

A cosa serve (e a chi serve) la Relazione al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia?

Stefano Vecchio

RPS

L'articolo analizza la Relazione al Parlamento 2018 mettendo in evidenza come, nonostante i limiti dei disegni di ricerca usati e centrati sul modello della patologia e della pericolosità intrinseca delle droghe, una lettura critica dei dati permetta di comprendere alcuni aspetti dei cambiamenti intervenuti nel fenomeno dei consumi di droghe negli ultimi anni in Italia. In particolare si sviluppa un'analisi critica delle categorie interpretative di «problematicità e consumo ad alto rischio». L'autore riporta l'esempio dei modelli di ricerca centrati sui setting naturali realizzati a livello internazionale e in Italia,

che rappresenterebbero un valido supporto per una visione del fenomeno più vicina alla realtà e per una valutazione dell'efficacia delle politiche pubbliche. A essere analizzati sono i dati dei servizi pubblici, degli interventi di riduzione del danno e delle comunità terapeutiche facendo emergere le inadeguatezze dei dati riportati. Sono evidenziate, infine, alcune contraddizioni e carenze nell'analisi dei dati della Relazione utili per individuare indirizzi innovativi nei modelli organizzativi e culturali dei servizi e per superare l'intreccio tra cura e pena prescritto dalle leggi vigenti.

1. Introduzione

La Relazione al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia nel 2018 (dati 2017) costituisce il documento ufficiale elaborato dal Dipartimento per le politiche antidroga della Presidenza del Consiglio dei ministri, in base all'art. 131 della legge sulle droghe, il d.p.r. 309/90, che prevede che il ministro per la Solidarietà sociale presenti ogni anno, anche sulla base dei dati allo scopo acquisiti dalle regioni, una relazione al Parlamento sullo «stato delle tossicodipendenze in Italia, sulle strategie e sugli obiettivi raggiunti, sugli indirizzi che saranno seguiti nonché sull'attività relativa alla erogazione dei contributi finalizzati al sostegno delle attività di prevenzione, riabilitazione, reinserimento e recupero dei tossicodipendenti».

RPS

A COSA SERVE (E A CHI SERVE) LA RELAZIONE AL PARLAMENTO SULLE TOSSICODIPENDENZE IN ITALIA?

La Relazione quindi si prefigge, almeno formalmente, l'obiettivo di fornire dati e dare informazioni utili a valutare l'impatto delle politiche pubbliche sul fenomeno delle droghe nel nostro paese, sugli «obiettivi raggiunti» e sulle eventuali correzioni o modificazioni di rotta che si dovrebbero apportare per indicare gli «indirizzi che saranno seguiti». Una relazione che, dunque, dovrebbe fornire basi oggettive e documentate per valutare e decidere gli indirizzi per le politiche sulle droghe.

In realtà, invece, fino a oggi le politiche sulle droghe in Italia sono state prevalentemente espressione degli orientamenti politico-ideologici delle diverse coalizioni di governo piuttosto che il risultato del confronto tra gli obiettivi prefissati, i risultati delle ricerche sul campo e la valutazione dell'efficacia dell'attività dei servizi e delle politiche penali e sociali sull'evoluzione del fenomeno. Né tantomeno si è dato spazio a un dibattito pubblico con gli operatori e la società civile – quindi con esperti e studiosi del fenomeno – su queste tematiche. La stessa Conferenza nazionale sulle droghe, pure prevista dalla legge, che avrebbe dovuto rappresentare un luogo di confronto generale sulla realtà del fenomeno e sull'efficacia delle politiche, ormai non viene organizzata dal 2009.

Può essere utile, in ogni caso, leggere la Relazione cercando di mettere allo scoperto alcuni di questi temi tra le pieghe dei capitoli nei quali è articolata. In particolare si proverà a fare un confronto tra i dati, pur se parziali e contraddittori, che vengono riportati sul fenomeno, sullo stato dei servizi e i dati provenienti del sistema penale. L'intento è verificare se, pur con le limitazioni determinate dalle metodologie utilizzate, sia possibile rintracciare elementi per fare valutazioni sulla efficacia delle politiche sulle droghe rispetto agli obiettivi prefissati, con particolare riferimento alle attività dei servizi. In definitiva si tratterà di verificare se la Relazione al Parlamento fornisca informazioni adeguate sui cambiamenti del fenomeno e permetta di esprimere valutazioni sulle strategie politiche messe in atto negli ultimi anni (nel passaggio dal secolo precedente al nuovo millennio).

