
DICHIARAZIONE ETICA CONTRO LE DROGHE

**Assessorato ai Servizi
ed alle Politiche Sociali
Regione del Veneto**

Regione del Veneto

“Dichiarazione Etica contro le Droghe”

Regione del Veneto
ASSESSORATO AI SERVIZI ED ALLE POLITICHE SOCIALI

In collaborazione con:

AKADEMEIA

(Accademeia Europea per studi
e ricerche di medicina preventiva e comunitaria)

Supervisione tecnica:

Lorenzo Rampazzo

Editing a cura di:

Giovanni Serpelloni

Consulenza legale:

Elisabetta Simeoni

Segreteria organizzativa:

Annalisa Rossi

Fabiola Dal Ben

Gestione:

Azienda ULSS 20 Verona

Sergio Luzi

Contributi per il testo:

Dichiarazione etica (delibera n° 3877 del 27/10/98)

Elisabetta Simeoni, Giovanni Serpelloni,

Lorenzo Rampazzo, Roberto Merlo, Elena Bravi,

Sandro Bordato, Gabriele Verza

Danni correlati all'uso di droghe: Cannabis ed Ecstasy

Fibbia Giancarlo, Giovanni Serpelloni,

Maurizio Gomma, Oliviero Bosco, Roberto Pirastu,

Roberto Bocalon, Massimo Montixi, Marco Diana, Giovanna Bon.

Copertina:

Luigi Bisinelli

Indice

INTRODUZIONE	pag.	9
PRESENTAZIONE	pag.	11
DICHIARAZIONE ETICA CONTRO L'USO DI SOSTANZE PSICOATTIVE DELLA REGIONE VENETO (DGR N° 3877 DEL 27/10/98)	pag.	13
Finalità della dichiarazione etica	pag.	15
<i>Premessa</i>	pag.	15
<i>Orientamento delle maggiori organizzazioni socio-sanitarie mondiali: sviluppare coscienze sociali fondate su valori</i>	pag.	15
<i>L'attuale quadro giuridico internazionale.</i>		
<i>I trattati delle Nazioni Unite</i>	pag.	16
<i>Obiettivi principali della dichiarazione etica</i>	pag.	17
Carta dei diritti	pag.	18
Principi generali per le politiche di intervento	pag.	19
<i>Uso non terapeutico di sostanze psicoattive</i>	pag.	19
<i>Pericolosità delle sostanze psicoattive per la salute</i>	pag.	19
<i>Principi generali</i>	pag.	20
Strategie di intervento	pag.	24
<i>I livello: riduzione della domanda</i>	pag.	24
<i>II livello: cura e riabilitazione</i>	pag.	25
<i>III livello: comunità ed organizzazioni socio-sanitarie</i>	pag.	26
Bibliografia	pag.	27
Indirizzi per il recepimento	pag.	29
<i>Competenze</i>	pag.	29

<i>Garanzia di qualità</i>	pag. 29
<i>Programmazione</i>	pag. 30
<i>Consultazione permanente</i>	pag. 30
<i>Volontariato e Auto-Aiuto</i>	pag. 31
<i>Iscrizione agli Albi Regionali e censimento delle organizzazioni</i>	pag. 31
DANNI CORRELATI ALL'USO DI DROGHE: CANNABIS ED ECSTASY	pag. 33
Introduzione	pag. 35
Alcuni concetti base	pag. 35
Alcune considerazioni sull'uso di ecstasy	pag. 37
Il cambiamento della domanda e la diffusione di nuove droghe	pag. 40
Anfetaminici e morte	pag. 42
Anfetaminici e disabilità	pag. 43
Cannabis: una droga cosiddetta "leggera"	pag. 44
<i>Principali caratteristiche della sostanza</i>	pag. 44
<i>Patterns dell'uso della cannabis</i>	pag. 45
<i>Effetti dell'uso della cannabis</i>	pag. 45
<i>Sintesi degli effetti della cannabis</i>	pag. 51
Principali problemi legati alla legalizzazione	pag. 51
Il ruolo dell'operatore socio-sanitario: tra scienza e coscienza	pag. 53
Conclusioni	pag. 54
Bibliografia	pag. 55
OLTRE LA RIDUZIONE DEL DANNO: UN NUOVO PUNTO DI VISTA PER IL TERZO MILLENNIO	pag. 57
ALLEGATI	pag. 63
1. Proposta di una carta europea sulle droghe	pag. 65

2. Testo della delibera Regionale n° 3877 del 27/10/98	pag. 75
3. L'uso di droghe a chi può far male?	pag. 77
4. L'uso di droghe a chi può far bene?	pag. 78
5. Prevenzione e droga (informazioni per gli operatori)	pag. 79

Introduzione

Nel programma di prevenzione e lotta alle tossicodipendenze che la Regione da anni persegue con determinazione e capacità innovativa al fine di tutelare le generazioni del futuro, a noi è sembrato molto importante predisporre questa dichiarazione etica contro l'uso non terapeutico delle sostanze, a dimostrazione della capacità di proporre un modello culturale fatto di efficienza ma contemporaneamente di quella grande solidarietà che fa parte del patrimonio della tradizione veneta. Pertanto la Giunta Regionale ha pensato all'unanimità di dotarsi, approvando una specifica delibera, di una dichiarazione etica, a cui le organizzazioni socio-sanitarie competenti potranno ispirarsi nel programmare le proprie attività contro le tossicodipendenze.

Onorevole Dr. Giancarlo Galan
Presidente Giunta Regionale del Veneto

Presentazione

Con questa iniziativa la Regione del Veneto è la prima in Italia ad essersi dotata di una "dichiarazione etica" contro l'uso di tutte le droghe.

L'importanza di tale e fondamentale impresa è facilmente comprensibile se si pensa soprattutto all'enorme confusione di idee ed intenti che, a volte anche demagogicamente, esiste in questo campo.

Al fine di chiarire definitivamente ed in modo esaustivo e coerente la posizione della Giunta Regionale, si è dato origine ad un dibattito interno sia in ambito scientifico che etico che ha portato, con il contributo di numerosi esperti del settore, alla stesura di vari documenti qui contenuti.

