

25 luglio 2007 13:25

Italia. Appunti e spunti dalla relazione del governo sulle tossicodipendenze (2006)

di Giulio Manfredi *



Qui il testo completo della relazione del Governo:

clicca qui

<http://www.solidarietasociale.gov.it/SolidarietaSociale/evidenza/relazione+annuale+tossicodipendenze+2006.htm>**N. B.***Le annotazioni sono tra parentesi e in grassetto***1) Buona introduzione del ministro Ferrero, che individua i problemi e fa delle proposte concrete.**

Sistema dei servizi pubblici inadeguato qualitativamente e quantitativamente: rapporto operatori/utenti pari a 1:24 (in base al D.M. 444/90 dovrebbe essere 1:13.6); scarsita' del personale con professionalita' psicosociali, per integrare i trattamenti farmacologici.

Di pari passo, regresso delle comunita' terapeutiche, la cui utenza si e' dimezzata in dieci anni: nel 1996 raggiunsero l'apice, erano 1372, con circa 24.000 utenti; nel 2006 sono 730 comunita' residenziali e 204 semiresidenziali, con un'utenza di circa 11.000 persone. Cause: inadeguatezza delle rette, che variano sensibilmente da regione a regione; mancata applicazione nella maggioranza delle Regioni dell'Atto di Intesa Stato Regioni del 1999; ritardo nei pagamenti.

Richiesta unitaria da parte degli operatori: ogni ASL dedichi l'1,2% del proprio budget al complesso degli interventi sulle dipendenze **(ricordo che, in base all'Accordo del 1999, ogni ASL avrebbe dovuto istituire al suo interno uno specifico "Dipartimento delle Dipendenze", per affrontare gli interventi in modo coordinato e sinergico)**.

A partire dal 2000, Il "Fondo per la Lotta alla Droga" e' confluito nel piu' vasto "Fondo Sociale" (L. 328/00).

Risultato: sottrazione di fondi alle dipendenze per investirli in altri settori piu' gratificanti . anche elettoralmente!

Necessita' ed urgenza di occuparsi in maniera sistematica della fascia di utenza piu' "dura" (8% del totale, 12.000 < 14.000 persone), senza fissa dimora, che vive in strada. La buona volonta' del volontariato non basta; occorre creare una struttura in grado di sapere prospettare anche a chi puo' farcela dal fuoriuscita dal circolo vizioso strada/assistenza/strada **(vedi aggancio con proposta "narcosala")**.

Ferrero propone la costruzione di un "Piano nazionale di lotta alla droga", a valenza quadriennale, previsto dall'Unione Europea (e messo nel dimenticatoio dal governo Berlusconi); il Piano dovra' essere pronto entro fine anno e servire da modello per i singoli piani regionali.

I quattro pilastri del Piano saranno: lotta al traffico, prevenzione, cura e riabilitazione, riduzione del danno. E' importante sottolineare il fatto che la "riduzione del danno" acquista (almeno nelle intenzioni del Ministro) una dimensione quantitativa e qualitativa pari a quella degli altri pilastri. Attualmente la r.d.d. e' la Cenerentola degli interventi sulle dipendenze: ". i servizi strutturati volti alla Riduzione del danno ed alla Limitazione dei rischi sono nella quasi totalita' dei casi pubblici. Il dato presenta aspetti di incompletezza per la mancata risposta di alcune Regioni. In particolare le Unita' di strada per la riduzione del danno da droghe sono 23 (2 private); le Unita' di strada destinate alla limitazione dei rischi della notte 26 (5 private), quelle rivolte alla prostituzione 11 (1 privata), i Drop-in sono 10 (1 privato), i Dormitori specializzati per dipendenze patologiche sono 2 (1 privato) ." (pag. 112).

(Domenico Massano - il radicale di Torino che lavora nei servizi del privato sociale e che ha incardinato la petizione per una narcosala a Torino - insiste da tempo sulla necessita' di dare alla "riduzione del danno" una struttura ad hoc, a cascata, dal Ministero agli Uffici Tossicodipendenze degli Assessorati Regionali ai Dipartimenti Dipendenze delle ASL).