2. Alcuni elementi per una discussione sul fenomeno dei consumi di sostanze psicoattive in Italia

Un primo elemento di criticità riguarda i dati pubblicati dalla Relazione. Essi provengono da fonti diverse e sistemi di rilevazione differenziati, per cui non sempre è possibile fare un confronto preciso. In particolare i dati sul fenomeno dei consumi di droghe sono forniti dal sistema di

rilevazione Ipsad (Italian population survey on alcohol and other drugs) e Espad (the European school survey project on alcohol and other drugs) Europa. La ricerca Ipsad riguarda cittadini nella fascia d'età compresa tra i 15 e i 64 anni ed è stata elaborata dal Dipartimento delle politiche antidroga (Dpa) sulla base delle indicazioni europee dell'Emcdda (l'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze)¹ con un disegno di ricerca attuato ed elaborato dal Consiglio superiore della sanità. Per effettuare la rilevazione sono stati inviati per posta i questionari a un campione di 42.000 residenti in Italia, di età compresa tra i 17 e i 74 anni. In totale i questionari compilati sono stati 13.000. Si tratta di un'indagine ambiziosa che si prefigge di recuperare informazioni su un arco molto vasto, pressoché esaustivo, della popolazione interessata al consumo di droghe e sostanze psicoattive. Tuttavia suscita forti perplessità. Infatti, pur non entrando nel merito della attendibilità della metodologia, è però importante chiarire di fronte a che tipo di dati ci troviamo, per avere chiari i limiti della sua realtà esplicativa. Anzitutto bisogna considerare che i dati riportati non fotografano il fenomeno nella sua interezza, ma solo una parte ritenuta sufficientemente rappresentativa; inoltre le interpretazioni seguono schemi legati alle scelte dei ricercatori e pertanto propongono una delle rappresentazioni possibili, che invece dovrebbe essere sottoposta a verifica a vari livelli.

Nonostante i limiti appena accennati, dalla ricerca Ipsad 2017 emergono alcuni dati che possono destare un certo interesse.

Lo studio infatti rileva, sulla base delle risposte ai questionari, che in Italia un terzo della popolazione residente di età compresa tra i 15 e i 64 anni ha assunto almeno una sostanza psicoattiva illegale nel corso della propria vita; quota che si attesta al 10,6% se si fa riferimento al consumo nel corso del 2017.

Percentuali non particolarmente significative di giovani adulti dichiarano di aver usato più droghe nell'ultimo anno: il 23,7% dei 15-24enni e il 19,1% dei 25-34enni. Nel mese della rilevazione coloro che dichiarano di aver utilizzato sostanze illegali scendono al 5,6%, con percentuali di consumo superiori tra i giovani adulti.

La cannabis risulta la sostanza più diffusa: il 10% della popolazione ne

¹ L'Emcdda (European monitoring centre of drug and drug abuse) è l'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (Oedt) che realizza studi e rilevazioni sul fenomeno dei mercati e dei consumi di droghe in Europa analizzando tendenze e cambiamenti. L'Emcdda monitora le soluzioni adottate dai diversi Stati, fornisce informazioni e supporta le politiche degli Stati membri.

RPS

A COSA SERVE (E A CHI SERVE) LA RELAZIONE AL PARLAMENTO SULLE TOSSICODIPENDENZE IN ITALIA?

ha fatto uso almeno una volta nel corso dell'ultimo anno. Minore è invece il consumo di cocaina (1,2%), di oppiacei (0,6%) e di spice, cannabinoidi sintetici (0,5%). Il trend dei consumi di cannabis e derivati risulta in crescita con l'eccezione dei soggetti che riferiscono un uso frequente.

Nonostante sia discutibile fornire un dato generale dei consumi di droghe mettendo insieme modelli e stili di consumo molto diversi tra loro, a un primo esame dei dati si direbbe che la politica sulle droghe – adottata in questi anni in Italia – orientata al modello repressivo e morale e alla visione patologica non abbia dato i frutti sperati. Infatti nello studio Ipsad si dichiara che «i trend dei consumi risultano in crescita sia relativamente all'ultimo anno sia all'ultimo mese mentre il consumo frequente nell'ultimo mese (20 o più volte per la cannabis, 10 o più volte per le altre sostanze psicoattive) si mantiene stabile, interessando l'1% della popolazione generale» (Ipsad, 2017).

Una prima riflessione: stando ai dati risulta che la maggioranza delle persone coinvolte nell'indagine abbia sperimentato, una volta o più nel corso della vita, l'uso di sostanze psicoattive e successivamente abbia deciso di non usarle più o di usarle sporadicamente. Solo l'1% continua a farne un uso stabile, che di per sé non è un pattern problematico se non in certe circostanze come risulta da diverse ricerche internazionali a cui si farà cenno successivamente.

Sembrerebbe, da quanto emerge dalla Relazione al Parlamento, che le politiche improntate al modello della «guerra alla droga» non hanno raggiunto il loro obiettivo di ridurre drasticamente il mercato e il consumo di sostanze psicoattive. L'offerta di droghe si è fortemente ampliata, come risulta anche dalle altre sezioni specifiche della Relazione, ma le persone che hanno incontrato i diversi mercati, nonostante l'allarme sociale permanente sulle droghe e la demonizzazione del loro uso, hanno reagito regolando i propri comportamenti per la maggior parte limitando a una o più esperienze l'uso e per una parte minoritaria, seppur considerevole, mantenendo bassa la frequenza dell'uso. Secondo la ricerca «solo l'1% continua a farne un uso stabile». In realtà l'aspetto strutturale del fenomeno che non viene colto è che la tossicodipendenza, come l'abbiamo classicamente considerata, non è in aumento. L'ampliamento del fenomeno riguarda nuovi modelli e diversificati di uso e consumo di droghe e sostanze psicoattive, i quali, come si vedrà, non sono intercettati in modo significativo dal sistema ordinario dei servizi attuale ma da altre tipologie di servizi come quelli di riduzione del danno e dei rischi.