Va con forza ricordato che l'uso di sostanze psicoattive collegato al mercato illecito ed allo sfruttamento di fasce sociali deboli o giovanili sta assumendo proporzioni sempre più ampie e preoccupanti, soprattutto se si considera la forte diffusione che negli ultimi anni vi è stata di nuove sostanze con rituali di consumo socialmente più accettati e, assai di frequente, associati ad alcool e psicofarmaci.

La nostra attenzione non può quindi venire meno ed il nostro impegno in questo campo è da noi considerato prioritario.

Tutto questo soprattutto se si considera che ad oggi risulta molto aumentata la quota totale di persone che fa ricorso a sostanze psicoattive, con modalità di utilizzo caratterizzate dall'uso contemporaneo di varie sostanze.

Vi è pertanto, la necessità di continuare nella lotta alla droga gli sforzi che, con molta generosità ed intelligenza, sono stati fatti nel passato nella Regione del Veneto, proponendo una Dichiarazione etica che sia in grado di definire ancora meglio il modello culturale ed etico che si vorrebbe stesero alla base nella programmazione degli interventi contro le tossicodipendenze, uscendo quindi definitivamente dall'ambiguità di chi ritiene erroneamente l'uso di tali sostanze innocuo o tollerabile.

A tale scopo è stata predisposta a cura dell'Assessorato ai Servizi ed alle Politiche Sociali in collaborazione con l'Accademia Europea per studi e ricerche di medicina preventiva e comunitaria (AKADEMEIA) una dichiarazione etica contro l'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e psicoattive.

Il provvedimento è stato approvato dalla Giunta Regionale Veneta il 27 Ottobre 1998 ed in essa si definiscono i diritti generali della persona da tutelare rispetto all'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e psicoattive ed i principi generali per le politiche di intervento nel settore; le indicazioni strategiche di intervento articolate in tre livelli (riduzione della domanda, cura e riabilitazione, comunità ed organizzazioni socio-sanitarie); stabilisce infine, gli indirizzi per la sua utilizzazione nei Piani di zona dei servizi sociali.

La “dichiarazione etica” è in definitiva uno strumento per aumentare la consapevolezza dei cittadini e degli amministratori sulla necessità di sviluppare politiche intersettoriali per promuovere la salute, per far capire che tutte le droghe - anche le cosiddette nuove droghe, le droghe leggere e l'alcool - sono pericolose e nocive.

Tutte le droghe possono uccidere comunque l'Uomo: se non lo uccidono dal punto di vista fisico lo possono annientare sul piano morale e psichico rendendolo schiavo e non più Uomo libero.

Assessore Raffaele Zanon

L'Assessore ai Servizi e alle Politiche Sociali

**DICHIARAZIONE ETICA DELLA REGIONE VENETO
CONTRO L'USO NON TERAPEUTICO
DI SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOATTIVE**



Dichiarazione etica della Regione Veneto contro l'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e psicoattive

Finalità della Dichiarazione etica

Premessa

L'uso di sostanze psicoattive collegato al mercato illecito ed allo sfruttamento di fasce sociali deboli o giovanili sta assumendo proporzioni sempre più ampie e preoccupanti, soprattutto se si considera la forte diffusione che negli ultimi anni vi è stata di nuove sostanze con rituali di consumo socialmente più accettati e, assai di frequente, associati ad alcool e psicofarmaci.

Resta grande, inoltre, la percentuale di persone che presenta tossicodipendenza da eroina e che, ad un'analisi tecnica approfondita, appare tutt'altro che ridotta od in via di contenimento.

Ad oggi, quindi, risulta molto aumentata la quota totale di persone che fa ricorso a sostanze psicoattive, con modalità di utilizzo nel tempo spesso sequenziali oltre che caratterizzate dall'uso contemporaneo di varie sostanze.

Queste situazioni portano, sovente, all'instaurarsi di vere e proprie forme di dipendenza, con una lunga serie di gravi conseguenze fisiche, psichiche e sociali.

Vi è, pertanto, la necessità di continuare nella lotta alla droga gli sforzi che, con molta generosità ed intelligenza, sono stati fatti nel passato nella Regione del Veneto, proponendo una Dichiarazione etica che sia in grado di definire ancora meglio il modello culturale che si vorrebbe stesse alla base degli interventi contro le tossicodipendenze.

La pericolosa "normalizzazione" e passiva accettazione socio-culturale di fronte all'enorme diffusione dell'uso di sostanze (quasi a tollerare, con rassegnato fatalismo, una "catastrofe naturale" erroneamente ritenuta inevitabile) hanno bisogno di essere fortemente contrastate, fornendo, prima di tutto, alternative culturali positive in grado di promuovere la salute e le scelte di vita e di stimolare, contemporaneamente, un sereno e civile dibattito e confronto su questi temi.

*Orientamento
delle maggiori
organizzazioni
socio-sanitarie
mondiali: sviluppare
coscienze sociali fondate
su valori*

Le maggiori organizzazioni socio-sanitarie mondiali hanno da tempo indicato la necessità che le istituzioni di governo investano direttamente sul proprio "capitale umano" attraverso lo sviluppo di una coscienza sociale che ritenga aspetti prioritari promuovere e proteggere la salute ed acquisire e mantenere stili di vita sani. Come già segnalato nella dichiarazione di Copenaghen del 1994 e di Djakarta del 1997 ma, prima ancora, nella dichiarazione di Alma-Ata del 1976 e di Ottawa del 1986 (sottoscritta anche dal nostro Paese), per ottenere ciò vi è bisogno di rinforzare i valori della solidarietà, dell'eguaglianza del diritto degli individui alla libertà di scelta, di partecipazione sociale e, soprattutto, di dignità. Nello stesso tempo, vi è la

necessità di riconoscere le responsabilità proprie delle istituzioni al fine di facilitare il miglioramento delle funzioni e delle attività delle organizzazioni deputate alla tutela della salute dei cittadini.