Ferrero ricapitola infine i punti qualificanti della sua proposta di legge delega di riforma del Testo Unico sugli stupefacenti (DPR 309/90), tra i quali la possibilit  di "sperimentare, sulla base di evidenze scientifiche e previa autorizzazione dell'Istituto Superiore di Sanita', interventi innovativi nel campo della cura e dell'aiuto alle persone dipendenti." **(apertura in primis alle "narcosala" ma anche, in seconda battuta, a progetti di somministrazione controllata di eroina terapeutica; ricordo che mentre per le narcosale si puo' sostenere la loro istituzione a legislazione vigente, per la somministrazione dell'eroina bisogna, almeno, abolire la "Finis-Giovanardi" (L. 49/06).**

Ferrero prevede di tenere la IV Conferenza Nazionale sulle dipendenze nel primo trimestre del 2008.

2) Buona "Sintesi" della Relazione, da cui si ricava:

A) Un aumento generalizzato del consumo di sostanze psicoattive, tra il 2001 e il 2005.

Approfondendo, mentre l'aumento del consumo di cannabis e' incontestabile in tutte le fasce di eta', per quanto riguarda l'alcool, vi e' stata una diminuzione del consumo in generale, ma vi e' stato un aumento di consumo fra gli studenti, senza sostanziale differenze di genere (rapporto maschi/femmine pari a 1.2).

(GUARDA RELAZIONE)

Altrettanto dicasi per il tabacco: diminuzione del consumo generale, ma aumentano le "donne fumatrici" (+ 6,4%). Nella popolazione studentesca, le fumatrici sono piu' dei fumatori in termini assoluti. E' l'unico caso in materia di consumi di sostanze psicoattive, in cui le femmine superano i maschi. Ricerca della parita' e dell'indipendenza con l'assimilazione di consumi "maschili"?!

Diminuisce la quantita' di persone che utilizzano sia sostanze legali che illegali, ma aumentano coloro che consumano piu' sostanze illegali (dal 14 al 17%) .. Ma l'87% di chi consuma cannabis non consuma altro **(ennesima smentita del luogo comune "chi fuma cannabis passa poi all'eroina")**.

I consumatori di eroina sono stimati in 210.000 persone (5,4 ogni mille residenti di eta' 15<64).

I consumatori di cocaina sono stimati in 147.000 persone (3,8 ogni mille residenti di eta' 15<64).

I primi sono stabili nel tempo, i secondi hanno subito un incremento rilevante.

Gli eroinomani si rivolgono ai Sert entro sei anni dall'inizio dell'uso (media); i cocainomani entro sette-otto anni.

Nel 2006 i soggetti in trattamento presso i Sert sono stati circa 176.000. L'utenza dei Sert (14% nuovi utenti, 86% utenti gia' in carico dall'anno precedente o rientrati) e' composta prevalentemente da soggetti di genere maschile (87%), di nazionalita' italiana (94%) e con eta' media di quasi 35 anni (30 anni per i nuovi utenti).

Mi pare interessante rilevare il fatto che i Sert riescono ad intercettare utenti gia' "vecchi", gia' "provati", molti dei quali hanno gia' compiuto reati e sono stati in galera. Necessita' ed urgenza di trovare nuovi strumenti per l'aggancio precoce dei consumatori.

Le sostanze per le quali si richiede il trattamento sono nella maggior parte dei casi oppiacei (72%), seguite dalla cocaina (16%) e dalla cannabis (10%), queste ultime molto piu' diffuse tra i nuovi utenti **(teniamo sempre presente che, soprattutto per la cannabis, si tratta di persone inviate dalle Prefetture dopo la segnalazione di cui all'art. 75 del DPR 309/90, per cui non era nelle loro intenzioni "richiedere di essere trattate dal Sert" .).**

L'uso iniettivo si riscontra nel 74% degli utilizzatori di oppiacei e nell'8% degli utilizzatori di cocaina.

La maggior parte degli utenti in carico (61%) dichiara di avere un livello di istruzione medio e di lavorare.

Il 62% dell'utenza ha usufruito di trattamenti farmacologici, la meta' dei quali integrati con terapie di tipo psico-sociale **(vedi considerazioni precedenti del ministro Ferrero)**. La maggior parte (93%) e' destinatario di trattamenti con oppioagonisti (68% con metadone, 20% con buprenorfina).