3. I trend del consumo per sostanze

Considerata la contraddittorietà dei dati che emergono dalla ricerca Ipsad e l'impianto centrato prevalentemente sul concetto di pericolosità delle droghe e sul modello patologico, il discorso della Relazione inevitabilmente si snoda attraverso categorie interpretative che provano a forzare i dati verso la riproposizione di questi schemi interpretativi centrati a priori su questi due concetti.

Uno di questi schemi interpretativi si fonda sulla scelta di procedere per trend dei consumi piuttosto che per pattern o modelli di uso. Il fenomeno viene così analizzato attraverso il trend ovvero l'aumento, la diminuzione o la stabilità dei consumi in generale, senza però tentare di analizzare sul piano qualitativo i dati: ad esempio verificare se la diffusione di una molteplicità di sostanze psicoattive sia inquadrabile in cambiamenti nei modelli di uso e consumo che interessa anche popolazioni e sottopopolazioni di italiani e non semplicemente un generico accumulo di consumi di droghe cattive.

Se si fossero confrontati i dati dei servizi (per le dipendenze) con quelli relativi alle diverse tipologie di consumi di specifiche sostanze, sarebbe emerso che le persone che usano le sostanze più diffuse, nei diversi contesti del divertimento, dagli anni novanta in poi, non si rivolgono, se non sporadicamente ai servizi ordinari di cura; eppure questo non ha comportato un particolare e significativo aumento di patologie o altre problematiche a carico della salute, a parte sporadici e limitatissimi episodi pure da non sottovalutare. Si sarebbe inoltre evidenziato che i nuovi rischi e danni sono affrontabili con politiche efficaci di riduzione del danno/limitazione dei rischi (RdD/LdR) e che i maggiori ostacoli sono proprio legati all'inefficacia delle leggi vigenti e ai dispositivi culturali, politici e sociali legati all'intreccio tra il modello penale-repressivo e quello patologico. Non sono rilievi critici di tipo ideologico e morale quanto l'indicazione di precisi punti di debolezza e di inefficacia degli effetti di politiche attive sulle droghe nel nostro paese.

4. Gli schemi interpretativi: problematicità e alto rischio

Nelle due ricerche Ipsad, sopra richiamate, ed Espad, di cui si dirà più avanti, i due schemi interpretativi, il consumo problematico e il consumo ad alto rischio, utilizzati per cercare di comprendere le novità del fenomeno, sono espressione di un modello basato sulla pericolosità e

sulla patologia. Con questa impostazione si limita ogni possibilità di evidenziare elementi non prevedibili e di novità che caratterizzano i nuovi usi e consumi non inquadrabili in modo univoco negli schemi di pericolosità.

Inoltre, questa impostazione metodologica non consente, ancora una volta, di evidenziare gli elementi di novità e di cambiamento emersi nel fenomeno. Ad esempio non vengono individuati gli usi e i consumi di sostanze legali e illegali attraverso «modelli e stili» di uso e consumo nei contesti del divertimento o tra i migranti e i senza dimora, che rappresentano la specificità più rilevante nei cambiamenti intervenuti nel fenomeno negli ultimi anni nel nostro paese. La tipologia di ricerche utilizzata non presta alcuna attenzione ai consumatori, alle strategie, alle competenze apprese, nella convinzione che le sostanze psicoattive sono dei demoni indomabili che distruggono la volontà e le facoltà di scelte autonome. Si «dimentica» che la cultura mediterranea ha elaborato una serie di regole e di rituali attraverso cui la maggioranza dei cittadini italiani consumano sostanze psicoattive quali alcol e tabacco senza essere mediamente posseduti da alcun demone e continuando a condurre nella stragrande maggioranza dei casi una vita di relazioni sociali soddisfacenti.

Per avvalorare l'idea della droga/demone viene proposto, nella Relazione al Parlamento, un ulteriore elemento: il concetto di «consumo problematico». In questo modo si intende rinforzare la convinzione che qualunque consumo di sostanze psicoattive, anche se non rientra nello schema classico della dipendenza e dell'*addiction*, è appunto «problematico», nel senso che rappresenta un problema per la persona e per la collettività.

Il termine «problematico», nel lessico utilizzato quando si parla di droghe, assume una connotazione di tipo moralistico e giudicante qualunque sia il contesto, epidemiologico o massmediale, nel quale compare. Il modello del consumo problematico è stato definito sulla base di questionari internazionali, ma non viene esplicitata la metodologia utilizzata per validarli. Questi appaiono prevalentemente costruiti sulla base di criteri astratti con forti elementi di tipo pregiudiziale e fondati su precognizioni. Ad esempio, definire nelle domande della rilevazione che un uso frequente è sempre «problematico» etichetta quel comportamento indipendentemente dalla concreta realtà che ha vissuto quella persona e dalle ripercussioni reali che quel comportamento avrebbe determinato nella vita della persona. Vengono utilizzati, inoltre, solo indicatori di «svantaggio» (soldi spesi, difficoltà a ridurre le dosi ecc.) in

quanto si parte dall'idea che una persona non può controllare per definizione l'uso di una droga né i comportamenti collegati.

