1996 un'indagine nazionale condotta dal Censis evidenziava 50.000 nuovi bevitori problematici ogni anno.

La rilevanza dei problemi derivanti dall'abuso alcolico ha giustificato l'inserimento di questo tema tra gli obiettivi specifici di salute del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000.

Il Piano Sanitario Nazionale

Nel luglio 1998 è stato varato dal Governo il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000. Il Piano, un innovativo "Patto per la Salute", non si limita a fissare gli obiettivi da raggiungere, ma per ciascuno di essi indica strategie fondamentali al raggiungimento ponendo, soprattutto per gli obiettivi I e IV, una attenzione particolare sui giovani. Il Piano si propone ad es. di ridurre le morti e le malattie correlate al fumo di sigaretta, abbassando il numero dei fumatori, soprattutto giovani (a non più del 7% degli uomini e del 3% delle donne), attraverso strumenti quali campagne educative, limitazione di vendita di tabacco ai minori di 16 anni, riduzione di sostanze tossiche nelle sigarette, rispetto dei limiti della pubblicità, del divieto di fumo nei locali pubblici ed altro ancora. Nel caso dell'alcol, l'obiettivo di ridurre i decessi, le patologie e gli incidenti alcol-correlati, va raggiunto attraverso la riduzione del 20% dei forti bevitori ed una riduzione del 30% per gli alcolici consumati fuori pasto, utilizzando strumenti quali campagne mirate di informazione ed educazione, regolamentazione della pubblicità, iniziative specifiche per limitare il consumo soprattutto tra i minori. Per ciò che attiene al consumo ed abuso di sostanze, nell'ambito dell'obiettivo IV (rafforzare la tutela dei soggetti deboli) ci si prefigge essenzialmente una riduzione di mortalità e morbosità legate alla dipendenza o all'abuso, un incremento della percentuale di consumatori in contatto con il sistema di assistenza e reclutamento precoce degli assuntori problematici, con particolare riferimento ai giovani ed alle nuove droghe. Essenziale viene ritenuto il miglioramento dei livelli di conoscenza del fenomeno e una maggiore integrazione tra strutture pubbliche e private *non profit*, del sociale e del sanitario, attivazione e standardizzazione di flussi informativi adeguati a rilevare tipi di consumo diversi, in particolar modo delle nuove forme di consumo. Tra tutte le strategie individuate dal Piano Sanitario Nazionale per il raggiungimento degli obiettivi prefissati, viene ripetutamente sottolineata la necessità di un'opera attenta di educazione alla salute che responsabilizzi gli individui sino a produrre modificazione dei comportamenti; tale risultato è particolarmente auspicabile tra i giovani e gli adolescenti sui quali oggi più che mai viene posta un'attenzione particolare.

Metodi e ricerche innovative

Lo studio pilota condotto dall'Istituto Superiore di Sanità e dal Ministero della Sanità in collaborazione con 19 SerT in 13 regioni italiane nel triennio '94-'96 è, ad oggi, l'unica fonte di informazioni qualitative che consentono di interpretare e comprendere meglio i dati quantitativi sulla droga forniti dal sistema nazionale di rilevamento, di identificare le tipologie degli assuntori realmente nuovi ai servizi e di fornire indicazioni utili alla comprensione di cambiamenti assuntivi. Scarsi sono i dati disponibili riguardo alla percentuale di popolazione giovanile che fa uso di alcool, cannabis e derivati anfetaminici in Italia; tuttavia, lo studio ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs, 1995) segnala che il consumo di alcool è piuttosto elevato fra gli studenti italiani. Il consumo mensile di alcool fra gli studenti delle scuole superiori, in prevalenza di vino, interessa il 52% dei soggetti; in particolare, il 24% degli studenti in Italia ha bevuto vino tre volte nell'ultimo mese, mentre in una valutazione dell'uso di tutti i tipi di bevande alcoliche (non limitata al solo vino) nell'ultimo mese tale prevalenza si estende al 73% dei ragazzi e al 55% delle ragazze.

La percentuale di soggetti che riferiva di aver provato la cannabis almeno una volta in Italia nel 1995 era del 19%, mentre, secondo la stessa indagine (studio ESPAD), tutte le altre sostanze illecite rispetto alla cannabis sono state usate almeno una volta dall'8% degli studenti italiani.

In due inchieste condotte nel Nord Italia, studenti delle scuole superiori affermano di aver provato l'ecstasy nel 7,0% e 8,7% del campione (Ariano, 1995; Schifano, in stampa).