L'8% degli utenti dei Sert risulta trattato in strutture terapeutiche residenziali, Di questi, il 54% riceve, ad integrazione della terapia di comunit , trattamenti farmacologicamente assistiti (metadone per il 51% e buprenorfina per il 12%).

(E' positivo riscontrare che l'utilizzo di trattamenti farmacologici si e' diffuso anche nelle comunit  terapeutiche; come e' successo nei Sert, il metadone non e' piu' visto come il "nemico" ma un "alleato" nell'agganciare il td.te per il tempo sufficiente ad avviarlo a percorsi di recupero .

E' negativo riscontrare che, anche in questa relazione ricca di dati nuovi, vi sono informazioni inadeguate per qualita' e quantita' sull'assistenza sanitaria dei cittadini tossicodipendenti in carcere (a pag. 177, si analizza un campione di 2.000 soggetti mentre erano 16.145 i td.ti in carcere alla data del 30 giugno 2006; rispetto al campione, solo il 39% riceve trattamenti farmacologici: per il 19% si tratta di farmaci non specifici - i famigerati sedativi per "far star buoni e calmi" i detenuti ?! -, il 18% con metadone, il 2% con buprenorfina).

Ricordo che ai sensi della riforma della medicina penitenziaria (D. Lgs. 230/99), l'ASL di riferimento e' direttamente responsabile dell'assistenza sanitaria in carcere e, quindi, non c'e' piu' differenza fra Sert fuori le sbarre e Sert dentro le sbarre.

Su questo punto preparero' un'interrogazione parlamentare per i nostri deputati.

Nel 2006 vi sono stati 517 decessi per overdose; in dieci anni le morti si sono ridotte a un terzo; nel 1996 si era toccata la punta massima, con 1.556 decessi.

Lo studio VEdeTTE (il piu' grande studio osservazionale condotto in Italia, cui hanno aderito 115 Sert in 13 Regioni italiane, svoltosi tra il 1998 ed il 2001) ha evidenziato come chi e' in trattamento presenta un rischio di mortalita' acuta circa 11 volte inferiore a chi e' fuori trattamento. Risultano quindi fondamentali i fattori "ritenzione in trattamento" e "durata degli interventi". Se rapportati ai trattamenti disponibili, i trattamenti di mantenimento con metadone (in particolare se con dosi superiori a 60 mg al giorno e integrati da un supporto psicosociale o da una psicoterapia), rivelano la massima capacita' di ritenzione dell'utente; la comunit  terapeutica e' risultata poco inferiore al mantenimento con metadone nella ritenzione, almeno per quanto riguarda i nuovi utenti **(tenendo presente che i trattamenti metadonici sono ormai diffusi anche nelle comunit !)**, mentre tutti gli altri trattamenti hanno mostrato una minore capacita' di ritenzione.

La "Relazione sulle tossicodipendenze" fornisce anche i dati della mortalita' relativa al consumo di sostanze psicoattive legali: ". **Alcol.** Secondo le ultime stime dell'Istituto Superiore di Sanita', ogni anno in Italia circa **24.000 decessi** sono associati all'alcol e riguardano piu' di 17.000 uomini e circa 7.000 donne . **Tabacco.** In Italia l'Istituto Superiore di Sanita' stima circa **80.000 decessi** attribuibili al fumo ogni anno, pari a circa il 14% di tutte le morti ." (pag. 134).

Impressionanti sono anche le cifre riguardanti gli incidenti stradali: ". Secondo le ultime stime dell'Istituto Superiore di Sanita', in Italia muoiono attualmente ogni anno in seguito ad incidente stradale circa 6.000 persone. Per ogni morto in incidente stradale ci sono poi 2-3 invalidi molto gravi, 20 ricoverati, piu' di 250 accessi al Pronto Soccorso. piu' di un decesso su tre riguarda soggetti con meno di 30 anni; piu' della meta' dei ragazzi deceduti a 18 anni muore a seguito di incidente stradale, (che) e' la prima causa di invalidita' grave dei giovani. Per avere un'idea precisa di cosa significhi sul lungo periodo, basta pensare che dal 1970 ad oggi sono morti per incidente stradale circa 125.000 giovani (100.000 maschi e 25.000 femmine) che avevano meno di trenta anni. Accanto a questi, circa 315.000 giovani della stessa fascia di eta' hanno riportato invalidita' di grande rilievo (in particolare per trauma cranico grave e trauma spinale). Tra le molteplici cause di questo fenomeno, alla guida in stato di ebbrezza viene attribuito circa il 30% degli incidenti stradali gravi o mortali ." (pag. 139).