È vincolante perciò, soprattutto nel campo della lotta alla droga, l'impegno delle strutture di Governo, a qualsiasi livello, ad attuare politiche e programmazioni che, per veramente proteggere e promuovere la salute dei cittadini, si basino su principi che garantiscano un facile ed equanime accesso alle informazioni di prevenzione ed alle cure, alta presenza e qualità di strutture finalizzate a tale scopo e, infine, una forte e costante valutazione dei risultati e dei costi degli interventi in relazione all'efficacia.

Di conseguenza, l'orientamento delle politiche socio-sanitarie dovrà essere fortemente e scientificamente controllato - soprattutto in senso preventivo - negli esiti prodotti e nei costi, al fine di attuare un'importante selezione degli interventi ed eliminare, perciò, quelli che si rivelino, alle verifiche quantitative e qualitative, autoreferenziati e non realmente produttivi di risultati, e valorizzando, per contro, quanto risulti di provata efficacia.

Nel fare questo, però, si dovranno fortemente valorizzare il rispetto e la giusta considerazione di quei fattori e beni, cosiddetti "intangibili" - quali il benessere, la tranquillità psichica, gli affetti ed i sentimenti, la dignità ed il decoro della persona ed il valore della vita stessa -, che non hanno prezzo né possono essere banalmente racchiusi in una semplice (anche se indispensabile) analisi economica costi/benefici.

*L'attuale quadro
giuridico
internazionale.
I Trattati
delle Nazioni Unite*

Sin dall'inizio di questo secolo, gli Stati hanno voluto istituire strumenti internazionali che li impegnassero ad adeguare le loro politiche e legislazioni nazionali sull'abuso di droghe, al fine di creare le premesse di un approccio giuridico comune in grado di combattere un fenomeno internazionale con misure il più possibile generalizzate e condivise.

L'attuale quadro giuridico internazionale deriva, principalmente, dai tre importanti Trattati delle Nazioni Unite volti a monitorizzare ed a controllare il fenomeno della droga: la Convenzione unica sugli stupefacenti, del 1961 (modificata nel 1972), la Convenzione sulle sostanze psicotrope, del 1971, e la Convenzione contro il traffico illecito di stupefacenti e sostanze psicotrope, del 1988.

L'obiettivo fondamentale dei primi due trattati consiste nel limitare l'uso delle droghe elencate a scopi medici e scientifici autorizzati. Il terzo trattato intende invece, per combattere il traffico illecito, rafforzare la cooperazione internazionale. Tutte e 15 le Nazioni dell'Unione Europea hanno ratificato le prime due convenzioni ed hanno, insieme alla Comunità Europea, firmato la terza.

Alla luce di quanto esposto, risulta evidente che le azioni saranno realmente d'impatto anche in termini nazionali e regionali se, accanto al coordinamento con le politiche internazionali, si riusciranno ad implementare anche politiche intersettoriali che incidano, con obiettivi chiari e valutazione scientifica dell'impatto ottenuto, sugli elementi di rischio e sui fattori determinanti la salute.

È auspicabile, quindi, che si abbandonino pericolosi approcci onnicomprensivi ed universalistici che in realtà, per la loro indefinita impostazione, risultano quasi sempre costituire solo dichiarazioni di intenti basate



più su aspettative ideologiche e sulla necessità di creare il consenso di chi, in maniera autoreferenziale, li formula senza riscontri di validità ed efficacia reali per la popolazione.

Obiettivi principali della dichiarazione etica

Sulla base delle precedenti valutazioni, si ritiene pertanto indispensabile esplicitare e riportare questi concetti in una Dichiarazione etica che sia di riferimento e di utilità agli operatori del settore, in quanto si reputa che esista la necessità di doversi maggiormente coordinare ed impegnare - sia culturalmente che operativamente - al fine di raggiungere alcuni importanti traguardi nella lotta alla droga.

Sinteticamente, si ritiene necessario:

- a) Far aumentare la consapevolezza delle persone e degli amministratori relativamente al bisogno di sviluppare politiche intersettoriali e programmi specifici in grado di promuovere la salute e, nel contempo, di agire attivamente contro l'uso incongruo di ogni tipo di sostanza stupefacente e psicoattiva ("Droghe," alcool e tabacco compresi).
- b) Assicurare e rendere disponibile al cittadino, quanto più possibile, un'informazione obiettiva sulle modalità preventive e sui rischi connessi ai particolari stili di vita conseguenti all'uso di droghe o di altre sostanze psicoattive.
- c) Fornire ai cittadini con problemi di droga od a forte rischio un equo e precoce accesso al sistema socio-sanitario, garantendo idonee infrastrutture di prevenzione ed assistenza.
- d) Eseguire valutazioni costanti sull'impatto delle scelte politiche sulla promozione della salute (con particolare riguardo alle misure assunte per ridurre e contrastare l'uso non terapeutico di sostanze psicoattive), oltre che sulla cura e riabilitazione delle persone che presentino il problema.
- e) Promuovere la formazione e la ricerca di nuove forme di prevenzione, cura e riabilitazione.
- f) Assicurare congrui e permanenti finanziamenti alle iniziative ed ai sistemi specifici per la lotta alla droga ed alle sue conseguenze.

Infine, risulta evidente che per realizzare tali enunciati vi è la necessità che, nella formulazione dei modelli culturali di riferimento e nei programmi di promozione della salute contro l'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e psicoattive, siano coinvolti fin dall'inizio quanti risultino variamente influenzati dalle problematiche in questione, incoraggiando a partecipare al processo di formulazione, realizzazione e valutazione dei modelli e dei programmi i diversi soggetti interessati: politici, amministratori, cittadini, organizzazioni specifiche (pubbliche e private), volontariato e gruppi sociali direttamente coinvolti.

Al fine di fornire, quindi, indicazioni di politica generale anche per la programmazione territoriale di intervento, si ritiene importante esplicitare e condividere alcuni principi base ed alcune strategie che la Regione Veneto reputa fondamentali ed ispiratori delle nuove politiche di intervento nel campo della lotta alle droghe". È chiaro che le indicazioni qui riportate hanno valore meramente etico e di orientamento generale, escludendo quindi, in quanto tali, qualunque tipo di cogenza normativa o di vincolo legale.