Aveva invece utilizzato cocaina il 6% del campione di studenti (16-19 anni) esaminato dall'ISS in uno studio condotto a Roma nel 1998 con una metodologia "multirischio". Quando si considerava il sottogruppo di ragazzi che avevano sperimentato sostanze (cannabis 99,4%, ecstasy 21,7%, LSD 16,9%, altro 5,2%), la percentuale di chi aveva utilizzato cocaina saliva al 29,8% (2% a 14 anni o meno) suggerendo che tra questi ultimi un ragazzo su tre ne aveva almeno sperimentato l'uso. Lo strumento di lavoro messo a punto dall'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con il Centro di Riferimento Alcolologico della Regione Lazio, il Dipartimento di Salute mentale dell'Università La Sapienza e la ASL RMB, ha permesso di comprendere alcune associazioni e la forza delle loro interazioni. Diversi comportamenti a rischio (tra cui l'uso di alcol, di tabacco e di sostanze stupefacenti, comportamenti sessuali a rischio, comportamenti alimentari, comportamenti relativi alla sicurezza stradale) sono stati inquadrati nel contesto sociale e relazionale del soggetto (ad es. tenore di vita, percezione dei problemi, opinione di se stessi, rapporti affettivi, rapporti con la famiglia, i coetanei, la scuola). La "metodologia multirischi" è stata sperimentata in 16 scuole superiori, su 2.800 ragazzi tra 14 e 19 anni, in un'area territoriale che comprende il 25% della popolazione romana. Fumo: il 30,9% dei ragazzi dichiarava di fumare, le proporzioni simili nei due sessi passavano dal 13% nei quattordicenni a circa il 50% nei diciannovenni. Il numero di sigarette fumate era elevato, 15 e 10 sigarette al giorno per maschi e femmine rispettivamente. Alcol: il 71,2% dichiarava di far uso di bevande alcoliche (77% maschi, 65% femmine) e la proporzione cresce con l'età, dal 55% a 14 anni sino al 75% a 19 anni. Nelle ragazze le quantità consumate rimangono costanti con l'età (circa 60 grammi di alcol/settimana), mentre i ragazzi passano da 60 grammi/settimana a 14 anni a 240 grammi a 19 anni. Sostanze: il 23,6% dichiarava di aver utilizzato sostanze in proporzione crescente con l'età, da circa il 5% a 14 anni sino a circa il 40% a 19 anni (44% maschi, 34% femmine): la quasi totalità di coloro che hanno usato sostanze ha utilizzato cannabinici, l'uso di ecstasy era riferito dal 21,7% di questi ragazzi e dal 29,8% la cocaina; LSD era stato utilizzato nel 16,9% dei casi.

Uso di bevande alcoliche, fumo di tabacco e utilizzo di sostanze stupefacenti appaiono fortemente correlati, per esempio nei maschi la proporzione dei soggetti con tutti e tre i comportamenti a rischio sale dal 6,6% nei quattordicenni al 32,5% a 19 anni. Fumo e sostanze risultano quasi sempre associati all'uso di alcol, che invece si rivela un fattore importante anche da solo (mediamente attorno al 40%). A dimostrazione di ciò, considerando il totale dei soggetti esaminati, tra chi beve, il 38,7% dichiara di fumare e il 31,4% di aver assunto sostanze; queste percentuali si riducono all'11,6% e al 4,5% rispettivamente tra coloro che non bevono alcolici. Tra chi fuma, la quota di chi ha assunto sostanze è pari al 58,5% contro l'8,2% riscontrato tra i non fumatori. Nei fumatori l'alcol è presente nell'89,2% dei casi, riducendosi al 63,3%, nei non fumatori. Tra coloro che hanno usato sostanze, il 94,5% usava alcol ed il 76% fumava, tra coloro che non hanno mai utilizzato sostanze, l'uso di alcol scende al 64% e di tabacco al 18,8%.

Uno studio attuato a Parma nel 1998 su 843 studenti delle scuole superiori (14/19 anni) mostrava che nella grande maggioranza i partecipanti avevano familiarità con l'uso di alcool (76,5%). Nello stesso campione il 38,4% aveva

abusato di alcolici. Un totale del 51,6% dei partecipanti ammetteva di essersi ubriacato almeno una volta nella vita. I dati relativi all'uso di cannabis mostrano che il 27,2% partecipanti hanno fumato cannabis almeno una volta nella vita. Già tra gli studenti più giovani (14-16 anni) emerge una percentuale del 21,2% dei soggetti che ammette di aver fumato cannabis. Il 5,6% del campione dichiara di aver fatto uso di ecstasy: anche in questo caso è interessante notare che, tra gli studenti di età compresa fra 14 e 16 anni, il 3,6% riporta di aver già sperimentato l'ecstasy.

In questa verifica attuata nel nord del nostro paese appare chiaro come l'impiego di ecstasy si presenta, con rarissime eccezioni, solo in quei giovani che già usavano la cannabis e che il fumo di marijuana, a sua volta, interessava i giovani che abusano di alcool.

Rispetto allo stato sociale lo studio rivelava che i soggetti che fanno uso di ecstasy appartenevano, nella maggior parte dei casi, ad un ceto sociale più elevato.