Rispetto all'analisi del "mercato della droga e criminalita' droga-correlata", nel corso del 2006 il mercato italiano e' stato alimentato prevalentemente dalla cocaina prodotta in Colombia, dall'eroina afgana, dall'hashish prodotto in Marocco, dalla marijuana albanese e dalle droghe sintetiche provenienti per lo piu' dall'Olanda. Tra le varie narcomafie esistenti, mantiene la posizione di supremazia la "ndrangheta" calabrese. **(Nell'attuale fase, caratterizzata da una distribuzione del mercato delle droghe proibite capillare e redditizia, non ci sono guerre eclatanti fra le varie narcomafie perche' ci sono comodi profitti per tutti).**

L'analisi del costo delle sostanze evidenzia come dal 2001 al 2006 la media dei prezzi sia diminuita per la cocaina (da 99 a 83 euro per grammo) e l'eroina (da circa 68 a 52 euro per quella nera e da 84 a 78 euro per quella bianca), sia aumentata quella di una singola pasticca di ecstasy e/o dose di LSD, mentre rimane invariata quella dei cannabinoidi. Rispetto alla purezza delle sostanze, rispetto all'ecstasy e' scesa dal 28% del 2001 al 18% del

2006; anche la percentuale media di principio attivo di cocaina ed eroina si e' ridotta, passando nel quinquennio rispettivamente dal 65% al 55% e dal 29% all'11%; stabile, su valori inferiori al 10%, la percentuale media di principio attivo (THC) presente nei cannabinoidi sequestrati con valori che non superano in nessun campione sequestrato il 20% **(questo fa giustizia degli innumerevoli comunicati terroristici di Giovanardi e compagni, che denunciavano percentuali di THC altissime negli spinelli!)**.

Rispetto alle segnalazioni per possesso di sostanze stupefacenti, nel 2006 sono stati 35.645 i soggetti segnalati alle Prefetture ex art. 75 DPR 309/90. Tre su quattro detenevano cannabis. Il numero complessivo dei neo-inseriti nell'anno nel circuito amministrativo ammonta a oltre 27.000 persone, delle quali oltre 20.000 per consumo di cannabinoidi **(si conferma il carattere palesemente persecutorio nei confronti dei cannabismi della disposizione suddetta)**; il 15% cocaina, l'8% oppiacei. Dal 2002, a fronte di una diminuzione della percentuale di soggetti segnalati per possesso di cannabinoidi, si e' registrato un incremento di quella dei segnalati per cocaina (dal 9% nel 2002 al 15% nel 2006) e una stabilita' per l'eroina (8%). Il numero totale dei colloqui svolti davanti al Prefetto e' pari a 26.841, le sanzioni amministrative sono state complessivamente 7.146 (il 75% successivamente al colloquio, il 25% per mancata presentazione al colloquio stesso), 5.816 soggetti sono stati inviati ai Sert e per 5.709 e' stato archiviato il procedimento amministrativo per conclusione del programma terapeutico.

Le denunce effettuate per crimini commessi in violazione della normativa sugli stupefacenti sono state 32.807 (10% per reati di associazione finalizzata alla produzione, traffico e vendita di stupefacenti ex art. 74 DPR 309/90; 90% per reati di produzione, traffico e vendita di sostanze psicotrope ex art. 73 DPR 309/90). I soggetti denunciati sono stati 31.823; gli immigrati rappresentano circa il 29% dei denunciati. I cittadini italiani sono coinvolti nel reato piu' grave previsto dall'art. 74 in proporzione maggiore rispetto agli stranieri (circa l'11% contro l'8%). L'eta' media dei denunciati e' di circa 30 anni; risulta piu' elevata, circa 35 anni, nel caso delle denunce per art. 74 **(e' incontestabile che almeno nelle narcomafie vi sia un continuo ricambio generazionale, sia ai vertici che alla base!)**.