Carta dei diritti

Riportiamo qui di seguito la carta dei diritti basilari per assicurare alle persone una valida politica contro l'uso di droghe nel rispetto però della persona e della sua libera scelta.

DICHIARAZIONE ETICA CONTRO L'USO DI SOSTANZE PSICOATTIVE

CARTA DEI DIRITTI

- 1) Tutti hanno diritto a godere di azioni sociali che promuovano e proteggano la salute, la famiglia, la comunità e l'ambiente di lavoro da incidenti, violenze ed altri effetti dannosi (ivi comprese le patologie diffuse) che possono derivare dal consumo di sostanze psicoattive.
- 2) Tutti hanno diritto a ricevere, fin dalla prima infanzia, un'informazione ed un'educazione valide ed imparziali sugli effetti negativi che possono derivare dall'assunzione di sostanze psicoattive.
- 3) Tutti i bambini e gli adolescenti hanno il diritto di crescere in un ambiente protetto dagli effetti negativi che possono derivare dalla promozione dell'uso di sostanze psicoattive e dal consumo di tali sostanze, che, a volte, avvengono anche mediante l'esplicitazione della sottovalutazione dei rischi e dei danni ad essi correlati.
- 4) Tutti coloro che assumono sostanze psicoattive secondo modalità dannose, non terapeutiche o a rischio, nonché i loro familiari, hanno diritto a supporti, trattamenti e cure precoci ed accessibili (consonando la libera scelta sul luogo e le modalità di cura), finalizzati al recupero della persona mediante la sospensione dell'uso di sostanze ed il reinserimento in una vita dignitosa ed indipendente. Tutti gli utilizzatori possiedono anche il diritto ad avere a disposizione efficaci e permanenti informazioni ed azioni tese a prevenire l'acquisizione di patologie correlate all'uso di sostanze psicoattive e le conseguenti altre gravi situazioni sociali ed ambientali, quali le attività criminali e la prostituzione.
- 5) Tutte le persone hanno il diritto di essere salvaguardate da pressioni, dirette od indirette, individuali o sociali, volte a promuovere l'uso di sostanze psicoattive. Inoltre, costituisce loro diritto essere sostenute nel comportamento di sobrietà e di non consumo.
- 6) Tutte le persone hanno diritto di poter esprimere, valorizzare e conservare le loro potenzialità intellettuali, professionali ed umane in un contesto di libertà e di indipendenza dagli effetti derivanti dall'uso non terapeutico di sostanze psicoattive.
- 7) Tutte le persone hanno diritto che le scelte e le attività istituzionali finalizzate al contrasto del mercato illegale di sostanze psicoattive non utilizzino strategie che espongono a rischi la loro salute.
- 8) Tutte le persone hanno il diritto di autodeterminare i propri comportamenti e stili di vita in un contesto di dignità e di reciproco e vincolante rispetto degli altrui diritti e delle altrui libertà.



Principi generali per le politiche di intervento

Uso non terapeutico di sostanze psicoattive

Le azioni di promozione e protezione della salute devono essere dirette verso tutte le sostanze “stupefacenti e/o psicoattive,” intendendo con questa espressione ogni sostanza (legale e non legale) che risulti in grado di interferire con le funzioni neuro-psichiche e che presenti un rischio potenziale di uso non terapeutico e/o dipendenza.

Si definisce “uso non terapeutico” l’utilizzo da parte della persona di sostanze non finalizzato a “scopi terapeutici propriamente intesi,” definibili come tali solo se vi è la presenza contemporanea dei seguenti criteri:

- a) presenza di una patologia o stato di malessere correttamente diagnosticato e che necessiti di terapia farmacologica;
- b) presenza di una precisa e motivata prescrizione dei farmaci utilizzati fatta da personale legittimato ed autorizzato a tale atto;
- c) utilizzo delle sostanze secondo dosaggi, modalità e durata di assunzione coerenti con quanto determinato dalla ricerca scientifica come “efficace e tollerabile” per la cura della situazione specifica della persona.

Pericolosità delle sostanze psicoattive per la salute

Le sostanze psicoattive sono molte ed alcune di esse trovano anche positivi impieghi terapeutici ma risultano di interesse solo quelle dotate di pericolosità per la salute dell’individuo o delle persone in contatto con lui.

Tale pericolosità si estrinseca, però, se conseguentemente all’uso di sostanze vi sia la presenza di almeno una delle seguenti caratteristiche:

- a) Effetti interferenti con i meccanismi neurobiologici e psicologici della gratificazione, della vigilanza, dell’autocontrollo o della capacità di giudizio, con riduzione, anche temporanea, delle *performance* psicofisiche della persona.
- b) Tossicità acuta o cronica, in particolare sul sistema nervoso.
- c) Possibile sviluppo da parte della persona di percezione di “normalità,” di “essere all’altezza” o di “auto-efficacia” solo in presenza degli effetti della sostanza che, in seguito a ciò, può condurre ad assunzione periodica compulsiva reiterata e/o dipendenza.
- d) Possibile condizionamento dell’individuo all’assunzione di comportamenti e stili di vita che lo portino, anche temporaneamente, a compromettere il proprio decoro, la propria dignità, l’espressione delle proprie capacità umane, culturali e professionali ed il mantenimento delle proprie responsabilità verso i terzi (figli, familiari, *etc*).
- e) Uso prevalentemente od esclusivamente finalizzato da parte del consumatore ad ottenere un’alterazione dello stato psichico, delle percezioni, della coscienza, con relativa sottovalutazione dei rischi e scarsa o nulla ricerca di effetti terapeutici.

Sono da annoverare fra tali sostanze sia quelle comunemente denominate “droghe (*cannabis*, cocaina, eroina, *ecstasy*, amfetamine, allucinogeni,

etc),” sia, anche, farmaci di varia natura con azione sulle funzioni neuro-psichiche e sui comportamenti, quali, ad esempio, sedativi, ipnotici in generale e bevande alcoliche nelle loro varie forme e gradazioni.