I dati inerenti il comportamento degli studenti che utilizzavano le sostanze illegali sottolineano l'associazione tra impiego di droghe e ridotti risultati scolastici, livelli di trasgressione significativamente più elevati, minore senso di appartenenza alla famiglia, alle istituzioni e ad associazioni/movimenti di volontariato; il comportamento "*novelty seeking*" è più marcato in questi giovani e più povere le loro strategie di adattamento sociale.

Rispetto al fumo di tabacco lo studio ESPAD del 1995 riportava il 50% degli studenti delle scuole superiori come fumatori, mentre verifiche del 1998 presentano una percentuale di fumatori del 40%, con una prevalenza assunta dalle femmine (45,3%) rispetto ai maschi (35,3%).

Anche una certa familiarità con i tranquillanti, e in particolare con le benzodiazepine, si è diffusa tra gli adolescenti: queste sostanze prescrittibili vengono usate in modo inappropriato, in dosaggi da abuso, in associazione all'alcool e possono assumere il ruolo di "*gate-way drugs*", cioè di sostanze che funzionano da porta di ingresso nel mondo degli adolescenti. Paradossalmente l'incontro con queste sostanze legali viene favorito e suggerito, in diversi casi, dai genitori che introducono gli adolescenti all'impiego degli ansiolitici per motivi banali e spesso ingiustificati.

Anche se tra gli adolescenti le *gateway drugs* rivestono il ruolo principale per ragioni di consistenza numerica e per quanto concerne le strategie del primo approccio, nondimeno, recenti valutazioni con metodologie di *self-report* su studenti delle scuole superiori nel nord del paese rivelano che oltre il 5% dei partecipanti allo studio avevano sperimentato la cocaina e oltre il 3% dichiaravano di aver incontrato e utilizzato la eroina. Anche in questo caso, seppure la confrontabilità di studi locali con quelli nazionali abbia una legittimità scientifica estremamente parziale, il trend dell'uso delle sostanze rispetto allo studio ESPAD si confermerebbe in aumento.

Occorre precisare che diversi studi hanno sottolineato come nei soggetti che hanno lasciato la scuola si possano riscontrare percentuali di abuso di alcool e di sostanze illegali significativamente superiori a quelle rilevate nei giovani

ancora presenti in ambito scolastico: la realtà della dispersione scolastica, con la evidente maggior difficoltà a raggiungere i giovani lavoratori e i disoccupati, è di per sé difficilmente esplorabile e pochissimi dati sono disponibili al riguardo.

Uso di alcol, tabacco, farmaci e sostanze stupefacenti nei giovani...rischio/protezione /vulnerabilità

Alcune sostanze ben definibili da un punto di vista biochimico hanno la comune caratteristica di agire su alcuni circuiti cerebrali che favoriscono l'insorgenza della tendenza a ripetere l'assunzione fino ad una vera e propria dipendenza.

Queste sostanze, a prescindere dai loro effetti sulla psiche, costituiscono un rischio non indifferente per tutta la popolazione, ed in particolare per i giovani, vuoi perché più portati alla curiosità e alla sperimentazione, vuoi anche per una loro sostanziale tendenza ad adottare comportamenti per loro significativi, tendenza che scema con l'età e con la maturazione della persona.

In una situazione come l'attuale, dove si vanno rarefacendo occasioni e possibilità educative della famiglia e di gruppi intergenerazionali, il gruppo dei pari va assumendo profonde funzioni compensatorie di questa più accentuata solitudine; la diminuzione di sapere condiviso con gli adulti accentua una tendenza a privilegiare gli scambi di informazioni con coetanei, che assumono ruoli di indirizzo di scelte sui più giovani.

La grande importanza che la ricerca del *loisir* sta assumendo nelle nuove generazioni (e non solo), fa sì che si privilegino gli scambi e le informazioni finalizzate al raggiungimento del piacere, seguendo canali che danno garanzia di attendibilità ed esperienza.

Il desiderio del piacere o più semplicemente dello stare bene, della soddisfazione in generale di sé e dei propri bisogni si va connotando e strutturando nel tempo, con l'evoluzione e la maturità.

Nell'infanzia e nell'adolescenza molto spesso questi bisogni sono molto intensi, ma anche indeterminati e la ricerca della loro soddisfazione procede per tentativi ed errori, pronti a cercare ed a provare tutto pur di sperimentare quello che si crede necessario provare, o quello che si pensa sia giusto raggiungere.

L'insieme di queste necessità psicologiche costella e condiziona comportamenti ed impone precise e decise scelte di ambito preventivo, nel tentativo di impedire che ricerche spesso caotiche e confuse diventino determinanti uniche di future scelte comportamentali.

