

Innanzitutto, i servizi devono pensarsi ed organizzarsi come struttura che si occupa dell'intera problematica legata alle sostanze stupefacenti e psicoattive, legali ed illegali.

E' infatti impensabile, per motivi economici ma soprattutto tecnico-scientifici, ipotizzare la creazione di strutture specifiche per singole sostanze (sarebbe un rincorrere infinito e perdente).

Va inoltre specificato che, molto probabilmente, la figura del mono consumatore è una pura utopia. I dati sulle sostanze secondarie, la pratica clinica e le ricerche confermano ampiamente quest'ipotesi.

Ogni soggetto tossicodipendente ha una "droga preferita", ma, una volta entrato nella dimensione dell'uso o nella disponibilità all'esperienza, può facilmente associarvi perlomeno tutte le sostanze con effetti simili

L'uso combinato delle droghe

Un ulteriore aspetto di particolare rilevanza, per quanto riguarda le sostanze psicotrope, è il loro uso combinato o in associazione con altri stupefacenti e/o con l'alcol. Quest'ultimo è già di per sé una sostanza con notevoli effetti psicotropi di tipo deprimente ed a suo carico sono state anche riconosciute una serie di tipiche patologie correlate (epatopatia, neuropatia e cardiomiopatia su base alcolica, compromissione del SNC - sindrome di Wernicke-Korsakoff - e delirium tremens). Il consumo di ecstasy è molto frequentemente associato a una concomitante assunzione di alcol, con conseguente potenziamento dell'alterazione della percezione spazio-temporale e peggioramento della prontezza di riflessi in risposta a stimoli. L'attività motoria può risultarne molto compromessa e la coordinazione dei movimenti ulteriormente alterata. L'assunzione congiunta di cocaina ed alcol induce la formazione di un composto metabolico intermedio (cocaetilene) estremamente epatotossico. Tra le altre sostanze assunte insieme agli stimolanti si devono porre anche le benzodiazepine, spesso utilizzate per contrastare l'ansia scatenata sia dalla cocaina che dall'ecstasy. Va puntualizzato che, pur essendo farmaci molto noti e prescritti, le benzodiazepine hanno un elevato potere di abuso e possono indurre molto facilmente forme di dipendenza; questa condizione è evocata con maggior frequenza nei soggetti con comportamenti di abuso di sostanze stupefacenti. La cocaina risulta spesso essere una delle sostanze di abuso secondario in soggetti primariamente eroinomani: da varie casistiche nazionali ed internazionali emerge che, il consumo di cocaina in tossicomani con dipendenza primaria da eroina può raggiungere fino al 40% dei casi. Analoga frequenza è riscontrabile nella popolazione di utenti dei Ser.T. sottoposta a trattamento sostitutivo con metadone. Dalle statistiche annuali eseguite presso i Ser.T. risulta un discreto incremento della percentuale di soggetti che con-

sumano cocaina come sostanza secondaria (11,7% vs 18,4%; 1991 vs. 1998). La particolare forma di assunzione combinata di eroina e cocaina per iniezione endovenosa è definita con il termine anglosassone *speed-ball*. Il suo utilizzo permette al soggetto di percepire le sensazioni derivate dagli effetti specifici delle due sostanze, ma al contempo espone anche ai rispettivi rischi psichiatrici ed infettivologici. Le possibilità di consumo di più sostanze in contemporanea sono estremamente varie e sottolineano la necessità di approfondire le conoscenze della potenziale dannosità di questi cocktail farmacologici, anche al fine di meglio puntualizzare gli eventuali nuovi quadri clinici e le possibili modalità di intervento.

Il problema principale appare, dunque, essere quello del consumo diffuso dell'intera gamma di sostanze disponibili. Si tratta di un problema ancora tutto da affrontare e contrastare, sia in termini clinici, sia al fine di una riduzione della domanda, dei rischi e dei danni ad esso correlati.

Dal punto di vista organizzativo, la dimensione dipartimentale prevista dall'Accordo Stato - Regioni per la riorganizzazione dei servizi d'assistenza ai tossicodipendenti, è stata pensata anche per rispondere alle esigenze di differenziazione e moltiplicazione delle risposte, oltre che per favorire il coinvolgimento di più soggetti e di più servizi, nell'impossibilità di ottenere da un unico servizio risposte esaustive dell'intero problema.

Dal punto di vista culturale, l'attuale formazione e preparazione degli operatori (ottenuta, quasi esclusivamente, con il lavoro "sul campo") è principalmente centrata sui problemi della tossicodipendenza da eroina. Per far fronte alle nuove tipologie di tossicodipendenza, le Regioni e le Aziende USL dovranno favorire un'adeguata formazione e supervisione degli operatori sul problema del consumo diffuso dell'intera gamma delle sostanze d'abuso. Dovranno, inoltre, attrezzare i servizi con strumenti adeguati ai nuovi bisogni, affrontando anche il problema degli spazi entro cui accogliere questo tipo d'utenza (consultori per giovani, centri d'ascolto, servizi che non presentano una chiara caratterizzazione clinica, spazi specifici al di fuori del Ser.T.)

I consumatori di cannabis e di droghe sintetiche arrivano ai servizi quasi esclusivamente per segnalazione della Prefettura (vedi art. 121 e

art.75 del DPR 309/90), o perché accompagnati da genitori disperati e impotenti.

Considerato che il consumo di sostanze è comunque un problema che comporta rischi, spesso sottovalutati, si può immaginare un modo per raggiungere coloro che fanno uso di queste sostanze là dove essi si trovano e dove prevalentemente le consumano.

Le unità di strada (UdS), possono essere uno strumento particolarmente efficace per questa esigenza. L'UdS non è semplicemente uno strumento o un'appendice estranea od esterna al servizio, ma è il servizio stesso, che va a lavorare là dove c'è il problema. Ciò richiede anche un adeguamento degli orari di servizio, poiché essi difficilmente coincidono con quelli dei consumatori.

A tale proposito, interessanti riflessioni provengono dai risultati di un convegno sulle unità di strada, tenutosi a Bologna.

Le patologie associate

L'uso di psicostimolanti comporta effetti dannosi su diversi sistemi corporei e, in particolare, sul sistema cardiovascolare. Noto è l'attenzione posta nelle situazioni in cui un soggetto giovane lamenta disturbi riconducibili ad incidenti cerebrovascolari o cardiaci classicamente osservati in individui di età maggiore: in questo caso non è da escludere una causa da tossici esogeni assunti a scopo stupefacente, anche se solo ad uso ricreazionale. L'effetto stimolante non è limitato esclusivamente alla sfera neuropsichica ma coinvolge altre funzioni fisiologiche. L'assunzione di psicostimolanti induce una notevole attivazione del sistema simpatico con aumento della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca, sia per stimolazione diretta che per vasocostrizione periferica. Non sono quindi da escludere, specialmente nel caso di assunzione di cocaina, eventi cardiovascolari anche letali, come ictus o infarto del miocardio, legati a spasmo arteriolare. Disturbi della conduzione cardiaca (aritmia, asistolia, fino al collasso cardiovascolare) sono osservabili in consumatori di ecstasy, ma anche in cocainomani. L'uso continuo di cocaina è anche in grado di determinare direttamente una cardiomiopatia congestizia, con insufficienza cardiaca responsabile di gravi aritmie (fino alla fibrillazione ventricolare). Il verificarsi di incidenti cerebrovascolari (ictus, attacchi ischemici transitori) può peggiorare il quadro di deterioramento neuropsichico correlato all'effetto neurotossico diretto di alcuni psicostimolanti. Gli psicostimolanti, in virtù di caratteristiche proprie legate alla modalità di assunzione e di preparazione, interessano differenti distretti corporei più limitati. L'assunzione di cocaina per via endonasale (*sniffata*) provoca alterazioni infiammatorie e necrotiche della mucosa nasale. Il vasospasmo indotto dalla cocaina procura una condizione ischemica locale che, se reiterata