Non viene dato, ad esempio, nemmeno un accenno alle ricerche realizzate nei setting naturali dell'uso di sostanze psicoattive, quali, per citarne alcune significative, quelle pionieristiche di Zinberg o quelle di Cohen e Decorte in Europa o ancora quelle più recenti condotte in Italia da Ronconi e Zuffa. In queste ricerche si utilizzano sia indicatori di svantaggio che di vantaggio (come evitare overdose, saper gestire la frequenza nell'uso, saper fare un bilancio economico, scegliere vie di somministrazione più sicure, fino al mantenimento dei propri interessi e impegni di vita). Indicatori che dimostrano come, al contrario di quanto emerge dalla Relazione, le persone che usano sostanze apprendono competenze e mantengono le proprie risorse anche nelle condizioni più difficili di vita. Inoltre tutte le ricerche condotte nei setting o contesti naturali del consumo mostrano che le persone che usano, con maggiore o minore regolarità, sostanze psicoattive mantengono un controllo su queste, non seguono traiettorie lineari, ma presentano picchi di consumo e cadute nella frequenza e nell'intensità quando si accorgono che stanno perdendo il controllo. Dunque, se la rilevazione avviene nella fase del picco si avrà un dato, viceversa se avviene nella fase della discesa di consumi se ne avrà uno opposto. Sono elementi molto importanti non solo per sfatare stereotipi negativi, pregiudizi e stigmi, ma anche da tenere in considerazione per ampliare i nostri sguardi sul fenomeno e arricchire le culture e le competenze professionali degli operatori attivi nelle diverse tipologie di servizi, compresi quelli del cosiddetto trattamento.

5. La ricerca tra gli studenti: il questionario Espad

Ogni anno in Europa si realizza la ricerca Espad – a cura dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze citato – che prevede la somministrazione di un questionario unico agli studenti in età tra i 15 e i 16 anni dei diversi paesi europei coinvolti. La rilevazione, che segue criteri analoghi a quelli Ipsad, è realizzata dal Cnr in Italia ogni anno e mostra elementi di maggiore affidabilità in quanto, pur garantendo l'anonimato, la compilazione diretta e non per via telefonica, motiva probabilmente a dare risposte più precise.

Dall'ultima rilevazione Espad Italia, riportata nella Relazione al Parlamento, risulta che il 34% degli studenti italiani ha provato almeno una

sostanza psicoattiva illegale nel corso della propria vita e il 26% lo ha fatto nel corso del 2017. Il 4% degli studenti utilizza sostanze psicoattive frequentemente (20 o più volte al mese nel caso della cannabis e/o 10 o più volte al mese per le altre sostanze).

La cannabis è la sostanza più diffusa (utilizzata dal 34% degli studenti), seguita dalla spice (cannabis sintetica), da altre nuove sostanze psicoattive (Nps) e dalla cocaina (3,4%). L'1,6% degli studenti ha fatto uso di sostanze senza sapere cosa fossero, solo lo 0,4% ha utilizzato sostanze per via iniettiva.

L'orientamento dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (Emcdda) è molto laico e aperto, usa toni poco allarmistici e ha chiaro il ruolo strategico degli interventi di RdR/LdR. Tuttavia anche nel caso di Espad la tendenza è quella di analizzare i trend centrando l'attenzione sulla pericolosità piuttosto che sull'analisi qualitativa dei cambiamenti nei modelli di uso e consumo. Anche in questo caso si tende a mettere in evidenza i punti di debolezza del consumatore di droghe, spostando l'attenzione sui comportamenti problematici e rischiosi, e si evita di analizzare i punti di forza, le strategie di autoregolazione di valutazione, controllo e riduzione dei rischi, che risultano centrali in una prospettiva di *empowerment*.

Nonostante questi limiti, dall'indagine emerge che, se un terzo degli studenti ha usato almeno una volta una droga illegale nel corso della sua vita, solo una sensibile minoranza l'ha usata in modo intensivo. La Relazione non commenta il dato, ma è chiaro che anche una lettura superficiale permette di rilevare come la maggioranza delle persone che usano droghe illegali non vanno incontro a una dipendenza e apprendono a controllarle con strategie diverse che le ricerche citate nei setting naturali hanno ampiamente descritto e che né Espad né il commento della Relazione evidenziano.