Da queste considerazioni generali derivano i principali indicatori di rischio e devono derivare anche le indicazioni di iniziative preventive nel tentativo di permettere e favorire evoluzioni psicologiche rispettose sia delle esigenze individuali che delle caratteristiche del contesto sociale nel quale ci troviamo a vivere. In questa linea sembra di dover privilegiare interventi che abbiano queste finalità:

- aumento delle conoscenze di sé, delle caratteristiche psicologiche e fisiche della propria età, in modo da facilitare l'accettazione di parti di sé non sempre

gradite, di sdrammatizzare situazioni che possono essere vissute come esperienze assolute, senza speranza di un loro possibile cambiamento o superamento, come è facile avvenga quando l'esperienza insufficiente non rassicura da questo punto di vista.

- aumento delle occasioni di socializzazione e di relazioni intergenerazionali, utilizzando soprattutto i tempi pomeridiani della scuola, dove il confronto fra pari e con adulti possa favorire lo sviluppo di capacità relazionali necessarie e molto ricercate (se mai si può utilizzare gli effetti di sostanze ricercate come simboli di necessità psicologiche).
- aumento delle conoscenze delle caratteristiche delle sostanze capaci di indurre dipendenza ed abuso, a prescindere dalla liceità, in modo da favorire scelte il più possibile autonome e consapevoli.

L'impressione che sino ad ora si è avuta, è che quanto più aumentano le capacità relazionali e la capacità di approccio plurimo e complesso, tanto più aumenti la capacità di difesa del singolo.

CAPITOLO 17

Monitoraggio dei soggetti in trattamento e valutazione dei risultati

La pratica della valutazione dei trattamenti è in forte espansione nel nostro Paese.

Questa tendenza coincide con un aumento del livello professionale di molti programmi di trattamento, sia di quelli diretti verso l'astinenza che diretti verso la riduzione del danno.

La valutazione può avere obiettivi differenti, ma tutti coincidono nel porre le basi per migliorare i risultati dei trattamenti e per raffrontarne l'efficacia verso differenti categorie di soggetti.

Alcune regioni (Veneto, Lombardia, Emilia Romagna) hanno messo a punto sistemi avanzati di monitoraggio e di valutazione, altre regioni sono più in ritardo nell'impostazione di studi di valutazione.

Come esempi di studi nazionali relativi alla valutazione, è significativo citare il Il progetto del Ministero della sanità sui servizi pubblici, che si articola in due sottoprogetti:

- Valutazione della qualità dei SerT;
- Valutazione della mortalità dei tossicodipendenti in trattamento presso i Servizi

di cui si riferisce al Capitolo 6 ed il Progetto COST A6 Italia, finanziato dal Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica (MURST) con i Fondi per la Lotta alla Droga 1994, realizzato da IEFCoS e di cui nel 1998 si è sviluppata la parte più consistente.

Il progetto è da considerare come la maggiore ricaduta in Italia dell'omonima Azione Cost A6, che ha come titolo generale: "La valutazione delle azioni contro la droga".

Il progetto italiano si articola in tre aree:

- progetto operativo 1, dedicato alla valutazione dei programmi di prevenzione. E' approfondita la tematica della prevenzione, e' raccolto il materiale e le esperienze disponibili sul territorio nazionale, sono predisposte Linee Guida per la valutazione della prevenzione a partire da quelle prodotte e rese disponibili dall'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze;
- progetto operativo 2, dedicato alla valutazione dei trattamenti. Il progetto ha sviluppato, a partire dai documenti disponibili del *Working Group* n° 3 del Cost A6., un quadro aggiornato delle valutazioni dei trattamenti esistenti in Italia riportandolo in un documento contenente le Linee Guida;
- progetto operativo 3, dedicato agli strumenti della valutazione. Il progetto ha lavorato sulla validazione dell'EuropASI, utilizzando una procedura messa a punto all'interno dell'azione Cost A6 ed alla individuazione, traduzione e

testaggio di uno strumento per la descrizione dei trattamenti e dei servizi denominato, in sigla, MAPS.

Le azioni di supporto ed integrazione dell'azione europea si sono sviluppate in una serie di incontri programmati dei diversi gruppi di lavoro di Cost A6 tenuti in Italia, che hanno avuto dal progetto italiano un appoggio logistico ed organizzativo. Il progetto italiano, inoltre, si è fatto carico della pubblicazione di un volume contenente rapporti nazionali e contributi vari sul tema della valutazione dei trattamenti degli abusi di droghe. All'interno del progetto è stato attivato un sito Web specifico nel quale sono disponibili le informazioni sull'andamento delle attività.

In corso di attività, il progetto Cost A6 Italia si è arricchito di due ulteriori compiti:

- la validazione per l'Italia dello strumento denominato: *workbooks* per la valutazione, messo a punto e curato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità;
- la distribuzione delle Linee Guida per la valutazione delle azioni preventive su incarico dell'OEDT.