nel tempo, conduce a necrosi dei tessuti coinvolti, fino alla perforazione del setto nasale. Del tutto recentemente si sono osservate, a carico della mucosa nasale, patologie infiammatorie croniche di tipo granulomatoso probabilmente riconducibili all'effetto di sostanze da taglio. Il consumo di crack, una preparazione di cocaina free-base che va assunta per inalazione attraverso l'utilizzo di una particolare pipa, porta a disturbi respiratori per insulto diretto a livello polmonare. Ne possono derivare insufficienza respiratoria, edema polmonare e pneumotorace: una forma patologica molto particolare è stata definita *polmone da crack*. In alcune situazioni è stata rilevata una ARDS (adult respiratory distress syndrome) che necessita di ricovero in terapia intensiva con ventilazione assistita. Gli effetti legati all'assunzione di crack sono paragonabili a quelli legati all'assunzione di cocaina per via endovenosa: infatti la sostanza inalata viene immediatamente assorbita dalla superficie di scambio polmonare (quantificabile nell'adulto in 70-80 metri quadrati), producendo un elevato picco plasmatico del tutto simile a quello osservato nel corso di iniezione endovenosa. In aggiunta a ciò, si rileva qui un effetto più rapido, dovuto all'immediato transito nella parte sinistra del cuore e quindi nel torrente ematico cerebrale. Il consumo di ecstasy può essere causa di epatopatie su base tossica, DIC (coagulazione intravascolare disseminata - particolare forma morbosa che facilita l'insorgenza di eventi trombotici), rabdomiolisi, insufficienza renale acuta ed ipertermia maligna. L'ipertermia maligna è una grave forma di dis-regolazione della temperatura corporea osservabile in corso di assunzione di ecstasy. Una strenua attività fisica (come il ballo), condotta in ambienti caldi e senza una adeguata idratazione, rappresenta un cofattore che favorisce lo scatenarsi dell'episodio e ne aumenta la gravità. Oltre ai quadri clinici tipicamente conseguenti all'uso di sostanze ad azione psicostimolante, esistono situazioni di esposizione a rischi generici, derivati dalla pratica tossicomane. La possibilità di assunzione per via endovenosa di cocaina e di alcune amfetamine ripropone il rischio di trasmissione di agenti patogeni responsabili di infezioni virali, come HIV ed epatite B e C. Dai dati del 1998 risulta che il 23,6% dei soggetti in trattamento presso i Ser.T. per cocaina (come sostanza primaria) la consuma per via endovenosa. Dai dati raccolti da diverse "unità di strada" (modalità di intervento che prevede la presenza di operatori che, opportunamente addestrati, si recano nei luoghi di spaccio e consumo delle sostanze stupefacenti) che operano scambio/consegna di materiale da iniezione sterile risulta che il numero di consumatori di cocaina per via endovenosa non è irrilevante. Nei confronti di questa popolazione vanno pertanto adottate le usuali procedure di riduzione del danno indirizzate ai soggetti consumatori per via iniettiva. Infatti, per quanto la distribuzione di materiale da iniezione sterile riduca l'uso condiviso di siringhe, spesso vengono omesse altre procedure di igiene (disinfezione della sede di inoculo), che a loro volta possono esporre a rischi infettivi di altra natura (dermatiti, flebiti, endocarditi). L'approccio verbale consente agli operatori un contatto diretto con il consumatore ed offre la possibilità di "rinforzare" l'intervento. La disinibizione comportamentale e la conseguente propensione a favorire rapporti sessuali occasionali o promiscui espone comunque a potenziale esposizione, sia alle infezioni virali più sopra citate, che alle cosiddette malattie sessualmente trasmesse. Infatti, dai dati del Centro Operativo AIDS (COA), supportati da studi

specifici che indagano il tasso di sieroconversioni all'interno di una ampia popolazione di tossicodipendenti del nord Italia (NISDA Study - Northern Italy Seronegative Drug Abusers), risulta che il gruppo di soggetti di età superiore ai 30 anni presenta una incidenza aumentata di sieroconversioni per HIV in seguito ad esposizione a contatti sessuali non protetti. Un altro gruppo ad incidenza elevata è rappresentato da una fascia più giovane (sotto i 25 anni), che si espone al contatto per scambio di siringhe o altro materiale da iniezione infetto. Il fattore di rischio derivante da rapporti sessuali non protetti ha sicuramente un impatto di dimensione diversa verso la popolazione generale; e, per effetto della loro maggiore recettività, i soggetti di sesso femminile risultano più esposti al contagio per questa via. In Italia, un'evoluzione pressoché identica è riferibile alla diffusione delle epatiti virali. L'epatite C, sostenuta da un virus particolarmente virulento, rappresenta la patologia infettiva più largamente diffusa tra i consumatori di stupefacenti per via endovenosa. In Italia, oltre il 60% dei soggetti risulta sierologicamente positivo per tale patogeno. Nei confronti dell'epatite B, invece, la disponibilità di un vaccino specifico esplica una sicura protezione nei confronti dell'infezione. Il consumo di crack negli Stati Uniti è stato grandemente favorito, oltre che dal basso costo di questo preparato di cocaina base, anche dalla possibilità di accedere ad ambienti creati ad hoc (crack-house), dove la disponibilità della sostanza è affiancata ad ampi mercati di prostituzione. In Italia, questa forma di assunzione è ancora molto limitata, ma si deve considerarne il rischio potenziale.

Anche i soggetti dediti al consumo di sostanze psicotropani, dunque, non sono scevri dal rischio di contrarre patologie infettive tipicamente attribuite ai "classici" soggetti eroinomani. Questo tipo di popolazione necessita di un'adeguata sensibilizzazione su questi temi (ad esempio, utilizzo del preservativo), e pertanto, ad essa vanno indirizzati adeguati interventi di prevenzione ed educazione sanitaria.

Le iniziative messe in atto

Nel corso del 1999, così come rilevato da un progetto nazionale condotto dal reparto sostanze d'abuso dell'Istituto Superiore di Sanità (cui hanno aderito e partecipano molto attivamente, la maggior parte delle Regioni e Province Autonome italiane), molti servizi, enti ed associazioni hanno attivato iniziative e progetti d'intervento nel settore delle droghe sintetiche e del consumo in generale.

Queste iniziative (in parte finanziate col Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in parte dalle Aziende Sanitarie e dalle Associazioni) riguardano tutti i settori d'intervento, dalla ricerca alla riduzione della domanda, dalla clinica alla riduzione dei rischi e dei danni, seguendo gli stimoli offerti, nell'ottobre 1998, a Roma da un Convegno sulle droghe sintetiche.

Nel campo della ricerca, si è appena conclusa una rilevazione sperimentale sui rapporti fra uso di sostanze e sfera sessuale maschile. Sono stati coinvolti i servizi di quattro Regioni: Liguria, Umbria, Basilicata e Calabria. Dopo l'analisi dei questionari, è previsto l'allargamento dello studio a tutte le altre Regioni.

Il servizio "Drogatel" sta conducendo una rilevazione (basata su chi vi si rivolge per informazioni) circa gli effetti traumatici, psicopatologici o indesiderati dell'assunzione di sostanze diverse da eroina ed alcool. Questa rilevazione sarà condotta per tutto l'anno 2000.

L'Università di Torino, in collaborazione con la Regione Piemonte, ha messo a punto una ricerca sulla cosiddetta "doppia diagnosi" (cioè sullo studio degli effetti che l'assunzione di sostanze sintetiche può determinare sulla sfera psichica) e sulla ricerca di preesistenti problematiche psichiatriche capaci di favorire l'assunzione di tali sostanze.

A livello nazionale, continuano le ricerche "Multirischi" (condotte dall'ISS) ed "Espad" (condotta dal CNR di Pisa), che al momento attuale rappresentano gli strumenti più efficaci per capire la portata dell'uso di sostanze tra i giovani.

Seppure in zone territorialmente limitate, sono oggi in corso molte altre ricerche. Si tratta per lo più di studi disegnati dai servizi in un'ottica di preparazione di nuove tipologie d'intervento, o di ricerche che, fatto questo molto rilevante ed originale per il settore, vogliono valutare l'incidenza degli interventi condotti.