Al fine di indicare il comportamento consistente nel consumo di sostanze si ritiene, quindi, più idonea ed estensiva la dizione di “uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e psicoattive,” comprendendo in tale espressione anche le forme di assunzione voluttuarie, ricreative, compulsive, *etc*.

Va chiarito che dall’uso non terapeutico di sostanze non sempre deriva una dipendenza ma, nel caso in cui essa sia presente, connoterà un vero e proprio stato di “tossicodipendenza,” che potrà prevalentemente estrinsecarsi (a seconda del tipo di sostanza, delle modalità d’uso e dei fenomeni astinenziali alla sospensione) nella sua componente psichica, fisica o psicofisica, definendosi, comunque, come uno stato di dipendenza negativa certamente non auspicabile per la persona.

Principi generali

- 1) Vi è il forte bisogno di identificare e condividere socialmente una strategia quanto più possibile diffusibile, che sia finalizzata a contrastare l’uso non terapeutico di sostanze psicoattive e che sia basata, ciò che più rileva, su principi e metodi promoventi l’adesione volontaria e consapevole a stili di vita che assicurino la tutela della salute e dell’integrità della persona nel suo complesso.
- 2) Di conseguenza, si ritiene che qualsiasi strategia e qualunque intervento di promozione della salute debbano essere incentrati sulla persona, considerata sempre contemporaneamente sotto i suoi diversi aspetti biologici, psichici e sociali.
- 3) A tale proposito, agli Enti e alle Associazioni va garantita una flessibilità nell’adottare i modelli organizzativi e assistenziali suggeriti dal presente documento fermo restando il diritto/dovere all’esercizio vincolante delle proprie funzioni e delle proprie responsabilità.
- 4) Si ritiene che al singolo individuo debba essere garantito il diritto inviolabile e la libertà di autodeterminare i propri comportamenti ed i propri stili di vita, sul fondamento, in ogni caso, del profondo rispetto dei diritti e della libertà delle altre persone.

Pertanto, pur riconoscendo la necessità che vi sia una chiara e precisa normativa relativamente alla produzione ed all’utilizzo delle sostanze psicoattive, è fortemente auspicabile il perseguimento dello sviluppo contemporaneo di politiche mirate all’acquisizione, da parte della persona, di comportamenti preventivi quanto più possibile volontari.

Le politiche, quindi, dovranno essere orientate soprattutto a promuovere modelli culturali basati non sulla semplice liberalizzazione - o, per contro, proibizione - ma sull’incentivazione di riferimenti culturali e sociali positivi, chiaramente orientati a far conseguire comportamenti responsabili e, quanto più possibile, autodeterminati. Tutto ciò, attraverso la crescita responsabile e la maturazione della coscienza della opportunità



e giustizia di proteggere la propria ed altrui salute, nonché dei gravi rischi e danni derivanti dall'uso di sostanze.

Tale consapevolezza dovrà riguardare, inoltre, la necessità di impegnarsi socialmente, ed in *primis* anche con il proprio comportamento, ad arrestare il negativo e pericoloso processo di "normalizzazione" in atto verso l'uso di sostanze psicoattive senza, tuttavia, contemporaneamente discriminare chi faccia uso di tali sostanze.

In questo contesto, quindi, andrà affermato che costituisce stile di vita sano, da perseguire socialmente ed individualmente, quello scevro dall'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e/o psicoattive, in maniera da considerare esplicitamente l'utilizzo non terapeutico quale "eccezione negativa," in contrapposizione al comportamento di sobrietà da ritenere, invece, "normatività positiva."

Si crede che, per meglio chiarire e definire le problematiche correlate all'uso di droghe, vi sia la necessità di introdurre un linguaggio comune più preciso e maggiormente corrispondente ai fenomeni psicologici, neurobiologici e sociali, conseguenti all'introduzione di sostanze psicoattive nell'organismo. Tale considerazione s'impone anche per dare una giusta dimensione - ed una corretta e coerente definizione - alla condotta delle persone che utilizzano in vario modo sostanze psicoattive con natura, caratteristiche farmacologiche ed effetti diversi.

- 5) Va valutato, altresì, che esiste una forte variabilità individuale nelle reazioni alle sostanze, ed in particolare in ordine agli effetti psicologici e comportamentali che risultano, sia nel breve che nel lungo periodo, non prevedibili allo stesso modo per tutti i soggetti.

Non è possibile, perciò, adottare superficiali stereotipizzazioni sugli effetti di sostanze che potrebbero rivelarsi, per le medesime dosi e modalità di assunzione, inesistenti per alcune persone e gravissimi e permanentemente invalidanti per altre.

È da ricordare, inoltre, che esiste un importante numero di giovani che, per le proprie condizioni psicofisiche e sociali, risultano particolarmente vulnerabili e permanentemente coinvolgibili in un uso di sostanze psicoattive caratterizzato, spesso, dall'instaurazione di una dipendenza correlata a forti problematiche sociali. Al contrario, per altri coetanei l'uso di tali sostanze appare controllato e gestito a tal punto da non manifestare evidenti problemi sociali, pur mantenendo, tuttavia, una forte interferenza sulle rispettive funzioni psichiche, neuro-biologiche e, di conseguenza, sulle *performance* psicofisiche.

- 6) Per quanto riguarda la prevenzione, è indispensabile ricordare che è ormai provata l'esistenza di fasce di popolazione che, per cause individuali e/o sociali e per la loro conformazione neuropsichica, presentano, se messe a contatto con sostanze psicoattive, un rischio più elevato di sviluppare dipendenza od uso non terapeutico reiterato, con gravi ripercussioni sia sullo stato di salute che sulla situazione sociale. Pertanto, in termini di politiche generali per la tutela della salute dei cittadini, è necessario programmare e sviluppare azioni d'intervento che siano orientate a tutelare, rispettare e proteggere, in particolare, queste fasce a più elevato rischio e, quindi, più bisognose.