Le conclusioni delle attività del progetto sono previste entro la fine del 1999.

CAPITOLO 18

Decessi droga-correlati

I decessi droga-correlati rappresentano l'evento di maggior gravità nell'assunzione problematica di droga e costituiscono il rischio sanitario e sociale più evidente tra gli assuntori per via iniettiva, ancora numerosi nella popolazione che afferisce ai SERT.

Tra i 137.657 utenti dei servizi pubblici nel 1998, il 77,4% degli eroinomani (che rappresentano l'85,6 dell'utenza) usa la droga primaria per via iniettiva, il 38,1% dei morfinomani (0,1% dell'utenza) e il 23,6% dei cocainomani (3,2% degli utenti).

I decessi droga-correlati non riguardano esclusivamente i tossicodipendenti, tra i quali in ogni caso la mortalità rimane da 30 a 40 volte superiore che tra i non assuntori, ma si verificano anche tra gli assuntori abituali ed occasionali: incidenti di assunzione (es. un embolo a seguito di somministrazione endovenosa) o effetti incontrollabili scatenati dall'assunzione combinata di più sostanze possono infatti risultare letali a prescindere dalla condizione di dipendenza.

Un decesso droga-correlato può essere l'esito di una "overdose infausta" provocata dall'improvviso incremento di principio attivo nelle dosi di strada per errore di diluizione da parte dello spacciatore o, intenzionalmente, per finalità omicide o strategiche per il dominio di un mercato. Tra i tossicodipendenti, un decesso droga-correlato per overdose può verificarsi tanto per dosi più pure del consueto che eccedono la tolleranza sviluppata dal soggetto, quanto per livelli abituali di principio attivo, ma che comunque risultano eccessivi a seguito della riduzione o perdita di tolleranza che segue i lunghi periodi di disassuefazione e di astinenza.

Un decesso droga-correlato infine può essere l'effetto di una tossicità indotta da diluenti e adulteranti presenti nelle miscele di strada, come anche la risultante di effetti sinergici di più sostanze presenti nella stessa miscela o associate nell'uso. A tale riguardo, un esplicito riferimento è necessario circa l'associazione alcol-eroina, alcol-metadone, alcol-cocaina, alcol-amfetaminici. Certamente, in tutto questo, non si deve trascurare lo stato contingente del soggetto o l'effetto residuo di sostanze precedentemente assunte (es. benzodiazepine il cui effetto residua in circolo per ore e ore).

Non necessariamente ogni "overdose" dà esito letale. La diffusione del *Narcan* presso i centri di Pronto Soccorso, sulle ambulanze e nel gruppo stesso degli assuntori di oppiacei come frutto delle strategie di riduzione del danno, sempre più spesso traduce in "fausto" l'esito di una overdose.

Il monitoraggio delle overdose "fauste" rappresenta uno strumento ad alto contenuto informativo anche dal punto di vista delle recidive. In Italia questa informazione è completamente assente ad eccezione di aree molto limitate dove il monitoraggio è stato effettuato per ragioni di studio o di partecipazione a progetti europei che prevedevano l'uso di tale indicatore.

In merito alle recidive non si può fare a meno di considerare la più elevata probabilità che esse si verifichino immediatamente dopo l'uscita del soggetto dal luogo più o meno confinato e protetto (servizi di trattamento, comunità, carcere) in cui si è limitato o astenuto dall'uso. Nella gran parte dei casi il soggetto, riabilitato fisicamente, fuori dalle strutture non ha alcun sostegno soprattutto psicologico. Di conseguenza, rientrando nel contesto di provenienza, è a tutti gli effetti sottoposto a sollecitazioni e rischi di ricaduta. E' opportuno a tale riguardo considerare che il territorio possiede diverse risorse e possibili risposte alcune delle quali ad ora sottoutilizzate.

Tra queste, i gruppi di auto-aiuto (come Alcolisti Anonimi (AA) e Narcotici Anonimi (NA)) che lavorano con tradizione e risultati nell'area del recupero; questi gruppi hanno grandi possibilità di supportare il soggetto, a titolo completamente gratuito, nella zona grigia che attualmente è fuori da ogni contesto istituzionale e del privato sociale. Cognizione di causa, affinità esperienziali, solidarietà e metodo rappresentano gli strumenti con cui questi gruppi accompagnano nel recupero e rafforzano la volontà del soggetto in uno spazio che sino ad oggi non è competenza di nessuno. Indirizzare in tal senso il soggetto all'uscita da un percorso di recupero da Sert, Comunità, Carcere, contribuirebbe a potenziare l'efficacia degli interventi istituzionali lavorando a costo zero sulla prevenzione delle ricadute e sul sostegno sociale e familiare al soggetto. Monitoraggio delle overdose, inserimento sociale, recidive con la giustizia potrebbero rappresentare adeguati strumenti per valutare l'impatto di un simile intervento. Tutto ciò si potrebbe tradurre in un conseguente risparmio per lo Stato, aggiungere nuove valenze positive alle strategie di riduzione del danno nonché arricchire di un altro anello la rete dei servizi e della solidarietà che travalica preconetti e ideologie.