Nel campo della riduzione della domanda, vanno segnalati, in particolare, due nuovi settori d'intervento, ovvero le scuole guida ed i corsi di apprendistato previsti dalla legge 626 sulla sicurezza sul lavoro.

L'intervento dei servizi nelle scuole guida si sta diffondendo in tutta Italia. Questa scelta è stata operata in considerazione del fatto che la scuola guida rappresenta un luogo privilegiato, nel quale passa circa il 90% dei giovani diciottenni italiani. Possono qui essere fornite le fondamentali informazioni sui rischi di incidenti stradali a seguito di assunzione di sostanze.

Molti servizi, soprattutto in zone periferiche e in piccoli centri, intervengono direttamente, utilizzando materiale appositamente studiato. Altri servizi, invece, privilegiano la formazione degli insegnanti.

Uno degli obiettivi dichiaratamente perseguiti è quello di rendere l'informazione sulle sostanze parte integrante dei corsi per il conseguimento della patente. A tale scopo, domande specifiche sul tema dovrebbero essere inserite nei quiz d'esame: ai fini della sicurezza stradale, è certamente più utile conoscere gli effetti e i rischi dell'assunzione di sostanze, che non il funzionamento del motore.

Sostanze psicoattive e guida di veicoli

Le sostanze psicoattive influenzano attenzione, concentrazione e adeguatezza di risposta agli stimoli esterni. L'abitudine di associare più sostanze fra loro può comportare grossi effetti anche per livelli limitati di sostanza, in virtù anche della variabilità biologica individuale (differenze legate alle abitudini d'uso del soggetto ed alla eventuale tolleranza sviluppata). Alcune sostanze, cannabis in primis (soprattutto se combinate con l'alcool), sono erroneamente ritenute di nessuna pericolosità per la guida. In realtà, tali sostanze possono provocare tachicardia, difficoltà nella messa a fuoco sia degli oggetti che dello sfondo, difficoltà di attenzione e concentrazione, in altre parole un rischio nell'esplicazione di funzioni complesse come la guida di un veicolo. Si può concludere evidenziando che la sicurezza alla guida è incompatibile con l'uso di sostanze psicoattive, anche se assunte in maniera occasionale.

Gli incidenti stradali, il più delle volte invalidanti ma spesso anche mortali, rappresentano una fra le conseguenze più negative connesse all'assunzione di cannabis e di sostanze sintetiche.

I rischi indotti dall'uso degli stimolanti

L'effetto "ricreazionale", ricercato ed ottenuto con l'assunzione di stimolanti, porta il soggetto a vivere esperienze in cui si sente estremamente reattivo, disinibito, euforico ed in possesso di performances cognitive e motorie aumentate. Ciò porta spesso i soggetti ad azzardare molto, ed a sproposito, in diversi campi. In alcune situazioni è possibile raggiungere anche condizioni di perdita di controllo, intesa come manifestazioni di etero e/o auto aggressività conseguente alla riduzione del livello di coscienza e della capacità di giudizio e di critica. Sia cocaina che ecstasy alterano la percezione temporale soggettiva: le azioni compiute ed i pensieri elaborati si inseriscono in una realtà vissuta a "velocità" diversa, in quanto aumentata. Il flusso dell'ideazione e delle azioni appare molto più rapido, ma spesso si associa a problemi di coordinazione motoria e ad una distorsione della percezione spaziale. Da questo ne deriva che lo svolgimento di alcune attività, qua-

le la guida di autoveicoli, assume una notevole pericolosità per la distorsione spazio-temporale presente ma non avvertita dal consumatore.

Gli interventi nei corsi obbligatori d'apprendistato per i minori (previsti dalla legge 626 sulla sicurezza nei luoghi di lavoro) sono meno frequenti e sviluppati, ma in alcune zone, come la Toscana, l'esperienza comincia a consolidarsi e svilupparsi.

Sinora il mondo del lavoro è stato quasi del tutto ignorato dai servizi, ma alcune ricerche, condotte in Toscana, dimostrano che l'assunzione di sostanze ha un notevole peso in buona parte degli incidenti mortali sul lavoro che coinvolgono i giovani. Dal che si deduce quanto l'importanza di un'attenta e periodica informazione rivolta a chi entra nel mondo del lavoro.

Un altro campo dove iniziano ad impegnarsi i servizi e, soprattutto, le associazioni di volontariato o di privato sociale è quello dei grandi eventi musicali e dei raduni giovanili.

Grazie allo sviluppo delle unità di strada, queste iniziative si stanno radicando sempre di più, e ormai rappresentano elementi insostituibili nelle campagne nazionali di informazione.

Nel campo della clinica, è in corso una rilevazione (da parte del gruppo tecnico interregionale, che collabora al progetto nazionale dell'ISS sulle droghe sintetiche) che coinvolge presso i Ser.T. di tutte le Regioni. Si tratta di uno studio sulle attività di accoglienza e di trattamento, relativamente ai soggetti che si rivolgono ai Ser.T. per problemi connessi all'assunzione di cannabis e droghe di sintesi.

Attraverso questa rilevazione, si vogliono individuare le pratiche cliniche e le metodiche di trattamento più efficacemente utilizzate dai servizi, gli strumenti più idonei e di maggiore efficienza, i tempi medi di trattamento, i risultati ottenuti, i contesti ed i luoghi più opportuni per accogliere e trattare questi soggetti.

Da questo punto di vista sono sempre più numerosi i servizi che si pongono il problema di dove accogliere e trattare i consumatori di cannabis e di droghe sintetiche, o meglio i consu-

matori che non hanno ancora maturato uno stato di tossicodipendenza. Il quesito che si pone è se questo trattamento debba avvenire all'interno dello stesso servizio in cui sono trattati i soggetti con una lunga esperienza di tossicodipendenze alle spalle, (servizio generalmente connotato in modo netto dal punto di vista sintomatologico) o se, piuttosto, non sia meglio attrezzare spazi specifici che non favoriscano l'insorgere di una identità negativa.

Ove esistenti, questi spazi sono generalmente collocati al di fuori dal Ser.T., che però li gestisce tramite operatori "dedicati", che lavorano in stretto collegamento con le agenzie che si occupano di giovani in un'ottica di riduzione del danno. Questi luoghi offrono interventi a livello di accoglienza, di counseling, di trattamenti clinici brevi, d'informazione e prevenzione.

Un'idea delle potenzialità di questi servizi è offerta dal Centro di Counseling del Ser.T. di Cesena. Questo Centro, che opera da circa tre anni, usufruisce di un luogo proprio, distante dalla sede principale del Ser.T., tratta oltre il 15% dell'utenza regionale con problemi connessi all'assunzione di cannabis e di droghe sintetiche. Non a caso, dunque, i Ser.T. che si sono dati un'organizzazione specifica presentano un'utenza di questo tipo mediamente più alta.

Originali e di grande potenzialità, meritevoli di particolare interesse sono alcune esperienze di centri di ascolto mobili (CAM), particolarmente sviluppati nel goriziano. Attraverso uno specifico sistema di informazione e di contatti telefonici, i CAM accolgono i soggetti o sul mezzo mobile o in luoghi del tutto inusuali per la tradizionale attività clinica, quali ad esempio i parchi o i giardini urbani.

Nel campo della riduzione dei rischi, le esperienze, portate avanti dai Ser.T. e dalle associazioni di volontariato e del privato sociale, sono davvero numerose.

Gli interventi finalizzati alla riduzione dei rischi, (gli unici veramente possibili ed incisivi verso chi non ritiene di essere in uno stato di bisogno o di avere problemi a causa dell'assunzione di sostanze) non possono assolutamente prescindere dagli ambiti e dai luoghi di aggregazione in

cui le sostanze vengono più frequentemente consumate.