7) La ricerca scientifica ha determinato che l'assunzione di comportamenti preventivi può dipendere anche dal grado di conoscenza dei rischi, dalla capacità individuale di autocontrollo, dall'abilità nell'individuare ed evitare preliminarmente le situazioni di pericolo e dalla motivazione a mantenere tale comportamento. Si è precisato che tali fattori possono essere modificati da opportune azioni informative ma, principalmente, educative. Esistono, inoltre, ulteriori fattori di condizionamento del comportamento della singola persona che dipendono dai modelli sociali e culturali del gruppo di riferimento e che sono ugualmente in grado di incentivare o diminuire la presenza di comportamenti a rischio. Si è osservato, altresì, che la maggior parte dei giovani risulta sensibile ai messaggi informativi che evidenziano i rischi ed i danni derivanti dall'uso di sostanze psicoattive, altri non presentano reazioni particolari ed altri ancora (in percentuale minoritaria) potrebbero venire stimolati nei meccanismi trasgressivi e stimolanti l'assunzione.

Da ciò si evince la forte variabilità di risposta esistente anche per i messaggi informativi che rimangono, tuttavia, una valida opzione per la maggior parte dei giovani e che sono da utilizzare soprattutto se inseriti, fin dalle scuole elementari, in precoci e globali programmi educativi di promozione della salute.

8) Deve essere recepito e condiviso il concetto che la responsabilità della singola persona che usa a fini non terapeutici sostanze psicoattive non è solo verso il proprio stato di salute ma, anche, nei confronti dei rischi/danni che possono derivare a terzi. Pertanto, tale comportamento non può essere confinato in una mera questione personale.

È da sottolineare, infatti, il concetto che la libertà personale termina nel momento in cui entra in conflitto con la libertà ed i diritti altrui.

9) Fra le responsabilità personali, inoltre, deve essere annoverata anche quella derivante dal fatto di rivestire od esplicitare socialmente (in particolare come genitori in famiglia) un contegno che si sostanzia nell'uso non terapeutico di sostanze psicoattive, in quanto è provato che tale situazione può incoraggiare a propria volta altre persone (particolarmente esposte per proprie condizioni) al consumo di sostanze.

Tutto ciò, inoltre, può stimolare il mantenimento di modelli culturali e socio-comportamentali negativi, in grado di condizionare la singola persona nell'adozione di stili di vita pericolosi per la salute.

Andrà, quindi, incentivata l'assunzione da parte di ciascuno di concreti comportamenti sociali (che potremmo definire di "mutuo aiuto"), visibili e diretti a promuovere, mantenere e sostenere, in modo da fondare un reciproco sostegno, stati di "sobrietà e libertà" da sostanze psicoattive.

Sulla base delle precedenti considerazioni, si comprende ancora di più come vi sia l'esigenza di realizzare ed estendere, nel modo più ampio possibile, modelli comportamentali e culturali espliciti e chiari, capaci di proporre stili di vita che escludano il ricorso all'uso non terapeutico di qualunque sostanza psicoattiva.

10) Nessuna persona che faccia uso non terapeutico di sostanze psicoattive



potrà, comunque, essere discriminata od emarginata per questo motivo ma si dovrà, invece, provvedere ad organizzare ed a mettere a loro disposizione opportunità e strutture in grado di fornire un valido aiuto alla risoluzione del problema e/o alla riduzione dell'incidenza delle patologie correlate.

Pertanto, si ritiene che si debbano offrire, secondo comportamenti professionali equanimi ed uniformi a qualsiasi altra forma patologica che necessiti di interventi socio-sanitari e socio-assistenziali complessi, tutte le opzioni terapeutiche disponibili e, contemporaneamente, si debbano rispettare le scelte e le condizioni poste dalle persone alle relazioni di aiuto, incoraggiando, allo stesso tempo, scelte consapevoli e responsabili volte al recupero totale della persona.

- 11) Infine, va sottolineato che si ritiene fondamentale siano fortemente incrementate tutte le attività tese al controllo ed al contrasto del riciclaggio delle ingenti quantità di denaro derivanti dal mercato illegale delle droghe. Non è, tuttavia, condivisibile l'indirizzo secondo il quale tale mercato illegale dovrebbe essere combattuto con soluzioni fondate sull'illusione di creare un abbattimento dei prezzi - e, quindi, dei costi per gli utilizzatori (e dei guadagni degli spacciatori) - mediante una fornitura "legale" e, in quanto tale, competitiva con il mercato illegale esistente. La valutazione sul piano etico di tale soluzione va fatta tenendo presente che essa confligge con il principio generale di operare nel campo delle politiche sociali e sanitarie, scelte in grado di garantire realmente e coerentemente la promozione e la protezione della salute dei cittadini. I presupposti vantaggi in termini di controllo del mercato illegale sarebbero non comparabili e non accettabili di fronte agli svantaggi, ai rischi ed ai danni che risulterebbero alla salute delle singole persone (soprattutto se predisposte) in conseguenza all'aumento della disponibilità di sostanze psicoattive. Incalcolabili sarebbero, inoltre, le conseguenze derivanti dall'acquisizione e riconoscimento in legge dello Stato di un modello culturale e sociale che riconoscesse l'uso di tali sostanze come normale e socialmente accettato.

È, infatti, da ritenersi eticamente inaccettabile che, per contrastare la criminalità e risolvere problemi di ordine pubblico si esponano i cittadini a gravi rischi sociali e sanitari: una società civile non può far pagare un costo, in termini di salute, ad una fascia giovanile che, invece, deve essere particolarmente protetta perché più indifesa. In via generale, quindi, vanno sempre tenute ben distinte le soluzioni - ed i conseguenti piani e politiche di attuazione - relativamente alla promozione della salute dei cittadini, da un lato, ed al controllo ed alla repressione del mercato illegale, dall'altro.

Per contro, non è neppure accettabile che vengano perseguite politiche di mera proibizione senza preoccuparsi di attivare, contemporaneamente, concrete ed efficaci attività di prevenzione - sia primaria che secondaria - e di responsabilizzazione, con collaterali e permanenti azioni di polizia per il controllo del riciclaggio del denaro sporco.