"Overdose, o intossicazione acuta" è la definizione a cui rispondono i DRD registrati nel nostro paese. Vengono di conseguenza registrati come "decessi droga-correlati" esclusivamente le morti direttamente collegate alla droga. Non vengono rilevate come tali i decessi indirettamente correlati al consumo di droghe come ad es. AIDS, incidenti stradali, suicidi, omicidi, incidenti sul lavoro ed altro.

I criteri con cui i diversi Paesi europei raccolgono e registrano questa informazione sono differenti e ciò comporta una reale difficoltà nella comparazione delle statistiche ufficiali a livello europeo. Un grosso sforzo, ancora in atto, è stato compiuto dall'Osservatorio Europeo sulle droghe e le tossicodipendenze di Lisbona nell'ambito del progetto REITOX nel 1998 per migliorare la comparabilità dei dati. In collaborazione con diversi paesi europei l'Osservatorio di Lisbona ha sviluppato procedure standardizzate di registrazione dei dati. L'Italia ha partecipato attivamente al gruppo di lavoro di cui facevano parte rappresentanti dell'Eurostat e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e contribuendo alla stesura del rapporto finale del progetto.

I decessi droga-correlati nel nostro Paese sono registrati attraverso due sistemi ufficiali e nazionali totalmente indipendenti: il "Registro Nazionale di Mortalità" curato dall'ISTAT ed il "Registro Speciale di Mortalità" curato dal Ministero dell'Interno-Direzione centrale dei Servizi Antidroga. Le procedure utilizzate, i riscontri operati, gli aggiornamenti effettuati ed i tempi necessari all'allestimento sono profondamente diversi, ma le informazioni, qualora uno sforzo di raccordo venisse compiuto, si potrebbero arricchire e completare da entrambe le parti tenendo conto delle finalità che sono, e debbono rimanere diverse.

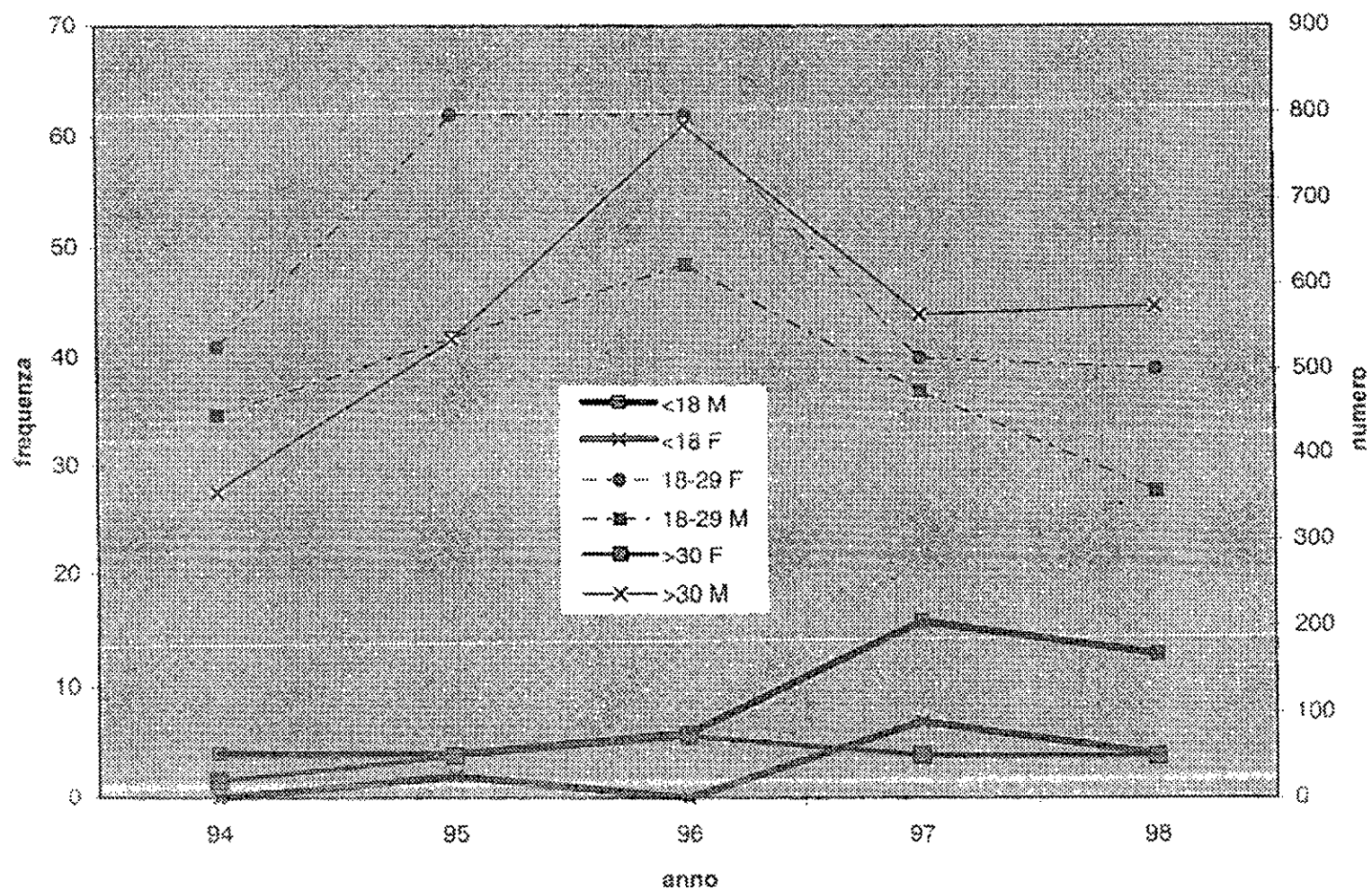
Nel nostro, come in quasi tutti i paesi della UE, la maggior parte dei DRD è ancora correlata agli oppiacei anche se, sempre più frequentemente, gli accertamenti tossicologici rilevano la presenza anche non eccessiva di alcol, benzodiazepine, cocaina. Ciò suggerisce come queste sostanze siano potenziali fattori di "rischio aggiuntivo" nei casi di intossicazione da oppiacei. I decessi registrati come cocaina- amfetamine- o ecstasy-correlati sono limitati e probabilmente sottostimati per via delle procedure di rilevamento utilizzate.