Poiché l'uso di droghe sintetiche è prevalentemente associato alla ricerca del divertimento, i luoghi di divertimento collettivo (in particolare, le discoteche) sono di fondamentale importanza per gli interventi finalizzati al contrasto della diffusione, all'informazione e alla limitazione dei rischi e dei danni conseguenti l'uso e l'abuso di queste sostanze.

In tal senso, sono già state sperimentate attività, molto efficaci ed incisive, con unità di strada specificamente attrezzate, in particolare sulla Riviera Maremmana, su quella Adriatica e nel vicentino. Si tratta d'interventi che, finalizzati alla prevenzione ed all'educazione, hanno luogo di notte davanti alle discoteche, e che utilizzano materiale informativo e di profilassi, nonché alcolimetri.

Altre esperienze, particolarmente significative, sono condotte, soprattutto in Lombardia, grazie all'istituzione di InfoPoint all'interno dei locali.

Per lo sviluppo di queste attività un grande contributo può venire dal protocollo sottoscritto dal Governo con i gestori delle discoteche, che, per rendere il divertimento sempre più sicuro, si sono impegnati ad una stretta collaborazione con i Servizi.

Ma, nel campo della riduzione dei rischi, un tema di assoluta essenzialità è quello del monitoraggio delle polveri o delle compresse, al fine di determinare qualità e quantità del principio attivo e di quant'altro contenuto in ciò che è venduto in strada, onde valutarne il rischio assunto.

Su questo tema non esistono esperienze italiane cui riferirsi, ma esse sono invece presenti in molti altri Paesi europei.

Per noi si tratta di individuare le esigenze reali e di studiare, sulla base dei servizi analitici presenti nel Paese, le possibilità di intervento compatibili con la legge attuale, anche nell'ottica delle esigenze del sistema di allerta rapido, nel rispetto degli impegni assunti dall'Italia a livello europeo.

Obiettivo ambizioso, ma possibile, è quello di creare un coordinamento nazionale di tutti i servizi analitici (PMP, ARPA, Tossicologie Forensi, Centri Universitari, Dogane), servizio che non avrebbe uguali in Europa e sarebbe in grado di rispondere pienamente agli impegni assunti dal nostro governo.

Strategie di riduzione della domanda

Esistono ricerche, alcune di ottimo livello scientifico, riportate nella Relazione al Parlamento 1998, condotte da soggetti diversi, in ambiti e situazioni differenti, che attestano come il consumo di sostanze sia elevato e diffuso, interessando un po' tutte le categorie sociali e tutte le fasce di età (a partire già dai 13 - 14 anni), e come le sostanze disponibili siano sempre più numerose, e si assista alla loro continua immissione sul mercato. Le sostanze illegali nettamente più usate e facili da reperire sono i cannabinoidi, seguiti a distanza, ma con consumo in aumento, da Cocaina, Ecstasy e Anfetamine.

Sulle motivazioni, gli effetti e le conseguenze d'uso di queste sostanze si rimanda alla Relazione al Parlamento dello scorso anno; qui si vogliono evidenziare alcuni problemi connessi alla loro diffusione. L'aumento costante del consumo, in particolare di cannabis e di droghe sintetiche, attestato dalle ricerche locali, dalle segnalazioni ai sensi degli articoli 75 e 121 del DPR 309/90 e dai sequestri, impone attente riflessioni sulle strategie di riduzione della domanda sin qui adottate ed un approfondito studio sugli involontari meccanismi favorevoli al consumo.

Nonostante gli sforzi dissuasivi e le campagne condotte in questi anni, sia a livello nazionale che a livello locale, sembra non sia affatto passato il messaggio circa la loro dannosità. In molti vi è l'idea che esse siano meno nocive del tabacco e dell'alcool e che i rischi dichiarati siano piuttosto aleatori, e del tutto accettabili rispetto ai piacevoli effetti prodotti. In particolare, i più giovani sembrano avere nei confronti della cannabis e delle droghe sintetiche lo stesso rapporto che, sino a qualche anno fa, mostravano avere verso il tabacco: trasgressione, qualcosa che va fatto di nascosto ma che in fondo fanno in tanti se non tutti, piacere a basso costo e, soprattutto, a basso rischio. C'è una fortissima discrepanza tra le strategie adottate, i risultati attesi e la realtà. Un punto fondamentale su cui riflettere è la credibilità dei messaggi. Per essere credibili essi non devono essere contraddittori, devono essere ben veicolati e soprattutto contenere informazioni veritiere. In particolare per i cannabinoidi, ma sempre più spesso anche per la droghe di sintesi, sembrano esserci due correnti di pensiero, che prescindono del tutto dalle evidenze scientifiche: per taluni sono il peggiore dei mali possibili, per altri hanno quasi esclusivamente poteri benefici o piacevoli. Le energie assorbite dal dibattito antropologico, etico e culturale dovrebbero, invece, essere focalizzate alla ricerca del modo più efficace per contrastare l'offerta e la domanda di droga e i danni conseguenti, e mai disperdersi in uno svolgimento delle acquisizioni e delle evidenze scientifiche. Prendendo ad esempio ciò che è successo contro la diffusione e i danni da tabacco, bisogna rilevare che non vi è nessuno (oggi, neppure i produttori), che esalti le qualità

del tabacco; c'è piena consapevolezza, generalizzata, che il fumo fa male, e su questa base cresce sempre di più la riprovazione sociale verso chi ne fa uso. Le campagne allarmistiche e terrorizzanti, che puntavano tutto sullo spavento delle persone, enfatizzando solo gli aspetti negativi e negando le motivazioni d'uso, hanno avuto tutte un esito disastroso, spesso controproducente; al contrario, quelle che senza tralasciare il messaggio sugli effetti fisici, hanno puntato sulle motivazioni e sul coinvolgimento hanno avuto ed hanno esiti assolutamente vincenti. Che il fumo da tabacco provochi direttamente o indirettamente circa 8.000 morti l'anno viene ripetuto continuamente ed ormai tutti lo sanno, ma ciò non vale a distogliere chi già fuma o a fermare chi vuole fare questa esperienza. Enfatizzare che la cannabis è l'anticamera dell'eroina (e quindi della tossicodipendenza) rischia di essere poco credibile perché ciò è vero solo per una percentuale bassissima (1 - 3%), che arriva all'eroina per ben altre motivazioni che non l'aver fumato. Dalla ricerca Multi Rischi condotta in alcune scuole medie superiori romane si apprende che il 70% dei fumatori di tabacco ha fatto esperienza di "canne" mentre tra i non fumatori la percentuale passa a circa il 10%. Eppure, nessuno afferma che il tabacco è l'anticamera della droga! Enfatizzare i danni neurologici, che indubbiamente ci sono e possono essere anche gravi, ed ignorare del tutto gli effetti piacevoli e motivazionali dell'uso di queste sostanze, rischia di risultare, ancora una volta, poco credibile. Quasi sempre, infatti, questi danni sono poco apprezzabili e difficili da cogliere; intervengono con tale gradualità da poter essere del tutto sconosciuti. Il messaggio che passa è dunque quello di un allarme ingiustificato.

Prima di parlare dei danni delle sostanze, si deve innanzi tutto circoscrivere il campo e puntare l'attenzione sui danni prevalenti: ad esempio non si parla quasi mai dell'incidenza negativa, accertata e incontrovertibile, che la cannabis ha su chi guida. Per provare ad invertire la tendenza e sperare di incidere sulla realtà, oggi bisogna sforzarsi di studiare con molta più attenzione le motivazioni d'uso. E' su queste che si deve agire, anche intervenendo a modificare tutti quei messaggi che esaltano l'arrivare, le prestazioni e l'apparire come conseguenza diretta dell'uso di un "qualcosa".

A03: I decessi droga correlati

La qualità dei dati raccolti

I decessi droga correlati (DRD) possono essere considerati, con alcune cautele, un indicatore indiretto di prevalenza d'uso di droga, o meglio di uso più problematico di droga.