Non vi è dubbio, infatti, che i cospicui capitali derivanti dalla produzione di droga e dalla rete di vendita sottostante potrebbero essere ben monitorizzati con i sistemi già esistenti e con politiche comunque effi-

caci perché in grado di non far pagare al cittadino l'altissimo prezzo della lotta alla criminalità che si otterrebbe con l'aumento del "rischio salute" legato ad una accresciuta disponibilità e ad un più facile accesso a tali sostanze.

Strategie di intervento

Le strategie d'intervento devono focalizzare l'attenzione, contemporaneamente, su tre livelli di azione:

I Livello - Sulle persone a potenziale rischio, sulle famiglie e sulla domanda di sostanze psicoattive.

II Livello - Sulle persone che già presentino un problema, più o meno espresso, di uso non terapeutico e/o di dipendenza da sostanze.

III Livello - Sulla comunità e le organizzazioni deputate all'amministrazione ed al governo.

Le principali indicazioni strategiche di intervento possono essere così rispettivamente esemplificate per ciascun livello di azione:

I Livello: riduzione della domanda

- 1) Strutturare i programmi di intervento basandosi sulla finalità generale di incoraggiare e promuovere l'acquisizione da parte delle persone di conoscenze, consapevolezza e senso di responsabilità verso la propria ed altrui salute, in un contesto di comportamenti volontari, motivati, liberi ed il più possibile autodeterminati.
- 2) Informare le persone in maniera esauriente, costante ed oggettiva, dei rischi e dei danni che l'uso non terapeutico di sostanze psicoattive può provocare alla salute psico-fisica, alla famiglia ed alla società. Nel contempo, informare anche delle misure efficaci che possono essere intraprese per prevenire o ridurre i possibili effetti negativi derivanti dall'uso di tali sostanze, realizzando, a partire dalle età adolescenziali programmi educativi di vasta portata.
- 3) Promuovere la conformazione degli ambienti pubblici, privati e di lavoro, in modo che siano il più possibile tutelati dalla circolazione incongrua di sostanze psicoattive e protetti da incidenti, violenze od altre conseguenze negative dovute all'uso non terapeutico di tali sostanze.
- 4) Applicare le leggi ed incentivare azioni di prevenzione che scoraggino di mettersi alla guida o di svolgere attività lavorative dopo aver usato sostanze psicoattive.
- 5) Promuovere la salute anche attraverso il controllo ed il contrasto alla disponibilità ed all'accesso, in particolare da parte della popolazione giovanile, alle sostanze psicoattive, tramite una più rigorosa e controllata prescrizione medica di tali sostanze legali (quando necessaria) ed una se-



rie di azioni in ambito repressivo nei confronti di quanti provvedano alla produzione e/o diffusione delle sostanze illegali.

- 6) Attuare severe misure di controllo sulla pubblicità diretta od indiretta di sostanze psicoattive, al fine di assicurare che nessuna forma di pubblicità sia specificamente rivolta ai giovani e, comunque, colleghi tali sostanze ad eventi o stereotipi comportamentali giovanili presentati come “positivi o di tendenza.”
- 7) Incoraggiare un maggior senso di responsabilità etica e giuridica fra coloro che operano nei settori del *marketing* o del commercio di sostanze psicoattive legali.
- 8) Garantire severi controlli sulla correttezza di prescrizione e fornitura dei farmaci psicoattivi da parte di medici e farmacisti.

II Livello: cura e riabilitazione

- 1) Garantire alle persone dedite all'uso non terapeutico di sostanze e/o dipendenza ed alle loro famiglie, l'accesso e la precoce disponibilità ad efficaci servizi di supporto, trattamento e riabilitazione, gestiti da personale opportunamente formato ed abilitato.
- 2) Assicurare percorsi e programmi che considerino prioritari il contatto precoce con la persona, l'incentivazione ed il raggiungimento (non pregiudizievole dell'erogazione delle prestazioni sociosanitarie) della sospensione permanente dell'uso non terapeutico di sostanze psicoattive, con l'obiettivo finale ed irrinunciabile (anche se spesso raggiungibile solo nel lungo termine) di recuperare integralmente l'individuo ad una vita dignitosa ed indipendente.
- 3) Riconoscere la “Dipendenza da Sostanze” come uno “stato di malattia” curabile, guaribile, con andamento cronico (ma remissibile nella grande maggioranza dei casi) e spesso recidivante.
Tale dipendenza è accompagnata da grave compromissione delle situazioni sociali e deve beneficiare di opportune e specifiche forme di assistenza, prevenzione delle patologie correlate e riabilitazione, basate sull'adesione volontaria del soggetto interessato nonché su di un approccio globale che sia incentrato sulla persona, abbia carattere professionale e scientificamente orientato e che, in particolare, sia libero da pregiudizi morali e da atteggiamenti discriminatori.
- 4) Riconoscere che, nei confronti delle persone con dipendenza da sostanze (specialmente con uso iniettivo), è prioritario intervenire precocemente, al fine sia di contrastare l'emergenza di patologie diffuse e/o mortali e/o gravi stati di devianza sociale (quali la prostituzione e le attività criminali) correlati all'uso di tali sostanze, sia di evitare la possibilità di morte o di acquisizione di gravi malattie o stati di devianza sociale fortemente e permanentemente invalidanti e, in quanto tali, in grado di compromettere le possibilità future di reale riabilitazione.

- 5) Impegnarsi affinché le pene per i reati connessi all'uso non terapeutico di sostanze psicoattive (esclusi il traffico e lo spaccio) possano essere trasformate, quando possibile, in attività che siano realmente riabilitative per la persona interessata, abbiano carattere di utilità sociale e ne incoraggino il recupero psico-sociale utilizzando, a tali fini, ambienti preferibilmente diversi da quello carcerario.
- 6) Promuovere - attraverso la conclusione e l'attuazione di accordi ed iniziative con le organizzazioni dei lavoratori e degli imprenditori - il reinserimento sociale e lavorativo delle persone con problemi di dipendenza, realizzando opportune forme di lavoro protetto e garantendo situazioni di tutela sociale finalizzate al sostegno di esse e delle loro famiglie.
- 7) Nel quadro dei vari programmi terapeutici e riabilitativi e durante il loro svolgimento, considerare fondamentale anche la ricostruzione e lo sviluppo di reti sociali in grado di assicurare una maggiore probabilità di successo riabilitativo, incoraggiando e sostenendo la partecipazione duratura ad attività culturali, ricreative, sportive o di impegno sociale.