Il grafico che segue, predisposto elaborando i dati prodotti dal Ministero dell'Interno, presenta le principali caratteristiche del fenomeno osservate nel corso degli ultimi anni.

Dopo il picco osservato nel 1996, si osserva una tendenza al decremento del numero totale dei decessi, tendenza che in ogni caso va osservata con la debita cautela per le ragioni considerate precedentemente. Con ragionevole certezza si può affermare che il trend dei decessi droga-correlati a carico degli assuntori più anziani è in sistematica ascesa e gli ultratrentenni costituiscono più della metà di tutti i decessi per droga. Questa osservazione si accompagna al progressivo invecchiamento della utenza dei SERT rilevato dai dati nazionali. Per quanto riguarda invece i decessi droga-correlati tra i due sessi, i dati suggeriscono che le differenze principali risultano a carico della classe di età che comprende assuntori di 30 o più anni.

In conclusione, cambiamenti osservati nel trend dei decessi droga-correlati possono riflettere l'effetto di componenti diverse. Tra queste, la stabilizzazione della prevalenza d'uso problematico di droga, cambiamenti dei modelli assuntivi come ad es. il passaggio dalla via iniettiva ad altre modalità di assunzione, ad effetti di interventi preventivi o di riduzione dei rischi, o anche, più semplicemente, a cambiamenti nelle procedure di registrazione, di definizione o codifica.

Decessi droga-correlati per sesso e classi di età



Fonte: Ministero dell'Interno

CAPITOLO 19

Il costo della tossicodipendenza

La difficoltà di quantificare per l'Italia i costi della lotta alla droga ed alle tossicodipendenze è essenzialmente legata alla frammentarietà delle informazioni disponibili.

Questa circostanza rappresenta ancora oggi un ostacolo alla crescente esigenza di valutare l'ordine di grandezza delle entità delle spese che il nostro Paese sostiene in questo settore.

La spesa sostenuta dalle Amministrazioni pubbliche per la lotta alla droga è, in estrema sintesi, composta da voci che esplicitamente fanno riferimento ad obiettivi correlati alla droga, quindi facilmente conteggiabili, e da voci indirette che devono invece essere rilevate con procedure complesse e non codificabili.

Le Amministrazioni pubbliche programmano ed utilizzano i fondi assegnati per "filoni" di spesa, più che per obiettivi e questo comporta consistenti difficoltà nell'interpretare e calcolare la quota di competenza delle attività collegate alla droga.

In ambito internazionale, negli ultimi anni si stanno sviluppando e valutando procedure che consentono di stimare il rapporto "costo-esito", elemento di grande rilevanza dal momento che la scarsità delle risorse pubbliche provoca un problema di allocazione delle risorse.

Nel nostro Paese, alcune esperienze sono in corso, ad es. nelle regioni Emilia Romagna e Veneto, altre sono il risultato di ricerche specifiche, come quella condotta presso l'Istituto Superiore di Sanità con la Cattedra di Economia Sanitaria dell'Università di Tor Vergata e con il SerT di Vasto sulla valutazione economica dei servizi per la tossicodipendenza.