Infatti, le variazioni spaziali e temporali di questa statistica possono riflettere, non solo una variabilità del fenomeno ma, purtroppo, anche l'effetto concomitante dei mutamenti di alcuni fattori legati alla definizione dei casi e alle modalità di raccolta dei dati, o di altri fattori fisiopatologici legati al contenuto di principio attivo delle sostanze utilizzate, alle modalità di assunzione, alle associazioni con altre sostanze assunte, allo stato fisico dei singoli soggetti al momento del consumo e del conseguente decesso.

La statistica si presenta, quindi, particolarmente sensibile all'azione dei cosiddetti fattori di confondimento (spesso correlati con la fonte di provenienza dei dati); la sua utilizzazione ai fini del monitoraggio del fenomeno dipende, dunque, in modo rilevante dalla capacità di tenere sotto controllo il numero più alto possibile di questi fattori.

I sistemi di rilevazione

Nel nostro Paese, i DRD vengono rilevati attraverso due sistemi distinti, il Registro nazionale di mortalità ed il Registro speciale dei decessi droga correlati, entrambe caratterizzati da una copertura nazionale del territorio, ma distinti per definizione di caso, specificità, articolazione della procedura di rilevamento, tempi e modi di produzione dei dati e loro verifica.

Il Registro nazionale di mortalità, curato dall'ISTAT, riguarda tutti i decessi avvenuti nella popolazione generale e le cause di morte sono codificate secondo un sistema di classificazione internazionale.

Dal 1995, l'ISTAT è passato da un sistema di codifica manuale ad un sistema di codifica automatica. Tale sistema consente di gestire l'informazione sia delle cause iniziali dei decessi

sia di quelle finali. Dal punto di vista pratico, ciò permette di disporre di tutte le cause associate al decesso e rende possibile un'analisi di multimorbosità.

I certificati di morte, base stessa del Registro nazionale di mortalità, che riportano variabili demografiche come sesso, età e data di nascita, sono generalmente accurati, ma presentano una discreta variabilità nella qualità delle codifiche delle cause di morte.

I certificati riflettono, infatti, le limitazioni nelle conoscenze specifiche del caso da parte del medico compilatore, la limitata disponibilità d'informazioni al momento del decesso, le variazioni nelle modalità con cui il medico compila il certificato, le limitazioni con cui vengono, a monte, classificate le cause che sottendono al decesso (es. cause violente come suicidi o omicidi, morti accidentali per trauma, decessi correlabili a droghe o altri agenti tossici).

Ne conseguono una variabilità ed una sottostima che, allo stato attuale, limitano l'utilizzo dell'indicatore DRD. Questa limitazione è ancora più evidente per sostanze come ad es. la cocaina, che più facilmente di altre porta a misclassificazioni della causa di morte. Per completezza d'informazione, è utile ricordare che ogni Comune possiede un proprio registro di mortalità generale.

Le statistiche ufficiali che ogni anno il nostro Paese produce in termini di DRD, sono realizzate sistematicamente dal Ministero dell'Interno attraverso la DCSA (Direzione Centrale per i Servizi Antidroga), che utilizza un Registro speciale di mortalità droga-correlata.

Queste statistiche si riferiscono esclusivamente ai decessi direttamente correlati alla droga, ovvero dovuti ad overdose, incidente di assunzione (principalmente per iniezione di eroina) o effetto ipertossico di sostanze concomitanti (soprattutto in miscele di strada). In una parte dei casi, le cause del decesso vengono, successivamente stabilite attraverso accertamenti tossicologici ed autoptici, generalmente effettuati solo quando necessario e richiesto dalla Magistratura.

Le statistiche in tal senso prodotte dal Gruppo italiano dei tossicologi forensi (GTF), sono sistematicamente raccolte dal GTF stesso e, dal 1999, risultano disponibili per il flusso nazionale dei dati DRD.

Morti da droga e morti droga correlate: una differenza importante da conoscere per capire il fenomeno.

Il Gruppo Tossicologi Forensi (GTF), appartenente alla Società Italiana di Medicina Legale e delle assicurazioni (SIMLA), ha attivato nel 1999 uno studio, cui ha partecipato la maggior parte delle sezioni universitarie. Le "morti da droga" in esso considerate sono state quelle in cui l'assunzione dello stupefacente ha svolto un ruolo causale di necessità nel determinismo del decesso. La "morte da droga" è infatti quella che il Codice Penale (art. 586) considera reato, come "morte in conseguenza di altro delitto", in quanto la sostanza che ha causato direttamente la morte è stata necessariamente ceduta alla vittima da "terzi" (reato di cui all'art. 73 del D.P.R. 309/90).

Le "morti da droga" non devono essere confuse con quelle che vengono definite le "morti droga-correlate", le quali comprendono oltre ai suicidi, gli incidenti stradali, le morti da patologia connessa e tutte quelle morti in cui la droga può aver giocato un qualche ruolo, specie a livello del comportamento, pur senza avere avuto alcuna influenza sul suo determinismo. L'approccio diagnostico, attraverso cui i casi inclusi nello studio sono stati selezionati, è quello usato nella valutazione dell'avvelenamento, basata sulla criteri medico-legali classici. In definitiva si tratta di "morti da droga" assolutamente certe e cioè di avvelenamenti acuti letali da droga.

I decessi indirettamente correlati alla droga (come omicidi, suicidi, incidenti stradali e sul posto di lavoro, epatiti, AIDS ed altro) non sono attualmente inclusi nel Registro speciale, né sono oggi derivabili dal Registro nazionale di mortalità.

Entrambi i sistemi ufficiali di rilevamento presentano ancora, come detto, alcune limitazioni e incompletezze. I dati del Registro

nazionale di mortalità sono disponibili con quasi due anni di ritardo rispetto l'anno in cui è avvenuto il decesso. Ciò rende, di fatto, impossibile un loro utilizzo diretto nel monitoraggio e nello studio dei nuovi elementi o trend emergenti nella mortalità droga correlata. D'altro canto, questi dati sono i soli di cui si oggi si disponga, al fine di rilevare (se pur con un ritardo fisiologico, e con necessarie modifiche di procedura e di codifica) le cause ed i fattori che sottendono direttamente e indirettamente questi eventi.

Il Registro speciale, che opera in tempi più brevi, fornisce solo i dati sui DRD direttamente correlati alla droga, con pochi riferimenti di contesto. Mensilmente, il Ministero dell'Interno, attraverso la DCSA, rende pubblici i dati dei decessi avvenuti nei singoli ambiti territoriali, riservandosi la possibilità di operare rettifiche (legate ad ulteriori approfondimenti) nel compendio annuale disponibile nei primi mesi dell'anno successivo.

Il Registro speciale raccoglie, verifica e riporta i casi di DRD rilevati dalle Forze di polizia sul territorio e su base indiziaria, cioè non verificati da riscontri autoptici e tossicologici. Da sottolineare che, quando effettuati, tali riscontri pervengono alla DCSA con un naturale e imprevedibile ritardo.

Il Registro Speciale è quindi basato sui casi rilevati dalle Forze di polizia e, dal punto di vista geografico, i casi sono riferiti all'ambito territoriale in cui il decesso è avvenuto, e non al luogo di residenza o domicilio del soggetto deceduto. L'elevata "pendolarità" dei soggetti, consumatori o tossicodipendenti, rende importante sottolineare questo aspetto, anche se il dato della residenza è comunque disponibile nel registro.

Entrambi i registri, dunque, anche se per ragioni differenti, sottostimano la reale entità dei DRD. Ad oggi, non è stato possibile, essenzialmente per differenti tempi di raccolta dei dati, per mancanza di tradizione e per mancanza di esigenze pregresse, collegare in modo complementare e sinergico i due sistemi ed archivi. Un collegamento tra i due registri e con i registri forensi, potrebbe compensare questa

limitazione, a vantaggio della completezza e della qualità dell'indicatore.

Gli sviluppi futuri del sistema di rilevazione

Il nostro Paese è attualmente impegnato in questa direzione, sia per implementare i flussi informativi nazionali sulla droga, sia per sviluppare una modalità di produzione e raccolta dati più idonea alle esigenze di armonizzazione e qualità dell'indicatore decessi droga correlati a livello europeo, sia per esigenze di comprensione-intervento (poiché i decessi si verificano non solo tra i tossicodipendenti per via iniettiva, ma, sempre più spesso, anche tra assuntori di sostanze diverse dagli oppiacei).