L'eroina, tra l'altro, è la sostanza di gran lunga meno usata tra la popolazione giovanile così come tra la popolazione adulta. Anche questo dato segnala il modo antiquato e inadeguato con cui oggi in Italia si ragiona di droghe, come se ci trovassimo ancora negli anni '80/'90, quando il modello di consumo era centrato sull'uso di eroina in condizioni di marginalità, devianza, con forti stigmatizzazioni sociali. In realtà, il dato grezzo della ricerca Espad mostra come l'eroina sia una sostanza usata in modo trascurabile, mentre altre risultano le sostanze usate, e che prevalgono modelli di consumo socialmente integrati. Diversamente dalle logiche tradizionali dei servizi pubblici italiani, che pure hanno una loro efficacia per le tipologie di consumatori accolti, i contesti nei quali avviene

L'uso di queste sostanze (feste, piazze, eventi pubblici, movida) presentano rischi e danni affrontabili non lanciando pubblici allarmi e usando schemi repressivi di intervento, quanto piuttosto con le metodologie di limitazione dei rischi (LdR) ormai ben acquisite sul piano internazionale, europeo e italiano, che mirano a istruire le persone anziché a stigmatizzarle e sottoporle al sistema penale.

6. Consumo ad alto rischio

Un'altra categoria allarmistica contenuta nella Relazione è quella di consumo ad «alto» rischio. Anche in questo caso, come per il consumo problematico, essa viene connotata da imperativi morali e non a caso è riferita a giovani e adolescenti. Si afferma, ad esempio, che nel 2017 vi è stato «un sensibile cambiamento nella composizione dei modelli di consumo delle sostanze psicoattive a favore di un aumento di quelli più pericolosi per gli utilizzatori»: aumentano infatti sia le frequenze d'uso che il poli-uso di tutte le sostanze, oltre che il cosiddetto uso problematico di cannabis.

È evidente l'arbitrarietà dell'affermazione, non surrogata da alcuna dimostrazione. In realtà i dati mostrano come le persone che utilizzano sostanze con maggiore frequenza sono una minoranza e i rischi cui vanno incontro sono per lo più legati al setting (illegalità e stigmi).

Infatti risulta che nel corso del 2017 poco meno del 4% degli studenti ha riferito un consumo frequente di sostanze psicoattive, ha cioè utilizzato cannabis 20 o più volte e/o altre sostanze 10 o più volte nel corso di un mese. Un quinto di questi studenti (19,9%) ha inoltre utilizzato più sostanze. Poiché il presunto consumo rischioso, nonostante tutto, è basso, si aggiunge che questi giovani consumatori nella metà dei casi si abbandonano alla pratica del *binge drinking*, cioè cinque o più bevute di alcolici di fila, o episodi di ubriacatura, assunzioni di psicofarmaci fino all'evidenziazione nel 38% dei casi del profilo di giocatore d'azzardo problematico. Inoltre un'ulteriore quota di giovani ha dichiarato di guidare sotto effetto di sostanze, di aver filmato una scena violenta e di aver volontariamente danneggiato beni pubblici e privati, di aver avuto rapporti sessuali non protetti, gravi problemi con i pari, e con i genitori e gli insegnanti!

È evidente che si profila una vera e propria strategia volta a costruire rappresentazioni dei consumatori di droghe tutta centrata su allarmi ed emergenze spostando l'attenzione continuamente sulla pericolosità, la

problematicità e l'alto rischio con argomenti e metodi fondati su dubbie prove di efficacia.

Un diverso modello interpretativo sui consumi di sostanze rispetto a quello utilizzato nella Relazione è quello di Norman Zinberg (1984) che già negli anni '80 aveva elaborato uno schema interpretativo degli usi e dei consumi di droghe che non considerava solo gli aspetti della loro «pericolosità» farmacologica. Secondo Zinberg, per comprendere gli effetti ricercati e i potenziali rischi connessi oltre al *drug*, bisogna considerare altri due fattori: il *set* e il *setting*. Il *set* si riferisce alla persona, al suo equilibrio psicologico ed esistenziale del momento ma anche alla motivazione che spinge all'uso. Il *setting* si riferisce alle influenze delle leggi, più o meno repressive, alle rappresentazioni sociali del fenomeno, ad esempio fondate su pregiudizi e stigmi, ai diversi contesti di assunzione (strada, feste, divertimento, ecc.), ma anche alle culture elaborate dai consumatori nei diversi contesti di uso. Questi contengono molte indicazioni per comprendere come, pure nelle situazioni più sfavorevoli, alcune persone riescono a elaborare strategie di controllo, regole e rituali di uso, mentre altre vanno incontro a comportamenti più rischiosi. Zinberg raggiunse queste acquisizioni in seguito a una ricerca condotta per strada tra le persone che usavano cannabis ed eroina, nei loro *setting* naturali. Successivamente P. Cohen (1999) e T. Decorte (2000) con ricerche analoghe descrissero in modo dettagliato le regole e i rituali messi in atto dalle persone che usano sostanze per mantenere il controllo. Una delle strategie più importanti era mantenere impegni e interessi nella propria vita, attenzione per la salute, spostando quindi il focus dal *drug* al *setting* e poi al *set*. E ancora più recentemente in Italia sono state realizzate ricerche analoghe (Zuffa, 2010).

Tali ricerche condotte nei *setting* naturali utilizzano strumenti aperti di indagine per acquisire informazioni direttamente dalle persone che usano le sostanze, per elaborarle e costruire nuove rappresentazioni del fenomeno. Inoltre mettono in evidenza come i fattori che influenzano modelli e stili di consumo ed espongono a possibili rischi e i danni collegati sono prevalentemente sviluppati e resi più gravi piuttosto dai contesti delle leggi, più o meno repressive, e dalle rappresentazioni sociali e culturali piene di stigmi e pregiudizi.