Anche l'UE, attraverso l'attività dell'OEDT, persegue questo obiettivo. Utilizzando l'esperienza francese (al momento la più completa e sistematica), è stato costruito un questionario che contiene gli elementi essenziali per rilevare e analizzare le voci di costo.

Questo questionario è stato diffuso nell'ambito del progetto REITOX ed ha consentito la raccolta di dati per otto Paesi.

Le voci principali previste dal modello sono:

- Costi del contrasto (Polizia, Dogane, Giustizia, Istituzioni di custodia),
- Servizi sanitari e sociali (Stato, Regioni, strutture specializzate per il trattamento e non specializzate, interventi esterni alle strutture),
- Prevenzione (Stato, Regioni, Enti locali),

- Ricerca (Stato, Regioni),
- Azioni a livello internazionale.

Ciascuna voce è articolata in specifiche sottovoci. Il risultato più interessante è che nei Paesi per i quali è stato possibile effettuare confronti, grazie a definizioni comparabili delle varie categorie, il *budget* per la lotta alla droga è valutato attorno all'1% del prodotto nazionale lordo (PIL) (1,6% negli Stati Uniti) e mediamente attorno allo 0,32% del totale della spesa pubblica.

L'80% della spesa sostenuta dalle Amministrazioni pubbliche per la lotta alle tossicodipendenze è impegnata per la "repressione", il restante 20% per la prevenzione/trattamento.

Tornando all'Italia e ribadendo l'esigenza di realizzare a breve un "programma" di rilevazioni sistemiche che consenta di valutare in maniera compiuta ed attendibile le grandezze e la dinamica dei costi sostenuti per effetto delle tossicodipendenze, si reputa opportuno riportare una stima per il 1998 del costo, effettuata partendo dall'analisi di tutti i costi di un Ser.T., "estrapolandoli" dall' "universo" dei servizi operando approssimazioni e mediando elementi e considerazioni prodotte da diversi gruppi impegnati nella valutazione economica, la stima prevista ammonta a circa 1000 miliardi di lire.

CAPITOLO 20

La tossicodipendenza al femminile

Le dipendenze patologiche da sostanze costituiscono, insieme a quelle di altra origine (ad es. i disturbi alimentari), anche nel nostro Paese, un fenomeno con prevalenza preoccupante nella popolazione femminile. La fascia d'età più interessata è quella tra 18 e 35 anni, età nella quale la donna vive una caratteristica biologica di grande valore insostituibile, rappresentata dalla maternità.

In un recente passato, chi prendeva in cura una persona di sesso femminile dedita all'uso, all'abuso, al disuso di molecole portatrici delle caratteristiche dell'*addiction*, vedeva in maniera autoreferenziale l'arrivo della gravidanza in una tossicodipendente o come un sostegno forte per l'abbandono delle abitudini tossicomane o la premonizione del definitivo asservimento alla tossicodipendenza stessa.

I motivi di tali convincimenti si intuiscono facilmente, poiché la cultura italiana e le nostre abitudini di vita, ne danno una lettura quasi scientifica: da una parte per l'apporto di energie e vissuti regolarizzanti il sentimento del piacere creati, imposti e stabilizzati dalla relazione madre-figlio; dall'altra per il presentarsi di nuove e più categoriche e quindi insostenibili regole dovute al dover gestire nuove responsabilità e doveri sociali.

Da iniziali e pionieristici approcci dedicati a questo problema, dovuti all'interesse degli operatori di offrire una risposta corretta e costruttiva nell'immediato, si è passati allo scambio di "osservazioni" avvenute in occasioni differenti, che ne hanno esemplificato la complessità e portato al doverne proporre una versione scientificamente sostenibile.

Da questa necessità iniziale, un gruppo di donne si è costituita ed ha arruolato, con una strategia trasversale, tossicodipendenti già madri e non, operatrici pubbliche esperte della materia o semplicemente interessate a capirne di più e ricercatrici istituzionali, costituendosi in maniera non autoritaria in un gruppo promotore per dare una prima risposta basata sulle evidenze di un approccio pragmatico regolato dalle leggi dell'epidemiologia osservazionale.

Nel 1997, le donne tossicodipendenti in Italia sono state circa 20.000, pari al 14% del totale della popolazione in trattamento nei SerT, con un rapporto maschi/femmine di 6,2. Questo rapporto varia da regione a regione: da un massimo di 12,6 per la Calabria ad un minimo di 3,6 per la Provincia Autonoma di Trento. Delle due regioni prese a campione, essendosi offerte ad una collaborazione immediata e senza preconcetti, il Lazio è nella media nazionale, con un rapporto di 6,1; la Sicilia ha un rapporto più alto (9,4).