Nel corso del 1999, presso il Punto Focale Italiano, si è studiata la fattibilità e l'operatività di un tavolo di lavoro che, in questo campo, si sforzi di adeguare questo indicatore alle componenti istituzionali (ISTAT e Ministero dell'Interno-DCSA), alla ricerca (Istituto Superiore di Sanità) ed alla realtà forense (Gruppo italiano tossicologi forensi).

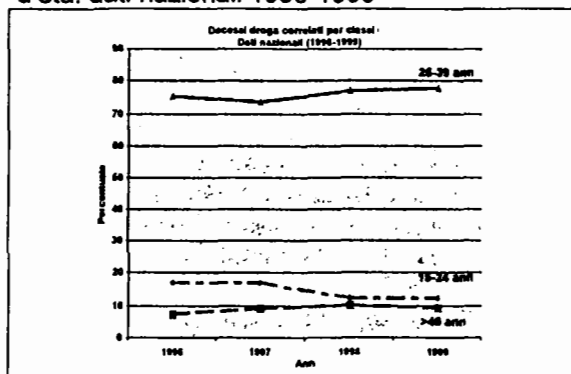
E' stata, in tal senso, individuata una strategia praticabile, per l'attuazione della quale verrà formalizzato, nei primi mesi del 2000, un tavolo di lavoro specifico, volto a migliorare ulteriormente la qualità e il contenuto informativo dell'indicatore DRD, anche ai fini di un suo adeguamento allo standard europeo promosso dall'OEDT. Si stanno inoltre valutando possibilità e modalità per collegare i dati dei due registri nazionali con i dati di coorte sulla mortalità in gruppi di tossicodipendenti e forti consumatori di droga, che saranno prodotti in studi specifici promossi dal Ministero della Sanità.

I dati del 1999

Nel 1999, il numero globale dei DRD nel paese risulta ridotto del 29,4% rispetto all'anno precedente, ma ciò non deve indurre a facili ottimismo. La riduzione è evidente in tutte le Regioni italiane (con fluttuazioni tra lo 0% ed il 50%), fatta eccezione per la Campania, dove si continua a registrare un incremento, se pur modesto (+3,7%), dei decessi per droga. Sempre in Campania, circa il 20% dei deceduti ha meno di 24 anni, a fronte del 13% del dato

nazionale, uguale a quello dell'anno precedente. Segue la Toscana con il 17,6% dei soggetti sotto i 24 anni, quindi l'Umbria, il Friuli e l'Emilia Romagna

Decessi droga-correlati distribuzione per classi d'età: dati nazionali 1996-1999



Fonte: Ministero dell'Interno (DCSA)

Nel grafico precedente è riportato, per gli ultimi quattro anni, il dato dei decessi in relazione alle diverse classi d'età. I valori della distribuzione percentuale confermano un leggero incremento della classe centrale d'età (+3%) ed un modesto decremento nella classe più giovane.

E' opportuno comunque segnalare l'incremento di un punto percentuale nei decessi di soggetti con meno di 20 anni nell'ambito della classe 15-24 (13,5% di contro al 12,5% del '98 e all'11,4% del '97).

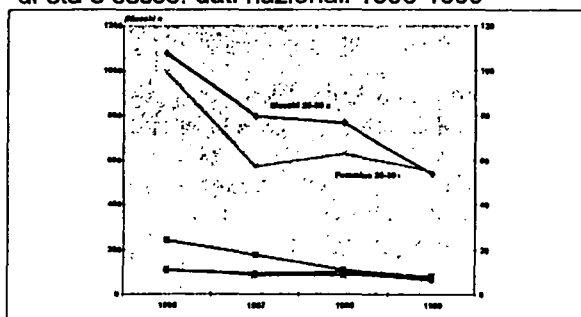
Il dato evidenzia, ancora una volta, la necessità di una maggior attenzione sul particolare aspetto dei decessi nei giovani con meno di 20 anni, anche considerando che gli operatori sul territorio riferiscono frequentemente di soggetti molto giovani con abitudini d'assunzione particolarmente a rischio.

La lettura dei dati riferiti dal Gruppo italiano dei tossicologi forensi tende a definire un modello in cui, la componente dei decessi per eroina in popolazione tossicodipendente, viene sostituita dalla componente dei decessi conseguenti ad abuso di sostanze come la cocaina, avvenuti in soggetti non propriamente tossicodipendenti ed in situazioni in cui, senza specifici accertamenti tossicologici, risulta difficile identificare la sostanza come causa diretta del decesso.

Un'attenzione più mirata ed un uso più esteso degli accertamenti tossicologico-legali sui decessi, potrebbero fornire utili informazioni, e permettere un'analisi più approfondita della questione. Ugualmente utile potrebbe risultare, il miglioramento (già in corso) della codifica sulle cause dei decessi, ed un valido aiuto potrebbe derivare da una lettura comprensiva dei dati di mortalità prodotti in specifici studi, su coorti di tossicodipendenti.

Nei grafico seguente, è riportata la distribuzione per classi di età, rispettivamente per i maschi e per le femmine, dei decessi avvenuti nel periodo 1996-1999.

Decessi droga correlati distribuzione per classi di età e sesso: dati nazionali 1996-1999



Fonte: Ministero dell'Interno (DCSA)

Dall'analisi dei dati si rileva che il 31% dei decessi nella classe 15-19 ed il 15% nella classe 20-24 è rappresentato da soggetti di sesso femminile, contro un media del 10% nelle altre classi.

Contrariamente a quanto osservato per i maschi, che nell'ultimo anno hanno fatto registrare una decisa riduzione dei DRD sia globalmente (-30%) sia in relazione a tutte le classi di età, tra le femmine si è evidenziata una riduzione globale del 18%, a carico delle sole classi maggiori di età.

E' rimasto invariato il numero, fortunatamente contenuto, dei DRD femminili nella classe 15-19. E' utile ricordare che una maggiore diffusione dell'uso di droghe problematico tra le donne, è osservata dagli operatori in più parti del territorio. Tutto ciò suggerisce l'opportunità di sviluppare in tempi ragionevoli, o intensificare

ove presenti, programmi mirati a consumatori e tossicodipendenti di sesso femminile.

Le morti da droga: uno studio da sviluppare

Nello studio attivato nel 1999, sulle morti da droga, dal Gruppo tossicologi forensi (GTF) della Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni, sono stati raccolti dati sui decessi avvenuti in 19 aree provinciali. I dati, quindi, fanno riferimento solo ad una parte della casistica nazionale e la mancanza di alcune grandi aree metropolitane e una non sempre capillare richiesta di accertamenti autopsici con consulenza tossicologica da parte dell'autorità giudiziaria rendono il campione non utilizzabile per stime a carattere nazionale.

Dal punto di vista organizzativo e metodologico, l'indagine si caratterizza come uno studio pilota, che potrà essere riportato su scala più ampia e con maggiore interazione con le Autorità Giudiziarie.

L'analisi dei dati raccolti mostra l'assenza di particolari picchi nella distribuzione mensile di morti da droga. Non si evidenziano, infatti, periodi dell'anno con particolare concentrazione di decessi: su una media di 50 morti mensili, la fluttuazione non si discosta più del 10%, con un valore minimo a novembre (38 morti) e massimo in dicembre (65 morti).

Se si considerano il sesso e l'età, si evidenzia l'attesa e nota preponderanza del sesso maschile (circa il 90% dei decessi nel corso dell'intero periodo). La fascia d'età più colpita risulta quella tra 31 e 40 anni (48%) seguita dalla fascia 25-30 (31%).