In particolare, ad esempio, Cohen e Sas (1998) hanno costruito un questionario che rileva vantaggi e svantaggi nell'uso di droghe e che consente di esplorare l'insieme delle esperienze delle persone che usano sostanze, includendo anche variabili relative alla persona, ai contesti e ai *setting* in generale.

Seguendo lo schema di Zinberg e le indicazioni delle ricerche condotte nei setting naturali, potremmo reinterpretabe meglio anche buona parte dei dati Ipsad e Espad e arricchirli in una prospettiva più ampia.

Una tale prospettiva sollecita un ripensamento delle politiche sulle droghe in termini di regolazione sociale del fenomeno piuttosto che di repressione, attraverso un processo di depenalizzazione dell'uso e di progressiva legalizzazione, aprendo un confronto con le più significative esperienze europee e internazionali.

7. *Organizzazione dei servizi*

I dati della Relazione riferiti ai servizi pubblici, pur se parziali, mettono in evidenza prevalentemente le carenze e i limiti senza citare le innovazioni realizzate da parte di alcune regioni italiane, ad esempio con l'istituzione di nuovi servizi di riduzione del danno e di limitazione dei rischi (RdD/LdR) all'interno del sistema pubblico delle offerte di servizi.

7.1 *Domanda di trattamento*

La Relazione si occupa in modo inadeguato della domanda di trattamento, ostacolando così riflessioni compiute sull'efficacia dei servizi pubblici italiani.

Infatti, una lettura dei dati della Relazione riferiti al trattamento nei servizi segnalano che nel 2017 gli utenti in carico ai SerD sono stati 129.945, il 16% dei quali risulta trattato per la prima volta. L'età media dell'utenza che segue un trattamento è compresa tra i 39 e i 49 anni, mostrando un progressivo invecchiamento: il 53% dell'utenza in carico nell'anno ha 40 anni o più (era l'8,5% nel 1997). Parallelamente si osserva una diminuzione delle classi di età più giovani.

Il 63% è in carico per uso primario di eroina e il 21% di cocaina, mostrando rispettivamente un evidente calo e un aumento rispetto agli anni passati.

I soggetti in trattamento presso le strutture socio-riabilitative private accreditate, le cosiddette comunità terapeutiche, nel 2017 sono stati 15.412, circa 500 in più rispetto al 2016.

Dalla lettura dei dati degli utenti che seguono un trattamento risulta una clamorosa contraddizione: la tipologia di consumatori di droghe prevalentemente in carico è quella dei consumatori di eroina e cioè la minoranza delle tipologie dei consumatori descritti nelle stesse due ricerche sulle

quali si basa la Relazione al Parlamento 2018. I SerD, che rappresentano il modello di servizi uniformemente diffuso nel Ssn italiano, intercettano dunque solo l'1% dei consumatori: cioè quelli da eroina. Il dato dell'aumento dei consumatori di cocaina in trattamento nei servizi è poco analizzata nelle ricerche. Ad esempio non si approfondisce se questi consumatori di cocaina presentano le caratteristiche dei tossicodipendenti storici di eroina (devianza, microcriminalità, stile marginale, ecc.) o modelli di consumo diversi, né si analizzano le eventuali innovazioni introdotte nel sistema dei servizi per affrontare ipotetici nuovi aspetti del fenomeno.

Un ulteriore dato preoccupante sulle persone che si rivolgono ai servizi è quello dell'invecchiamento dell'utenza. La questione è rilevante rispetto al dato «clinico», che segnala come queste persone siano invecchiate insieme ai servizi.

Occorre chiedersi se, dopo avere garantito dagli anni '80 alla fine degli anni '90 diversi vantaggi usando i trattamenti centrati sulle terapie con metadone e più recentemente con la buprenorfina (allontanamento dal mercato illegale, modificazione dei comportamenti a rischio sanitari e sociali, recupero di relazioni lavorative e familiari, ecc.), oggi i SerD rischiano di contribuire a creare, loro malgrado, dei danni. In primo luogo il danno di una «nuova istituzionalizzazione» che comporta un'identificazione a vita delle persone in trattamento con il modello di malato cronico recidivante, e l'elaborazione conseguente di un forte senso di colpa che costituisce un ostacolo al recupero di un'esistenza autonoma. Una prospettiva che non si può non affrontare sul piano «etico» anche considerando tutti i fattori positivi di autonomia e di competenze personali sinora sviluppati nella relazione attiva tra operatori e utenti nell'ambito del lavoro complesso dei SerD (e delle comunità terapeutiche).