I soggetti entrati, nel 2006, negli istituti penitenziari italiani per reati in violazione della normativa sugli stupefacenti sono 25.399 adulti e 219 minori, corrispondenti a oltre ? dei circa 91.000 ingressi annui totali. Di questi ingressi per violazione del DPR 309/90, circa il 60% ha riguardato soggetti censiti come tossicodipendenti. **(e' utile tenere presente che non rientrano in questi dati i reati relativi non alla violazione diretta della legge sugli stupefacenti ma comunque conseguenza indiretta della legge proibizionista: es. di scuola, il td.te che scippa la vecchietta per procurarsi i soldi della dose)**. Infatti, quando si va a verificare quanti detenuti sono consumatori di droghe, la percentuale sale al 27%; quasi i 2/3 (61%) degli incarcerati nel 2006 per violazione della legge sulla droga sono alla loro prima esperienza detentiva **(grande capacita' delle narcomafie di arruolare nuovi "soldati")**.

I soggetti che hanno usufruito di "misure alternative" (art. 94 DPR 309/90) sono rimasti sostanzialmente stabili come numero assoluto tra il 2001 e il 2006, attorno alle 3.000 unita' circa all'anno. Circa il 29% dei td.ti affidati ha commesso reati in violazione della normativa sugli stupefacenti **(quindi il 71%, quasi 3 su 4, ha commesso altri reati!)**.

3) Mancano nella "Relazione del governo" le "relazioni delle Regioni".

Considerata la "regionalizzazione" della Sanita' e quindi anche degli interventi sanitari in materia di tossicodipendenze, sarebbe stato opportuno che all'interno del documento del Governo fossero riportati i dati delle varie Regioni, Regione per Regione, come fu fatto in passato.

Tali dati evidenziavano, per esempio, l'arretratezza degli interventi nel Sud Italia.

4) Per la prima volta in una Relazione del governo sulle tossicodipendenze, si "danno i numeri" relativi ai "costi sociali legati all'uso di droghe" (pag. 166<169), cosi' suddivisi:

A - Costi socio-sanitari: totale Euro 1.743.000.000

B - Costi legati alla perdita di produttivita': totale Euro 1.932.000.000

C - Costi per l'applicazione della Legge: totale Euro 2.798.000.000

In tale importo sono raggruppati: i costi delle Forze dell'Ordine; i costi relativi alle attività dei Tribunali e delle Prefetture in merito alle denunce e alle segnalazioni; i costi dell'Amministrazione Penitenziaria riferibili ai carcerati per reati in violazione alla legge sulle droghe e ai detenuti tossicodipendenti; i costi legali sostenuti dalle persone sottoposte a giudizio.

D - Altre aree che generano "costi sociali": totale Euro 3.980.000.000

In questa parte sono stati collocati solo i costi sostenuti dalle persone per l'acquisto delle sostanze.

TOTALE DEI COSTI SOCIALI STIMATI PER IL 2006: EURO 10.453.000.000

I costi per l'acquisto delle sostanze e per l'applicazione della legge (**noi antiproibizionisti diremmo "i costi diretti del proibizionismo sulle droghe"**) rappresentano il 65% del totale (Euro 6.778.000.000). I costi sociali dell'intervento socio-sanitario rappresentano il 17% del totale e i costi legati alla perdita di produttività il 18%.

I "costi sociali" suddetti rappresentano lo 0,7% del totale del PIL e l'1,2% della "spesa delle famiglie".

Se si raffrontano le cifre italiane a quelle di altri paesi europei, si riscontra una sostanziale uniformità: ". Il dato italiano del 2006 di 166 euro pro-capite appare sostanzialmente simile a quello dell'Olanda del 2003, che individua una cifra pro-capite di 143 euro o a quello della Svezia del 2002 di 167 euro. Appare inferiore rispetto a quello dell'Inghilterra del 2000 pari a 210 euro. Risulta evidente che questi confronti, pur basandosi sulla stessa metodologia usata per la stima del "costo sociale", facendo riferimento ad anni diversi possono servire solo a rendere visibili eventuali macroscopiche diversità che, come si può rilevare, non sussistono ." (pag. 169)

(Cambiano le leggi da Paese a Paese, dalla "tollerante" Olanda alla rigorosamente proibizionista Svezia, ma il controllo del mercato da parte delle narcomafie transnazionali e' sostanzialmente uniforme e provoca i medesimi costi. In questo campo, l'Unione Europea e' realmente unita!)

** della Direzione Nazionale Radicali Italiani*