Questo dato porta ad un confronto con quanto riportato nel "Libro Bianco" dello studio precedentemente realizzato dal GTF e relativo al periodo 1991-1996. Lungo quest'arco di tempo, la fascia 25-30 anni risultava quella più colpita (40%), mentre la classe 31-40 anni risultava seconda, con il 33% dei casi. In definitiva, l'evoluzione del fenomeno ha portato ad un'inversione tra le fasce più colpite, correlata con l'invecchiamento della popolazione tossicomane. E' importante notare che, nelle fasce più giovani, si ha un dimezzamento della percentuale di mortalità,

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

11% nel periodo di studio (1999) contro un 22% nel periodo 1991-96. Tra i deceduti con meno di 25 anni, circa l'8% non era ancora maggiorenne. La tabella seguente mostra la

distribuzione dei decessi nelle aree territoriali scelte per lo studio, in relazione alle sostanze individuate come causa della morte.

Morti da droga secondo la sede dell'Istituto di Medicina Legale e secondo le sostanze causa del decesso, registrati nel corso del 1999

Morti 1999	Eroina				Cocaina				Metadone e altre sostanze				Totale
	unica	+ alcool	+ altre sostanze	+ alcool ed altre sostanze	unica	+ alcool	+ altre sostanze	+ alcool ed altre sostanze	unica	+ alcool	+ altre sostanze	+ alcool ed altre sostanze	
Ancona	3	0	5	3	0	0	0	0	0	0	0	0	11
Brescia	8	16	11	3	5	1	0	0	1	0	0	0	45
Cagliari	4	3	7	0	0	0	0	0	1	0	0	1	16
Catania	4	5	2	0	3	0	0	0	0	0	0	0	14
Firenze	11	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	14
Macerata	5	5	6	2	0	0	0	0	0	0	0	0	18
Messina	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3
Milano	18	7	35	16	5	2	2	1	1	0	0	1	88
Modena	6	3	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26
Napoli 1°	32	0	16	3	4	0	0	0	0	0	0	0	55
Napoli 2°	16	4	2	0	6	1	0	0	0	0	1	0	30
Padova	3	12	9	8	0	0	0	0	1	1	0	0	34
Parma	4	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11
Pavia	14	11	11	3	0	0	2	1	1	0	2	0	45
Perugia	2	2	11	1	0	0	1	0	0	0	0	0	17
Pisa	3	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	8
Roma SAP	18	16	17	6	1	1	0	0	0	0	0	0	59
Roma TOR	6	4	6	2	1	0	0	0	1	0	0	0	20
Roma CAT	21	3	4	1	6	0	0	0	3	0	0	0	38
Siena	4	2	2	0	0	0	0	0	0	1	1	0	10
Trieste	3	0	4	3	0	0	0	0	0	0	2	0	12
Verona	15	2	12	0	3	0	0	0	0	0	1	0	33
Totale	200	98	187	53	35	5	6	2	9	2	8	2	607

Fonte: studio dal Gruppo Tossicologi Forensi (GTF) della Società Italiana di Medicina Legale e delle assicurazioni

I 200 casi in cui è stata rilevata la sola presenza di eroina, costituiscono il 33% dell'intera casistica: se a questa quota si aggiungono i casi in cui c'è stata compresenza di alcool (98 casi, 16%), di altri stupefacenti (187 casi, 31%) o di entrambi (53 casi, 9%), l'eroina rappresenta la causa di morte in 538 casi su un totale di 607, ovvero nell'89% dei decessi registrati nel campione.

Diverso il caso della cocaina (48 casi, 8%) che, quando è causa della morte, si ritrova quasi sempre come sostanza unica (73% dei decessi da cocaina), e che, nella restante metà dei casi, è associata ad alcool.

La maggior parte delle morti (89%) per narcotismo acuto incluse nello studio, sono causate da eroina, ma è interessante notare

che la cocaina, con una quota dell' 8%, si evidenzia in notevole aumento rispetto al valore del 3% di decessi del primo studio (periodo 1991-96).

Il ruolo svolto dalla cocaina all'interno del discorso circa le cause di morte, è confermato anche dall'analisi della tabella successiva, inerente le sostanze ritrovate unitamente allo stupefacente responsabile del decesso. La cocaina rappresenta, infatti la sostanza più frequentemente presente (130 casi), e ciò indica un suo sempre più frequente consumo anche in soggetti consumatori abituali di altre sostanze.

Ulteriore conferma di questo dato si ottiene dalla constatazione che, laddove nel 1999 le sostanze trovate con più frequenza sono state

XIII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

la cocaina, le benzodiazepine ed i cannabinoidi,

nel periodo 1991-96 le sostanze più utilizzate risultavano essere le benzodiazepine, seguite dai cannabinoidi e, in ultimo, dalla cocaina.

Data la tendenza, da più parti segnalata, all'incremento dell'uso-abuso di cocaina non solo tra i tossicodipendenti, i dati rilevati dal GTF motivano la necessità di una maggiore attenzione ai problemi associati al consumo di questa sostanza.

Morti da droga secondo la sede dell'Istituto di Medicina Legale e secondo le sostanze associate, registrati nel corso del 1999

Laboratori di Tossicologia Forense	Amfetamin e	Antidepressivi	Barbiturici	Benzodiazepine	Cannabinoidi	Cocaina	Oppioidi	Metadone	Altre	Totale
Ancona	1	0	0	1	3	5	0	0	1	11
Brescia	0	0	0	3	2	6	0	0	0	11
Cagliari	1	0	0	5	1	1	0	1	0	9
Catania	0	0	1	2	0	0	0	0	0	3
Firenze	0	0	0	0	0	2	1	0	0	3
Macerata	0	0	0	1	0	6	0	1	0	8
Messina	0	0	0	2	0	1	1	0	0	4
Milano	0	5	1	19	12	37	0	14	9	97
Modena	0	1	0	8	1	9	0	2	0	21
Napoli 1°	0	0	0	5	3	13	0	0	2	23
Napoli 2°	0	0	0	2	2	1	0	0	0	5
Padova	2	1	1	11	3	4	2	0	0	24
Parma	0	0	0	6	1	5	0	0	1	13
Pavia	0	1	0	8	8	11	3	0	0	31
Perugia	1	0	0	4	1	9	0	3	0	18
Pisa	0	0	0	0	3	1	0	0	0	4
Roma SAP	0	0	2	27	12	7	0	0	0	48
Roma TOR	0	0	0	2	2	5	0	0	0	9
Roma CAT	1	0	0	5	5	3	0	2	4	20
Siena	0	0	1	2	1	0	0	1	0	5
Trieste	0	1	2	9	3	1	3	0	3	22
Verona	0	0	0	4	4	3	0	0	1	12
Totale	6	9	8	126	67	130	10	24	21	401

Fonte: studio dal Gruppo Tossicologi Forensi (GTF) della Società Italiana di Medicina Legale e delle assicurazioni

A04: Il servizio DROGATEL

Come funziona il servizio

"Drogatel", servizio telefonico nazionale anonimo e gratuito, è curato dal Dipartimento per gli Affari Sociali (DAS) della Presidenza del Consiglio dei Ministri. Anche nel 1999, ha rappresentato un importante punto di riferimento per necessità di tipo informativo e di supporto psicologico in merito a problemi connessi all'uso o abuso di sostanze.

"Drogatel", che dal 1° gennaio 1999 si caratterizza tecnologicamente come "call-center", dispone di 4 postazioni telefoniche, attive tutti i giorni, dalle ore 09.00 alle 21.00. Può contare su un'equipe composta da 12 psicologi, 1 educatore, 1 assistente sociale, 1 consulente medico, 1 consulente legale, 1 operatore tecnico di segreteria ed una coordinatrice del DAS. L'equipe, che si aggiorna anche grazie a contatti (diretti o indiretti) con Servizi pubblici e privati, svolge attività di:

- informazione sulle tematiche connesse alla tossicodipendenza ed all'alcolodipendenza;
- counseling telefonico, mirato a ridefinire il problema posto dall'utente ed a prospettare una gamma di possibili soluzioni;
- orientamento dell'utente verso servizi e strutture, pubbliche o convenzionate, adeguate ai problemi emersi durante il colloquio telefonico;
- invio di materiale informativo sulle sostanze stupefacenti;
- incontro con esperti del settore, per conoscere le nuove terapie ed i risultati di studi e ricerche; acquisizione di testi, articoli o altre fonti, con particolare attenzione a "nuove droghe" e nuove modalità di consumo,
- promozione del servizio attraverso l'invio di locandine, adesivi, depliant; realizzazione di spot televisivi e radiofonici, partecipazione a trasmissioni radiofoniche su specifica richiesta, consulenza per articoli d'informazione sulle "droghe", con particolare riguardo alle riviste rivolte ai giovani.