Anche il dato che segnala gli inserimenti di pazienti nelle comunità terapeutiche al 2,3% risulta poco approfondito e sottodimensionato rispetto alla realtà. Inoltre manca un'analisi che colga le diverse tipologie di strutture (es. pedagogiche, terapeutiche, specialistiche per comorbilità, centri crisi, ecc.) e i cambiamenti nella loro funzione. Si tratta, ad esempio, di valutare se le strutture fanno parte di un circuito diversificato e dinamico piuttosto che essere autoreferenziali. In questo senso diverse strutture accreditate hanno adottato criteri flessibili nell'accoglienza, nei tempi e nei programmi sempre più concordati e negoziati, non legati necessariamente alla disintossicazione fino a riconoscersi nella prospettiva della riduzione del danno.

Una riflessione si impone: se la maggioranza degli utenti dei servizi pubblici e delle comunità terapeutiche è rappresentata dalla minoranza dei consumatori rilevati nelle ricerche, allora occorre ragionare sulle innovazioni da operare nei modelli organizzativi, nelle culture, negli stili professionali per affrontare la complessità e diversità delle domande che emergono dal mondo dei nuovi modelli di uso e consumo di sostanze psicoattive legali e illegali.

La Relazione dedica poi un capitolo ai «soggetti tossicodipendenti in carcere» che al 31 dicembre 2017 risultano essere 14.706 ovvero un quarto dell'intera popolazione carceraria (25,5%) e circa un terzo di essi (32%) sono stranieri. La percentuale di detenuti tossicodipendenti rispetto al totale degli ingressi è aumentata e per il 2017 è risultata pari al 34%. Il numero elevato di tossicodipendenti detenuti nelle carceri italiane richiede un ragionamento sui danni determinati dall'esperienza detentiva. In generale si tratta di riproporre una discussione pubblica sull'opportunità di mettere in discussione il paradigma della relazione stretta tra cura e pena che è ancora alla base della nostra normativa e che ormai produce danni sociali notevoli, come dimostrano alcune evidenze.

7.2 I servizi di riduzione del danno

La riduzione del danno era già comparsa nelle Relazioni al Parlamento del 2015 e del 2016. In entrambi i casi la rilevazione era stata realizzata dal Cnca (Coordinamento nazionale comunità di accoglienza) in collaborazione con alcune associazioni della società civile. Nella relazione del 2016 il capitolo si presentava in una forma compiuta che, ricostruendo la storia dei servizi di RdD/LdR in Italia, ne delineava gli elementi di innovazione per il sistema dei servizi, indicando alcuni orientamenti per ripensare le politiche degli interventi rivolte alle persone che usano sostanze, mettendolo in sintonia con la differenziazione dei modelli di uso e consumo intervenuti negli ultimi decenni.

Nella Relazione al Parlamento 2018, al contrario, non è stato richiesto alcun contributo alla società civile. Da questo punto di vista, la pur apprezzabile scelta di prevedere un capitolo sulla RdD, la sua realizzazione è un'occasione mancata. Alcuni dati presentano lacune eclatanti, come quelle riguardanti la Campania dove non risulta l'attività storica di distribuzione dei preservativi e del naloxone realizzata dai servizi di RdD della Asl NA1.

Inoltre manca una definizione della RdD come prospettiva culturale e politica e come strategia di programmazione di servizi innovativi in

grado di dare risposte efficaci a quella fascia ampia e diversificata di consumatori che sfugge e non si rivolge ai servizi ordinari di cura, i SerD e le CT. Una delle conseguenze di questa approssimazione appare chiaramente quando si definiscono i servizi di RdD secondo la logica trattamentale seguendo il modello organizzativo dei SerD e delle comunità terapeutiche accreditate disegnato per tipologie di consumatori differenti. I servizi di RdD vengono definiti come delle reti che raccolgono i consumatori di strada che sfuggono ai servizi ordinari di cura per riportarli sulla retta via di un trattamento orientato all'astinenza.

In realtà i servizi di RdD si configurano come nuovi modelli di organizzazione che ampliano le tipologie degli interventi e permettono di intervenire verso i nuovi modelli di consumo di sostanze sempre più diffusi. Propongono uno sguardo nuovo anche rispetto alla mission dei servizi tradizionali ripensandoli in positivo, mettendo al centro delle loro attività la valorizzazione delle risorse e delle competenze delle persone che usano le droghe in una prospettiva di *empowerment* e di apprendimento sociale. La Relazione al Parlamento non coglie questa realtà multiforme delle esperienze di riferimento della RdD quali unità di strada, équipe dei contesti del divertimento, *drop-in* ecc., e delle diverse pratiche innovative realizzate in molti servizi pubblici nonostante l'imbrigliamento spesso in vecchi schemi organizzativi imposti da una legge antiquata. Non può risultare chiaro, tra l'altro, in che cosa consista la specificità di questi servizi di riduzione del danno e limitazione dei rischi se non ne viene data alcuna descrizione. Ad esempio si comprende poco il lavoro dell'unità di strada o di un *drop-in* se non si considera che questi, lavorando in primo luogo sulla modificazione dei comportamenti a rischio sociosanitario e sociale, intercettano le persone che vivono per strada in una condizione di marginalità, spesso senza dimora e migranti, che non si rivolgono ai servizi tradizionali con attività di accompagnamento e sostegno che riconoscono le competenze e valorizzano le risorse personali in una logica di *empowerment*. Il lavoro sui comportamenti a rischio allora si configura come un obiettivo di miglioramento delle strategie personali di controllo e di apprendimento ad autoregolare la propria vita e l'uso di sostanze con il minimo di rischi anche nelle condizioni sociali ed esistenziali più difficili. Analogo discorso dovrebbe essere fatto per le attività di limitazione dei rischi rivolte ai giovani nei contesti del divertimento orientate a fornire strumenti diversi utili alla valutazione dei rischi e dei danni legati all'uso di sostanze legali e illegali orientando il lavoro, secondo lo schema di Zin-

berg, con particolare riferimento ai fattori alla persona (set) e al contesto (setting) con strategie articolate e complesse.