Le telefonate sono codificate grazie ad un sistema di data-entry "on-line", che consente l'immediata e articolata raccolta dei dati relativi

agli utenti, nonché la diretta consultazione di un archivio computerizzato dei Centri di riferimento psico-socio-sanitari, presenti sul territorio nazionale.

L'attività svolta da "Drogatel" nel 1999

Sono state "gestite" circa 20.000 telefonate, il 46,20% delle quali è stato effettuato da cittadini che non avevano mai contattato altri servizi connessi a questo tipo di problemi.

"Drogatel", dunque, sembra essere capace di raggiungere l'utenza "sommersa", cui viene così offerta l'opportunità di un primo approccio con le strutture ed uno spazio per riflettere sull'opportunità di rivolgersi agli specialisti disponibili sul territorio.

Rilevante, inoltre, l'azione informativa svolta da "Drogatel" a favore di cittadini che spesso non conoscono i servizi disponibili sul territorio (Ser.T., consultori, servizi di alcologia, associazioni convenzionate, ecc.), ed ancor meno l'ampia gamma d'interventi da essi offerti.

Le caratteristiche dell'utenza sommersa

La popolazione "sommersa" che si rivolge a "Drogatel" è prevalentemente giovane. La maggiore incidenza si registra nella fascia di età 19-25 anni (24% del totale). Di contro, la fascia d'età che più rappresenta i soggetti già utenti di altri servizi per la tossicodipendenza è quella compresa tra 26 e 35 anni (28% del totale).

La popolazione "sommersa" è particolarmente orientata verso la richiesta d'informazioni sulle sostanze, soprattutto in relazione ai loro effetti a breve termine ed alla probabilità di dipendenza psicofisica. Giungono, in tal senso, richieste d'informazione circa i cannabinoidi (20%), la cocaina (13%), l'ecstasy (5%) e l'LSA (2%).

Gli utenti già in contatto con i servizi richiedono maggiori informazioni su cocaina (4,7%) e cannabinoidi (4,6%).

L'utenza "sommersa" consuma in prevalenza cannabinoidi (28,73%), eroina (20,13%) e cocaina (19,1%). Il consumo di eroina è, invece,

nettamente prevalente nei soggetti già in contatto con i servizi (44,9%), seguito poi dall'uso benzodiazepine (15,2%).

Caratteristiche dei consumatori

Tra i soggetti che, direttamente o tramite terzi, si sono rivolti a "Drogatel", vi è un 72,4% di consumatori abituali di sostanze stupefacenti o psicotrope, un 15,2% di consumatori occasionali e un 12,5% di consumatori non meglio definiti.

La sostanza maggiormente usata è l'eroina (33,84%), seguita dai cannabinoidi (26%) e dalla cocaina (18,9%).

Dall'incrocio tra tipo di sostanze utilizzate e classi d'età dei consumatori, i cannabinoidi appaiono essere la sostanza più usata nel corso della prima adolescenza. Nell'età "giovanile" all'uso di cannabinoidi si affianca quello di eroina, quasi a pari livello. Rispetto a per questa fascia d'età, è particolarmente interessante anche la percentuale relativa al consumo di cocaina.

Nei giovani adulti, la sostanza maggiormente utilizzata è l'eroina (quasi 50% dei casi), seguita a distanza dalla cocaina e dall'alcool. Nell'età adulta all'eroina si affianca l'uso di alcool e psicofarmaci. Nelle due ultime fasce d'età, l'alcool e gli psicofarmaci diventano le prime sostanze di consumo.

Caratteristiche della persona che chiama Drogatel

A "Drogatel" telefonano maggiormente i consumatori abituali (23,6%), seguiti dalle madri (20%), dal partner (9,6%), dai "cittadini" (7,8%), - definendo "cittadino" la persona che chiama pur non avendo problemi legati all'uso di sostanze, né un ruolo all'interno di questo settore - dagli amici (7%) e dai consumatori occasionali (5,9%).

E' interessante osservare che le telefonate di madri e padri presentano un rapporto simile a quello delle sorelle rispetto ai fratelli. In entrambe i casi, i parenti di genere femminile mostrano un accesso al servizio nettamente superiore, confermando così una maggiore disponibilità della popolazione femminile alla "presa in cari-

co" di tali problematiche, nonché una sua maggiore apertura verso i servizi di riferimento.

Rapporto fra persona che chiama e tipo di richiesta

Il Consumatore Abituale richiede innanzitutto sostegno o consigli di tipo psicologico (50%), informazioni sui servizi (46%) e sulle sostanze (40%). Si differenzia dalle altre categorie di utenti "Drogatel" per una maggior richiesta di informazioni di tipo medico, per le domande su benzodiazepine, antidepressivi, barbiturici, antipsicotici e alcool, e per la richiesta d'informazioni sulle terapie con psicofarmaci.

La Madre richiede prevalentemente sostegno o consigli di tipo psicologico (78%), informazioni sui servizi (50%) e sulle sostanze (36%). Si caratterizza per quesiti di tipo psicologico (soprattutto in relazione ai comportamenti da tenere ed alla gestione delle proprie crisi d'ansia), e per la richiesta d'informazioni sui cannabinoidi.

Rispetto all'invio ai servizi territoriali, "Drogatel" orienta frequentemente le madri, verso consultori, distretti socio sanitari, associazioni e servizi di psicoterapia.

Il Partner pone una richiesta di sostegno e di consiglio di tipo psicologico (77%), informazioni sui servizi (55%) e sulle sostanze (39%). Si caratterizza, appunto, per le richieste di sostegno psicologico, soprattutto in relazione a comportamenti ed atteggiamenti da tenere. Richiede, inoltre, numerose informazioni sulle sostanze (soprattutto cocaina ed alcool) e sulla loro capacità di generare dipendenza psicofisica.

Il "cittadino" richiede informazioni sui servizi (38%), sulle sostanze (29%) e consigli di tipo psicologico (26%). Le telefonate sono caratterizzate dalla specifica richiesta di "telefoni utili" e numeri verdi e da quesiti relativi all'AIDS ed alle malattie sessualmente trasmissibili.

L'amico/a chiede sostegno e consiglio di tipo psicologico (67%), nonché informazioni sui servizi (43%) e sulle sostanze (39%). Si caratterizza per la richiesta di suggerimenti circa il comportamento da tenere nei confronti della persona che abusa di sostanze e per la richiesta

d'informazioni sulla cocaina, sulle possibilità di dipendenza psicofisica da droghe e sui loro effetti a lungo termine.

Il consumatore occasionale richiede informazioni sulle sostanze (61%) e sui loro effetti collaterali (44%), nonché sostegno e consiglio psicologico (47%). Si rivolge a "Drogatel" soprattutto per richiedere informazioni sulle sostanze (cannabinoidi, cocaina, ecstasy ed LSD), sui loro effetti a breve e a lungo termine e sul loro livello di tossicità. Il consumatore occasionale si caratterizza, inoltre, per una notevole richiesta d'informazioni in merito alle analisi tossicologiche. Tale richiesta è spesso legata alla imminenza della visita militare o ad eventuali controlli richiesti dai genitori.

La distribuzione territoriale delle chiamate

Il 25% delle chiamate proviene dal Centro Italia e la stessa percentuale si registra per il Sud; le chiamate dal Nord Ovest rappresentano il 24% del totale e quelle dal Nord Est pesano per il 12%. Il 10% delle chiamate proviene dalle Isole.

PAGINA BIANCA