Tale sottovalutazione dei servizi di riduzione del danno e limitazione dei rischi denota inoltre uno scarso confronto con le indicazioni da tempo riportate dagli organismi europei come l'Emcdda. E d'altra parte lo stesso governo italiano ha introdotto nel d.p.c.m. del 12 gennaio 2017, pubblicato in G.U. Serie Generale, n. 65 del 18 marzo 2017, la RdD come un Lea, un diritto alla salute, ma a tutt'oggi non vi sono documenti né atti di indirizzo nazionali finalizzati a renderla esigibile e quindi ad attuarla in modo uniforme sull'intero territorio nazionale.

8. Osservazioni conclusive

Nell'introduzione alla Relazione, il ministro per la Famiglia e le disabilità dichiara l'impegno «a potenziare le attività di informazione, ricerca, monitoraggio e valutazione per contribuire ad una migliore comprensione di tutti gli aspetti del fenomeno droga e dell'impatto delle misure, al fine di fornire prove solide e complete per le politiche e le azioni».

Per mantenere questo impegno è necessario ampliare in modo sostanziale l'area e l'orientamento delle ricerche sia sul fenomeno che sull'impatto delle politiche. In particolare si richiede di implementare le ricerche, sia qualitative che quali-quantitative, rivolte ad aree di popolazione ampie e diversificate, modificando gli orientamenti centrati su schemi precostituiti fondati «sull'illusione del ricercatore» che di fatto costruisce in anticipo ciò che dovrà ricercare.

Seguendo questa prospettiva si avranno a disposizione elementi di conoscenza più ampi e articolati per raggiungere gli obiettivi che si prefigge il ministro di supportare e aggiornare il sistema dei servizi «in relazione al cambiamento degli stili di consumo [...] delle problematiche emergenti» con «interventi mirati su solide evidenze scientifiche ed orientare anche le scelte circa le risorse a disposizione».

E infine, poiché il ministro conclude facendo riferimento a linee programmatiche non ancora note ma che «prevedono un coinvolgimento, a vari livelli e modalità, di tutti gli attori del sistema delle tossicodipendenze» nella consapevolezza «che solo con uno sforzo comune e con una collaborazione costante sarà possibile ottenere risultati efficaci e duraturi», ci si aspetta che l'atto conseguente e coerente sia la convocazione della Conferenza nazionale sulle droghe attesa ormai da dieci anni.

Riferimenti bibliografici

- Cohen P. e Sas A., 1998, *Cannabis Abuse in Amsterdam*, Cedro, Amsterdam.
- Cohen P., 1999, *Un mutamento di rotta degli obiettivi principali del controllo sulla droga: dall'eliminazione del consumo alla sua regolazione*, Cedro, Amsterdam.
- Decorte T., 2000, *The Taming of Cocaine: Cocaine Use in European and American Cities*, Vub Press, Bruxelles.
- Grosso L. e Camoletto L., 2011, *Oltre i confini dei raves*, Ed. Gruppo Abele, Torino.
- Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per le politiche antidroga, 2016, *Relazione sui dati relativi alla tossicodipendenza in Italia* (anno 2015 e primo semestre 2016), Parte III, cap. 1, par. 1.8, *Riduzione del danno e limitazione dei rischi*.
- Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per le politiche antidroga, 2018, *Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia anno 2018 (dati 2017)*.
- Reinarman C., Cohen P.D.A. e Kaal H.L., 2004, *The Limited Relevance of Drug Policy: Cannabis in Amsterdam and in San Francisco*, American Journal of Public Health, vol. 94, n. 5, pp. 836-842.
- Vecchio S., 2015, *Verso un sistema flessibile, nomade e meticcio dei servizi per i consumatori di sostanze psicoattive*, «Medicina delle Dipendenze», n. 19.
- Zinberg N.E., 1984, *Drug, Set and Setting*, Yale University Press, New York.
- Zuffa G. (a cura di), 2010, *Cocaina, il consumo controllato*, Ed. Gruppo Abele, Torino.
- Zuffa G. e Ronconi S. (a cura di), 2017, *Droga e autoregolazione*, Ediesse, Roma.
- Zuffa G., Anastasia S. e Corleone F. (a cura di), 2018, *Nono Libro bianco sulle droghe*, «I dossier di Fuoriluogo», disponibile all'indirizzo internet: <https://www.societadellaragione.it/2018/06/27/nono-libro-bianco-sulle-droghe>.