III Livello: comunità ed organizzazioni sociosanitarie

- 1) Formulare ed emanare indicazioni strutturate di programmazione ed indirizzo al fine di promuovere e condividere modelli culturali espliciti contro l'uso non terapeutico di sostanze psicoattive e verso la promozione della salute, incentivando e proponendo forme di valorizzazione della persona e di un operare, individuale e sociale, responsabile.
- 2) Accrescere, anche attraverso il coinvolgimento diretto dei *mass media* e degli *opinion leader* sociali, le capacità della comunità di occuparsi delle problematiche correlate all'uso delle sostanze psicoattive. Promuovere, inoltre, la formazione degli operatori dei vari settori coinvolti - sanitario e sociale ma anche educativo e giudiziario - contestualmente al rinforzo ed allo sviluppo del ruolo centrale della comunità nell'enunciazione ed affermazione di modelli culturali impostati al non uso di droghe.
- 3) Pretendere che le organizzazioni che si dedicano alle attività di prevenzione o di assistenza alle persone tossicodipendenti definiscano chiaramente obiettivi ed indicatori di risultato, utilizzando un approccio pragmatico e scientificamente orientato; esigere che vengano monitorizzati i progressi e venga garantito l'aggiornamento periodico dei programmi, basato sulla valutazione costante dei risultati ottenuti in ordine a:
 - Riduzione della domanda
 - Allontanamento o sospensione dall'uso di sostanze
 - Aumento o conservazione della *performance* globale della persona con dipendenza
 - Miglior aumento della qualità di vita
 - Riduzione dell'incidenza di patologie e delle situazioni devianti correlate sia in ambito medico che psico-sociale (prostituzione, criminalità, *etc*)
- 4) Ottenere che le istituzioni pubbliche competenti (Aziende ULSS, enti locali, Regione, *etc*) si impegnino effettivamente nella lotta alla droga,



dedicandovi costanti finanziamenti annuali , identificando programmi d'intervento realmente valutabili e condivisi con le varie realtà operative ed organizzando valide forme di consultazione e di coinvolgimento delle organizzazioni di privato sociale e volontariato nelle decisioni.

- 5) Approntare efficaci sistemi di raccolta ed elaborazione dati, per disporre di informazioni sempre più precise e tempestive nell'ambito epidemiologico, sui flussi di nuove sostanze e sulle dimensioni esatte del fenomeno attraverso specifici stadi di prevalenza ed incidenza.
- 6) Sostenere le organizzazioni (governative e non) e, in particolare, coloro che operano nell'ambito della prevenzione primaria o della diminuzione dell'incidenza delle patologie correlate all'uso di sostanze psicoattive nonché i gruppi di auto-aiuto.
- 7) Formulare programmi tenendo conto della presente Dichiarazione etica.

Bibliografia

- AAVV, *Danni correlati all'uso di droghe: Cannabis ed Ecstasy*, Accademia Europea Studi e Ricerche in Medicina Preventiva e Comunitaria, Verona Gennaio 1998
- AAVV, *Medicina delle Tossicodipendenze (a cura di G. Serpelloni et al.)*, S.E.M.G. Scuola Europea di Medicina Generale - Ediz. Settembre 1996.
- American Psychiatric Association *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV) (IV edition) (1994)*
- Bejerot N., *Addiction an artificially induced drive*, C. Thomas, Springfield 1972.
- Declaration of Alma-Ata. *International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 settembre 1978.*
- Gallanter M., Kleber H.D. *Text book of Substance abuse Treatment* American Psychiatric Press, Inc. (1997)
- International Council of human duties. *La Carta dei Doveri Umani*, (1998)
- Johnson R.F., *Pitfalls in research: the interview as an illustrative model*, Psychol. Reports, 38 (1), 3-17, 1976.
- Johnson B.D. e coll., *What is an addict. Theoretical perspectives and empirical patterns of opiate use. Paper presented to the Society for the Study of Social Problems*, Boston 1979.
- Johnson BA, Roache J.D. *Drug addiction and ITS Treatment*. Ed. Lippincott-raven N.Y. (1997)
- Kandel D.B., Faust R., *Sequence and stages in patterns of adolescent drug use*, Arch. Gen. Psychiat., 32, 1975.
- Kandel D.B. e coll., *Antecedents of adolescent initiation into stages of drug use: a developmental analysis*, J. Youth Adolesc., 7 (1), 1978.
- Kaplan H.B., *Antecedents of deviant responses: predicting from a general theory of deviant behavior*, J. Youth Adolesc., 6, 1977.
- Kaplan H.B., *Deviant behavior and self enhancement in adolescence*, J. Youth Adolesc, 7, 1978.
- La Dichiarazione di Copenhagen. *Conferenza Europea sulle Politiche Sanitarie: Opportunità per il Futuro*, Copenhagen 5-9 dicembre 1994.
- Lowinson J.H. et al. *Substance Abuse ed. Williams e Wilkins (1992)*
- O.E.D.T. (Osservatorio Europeo sulle Droghe e sulle Tossicodipendenze). *Relazione annuale sull'evoluzione del problema della droga nell'Unione Europea - 1997.*
- Olievenstein C., *L'infanzia del tossicomane*, Arch. Psicol. Neurol. Psychiat., 41 (34), 1981.
- Organizzazione Mondiale della Sanità-Ufficio Regionale per l'Europa *Carta Europea sull'Alcool*, Parigi dicembre 1995.
- Ottawa Charter for Health Promotion. *The first International Conference on Health Promotion*, Ottawa 21 novembre 1986.
- The Djakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century, Djakarta 21-25 luglio 1997.
- The Ljubljana Charter on Reforming Health Care, Ljubljana, 19 giugno 1996.
- World Health Organization (1994) - *ICD-10- Classification of Mental and Behavioural Disorders.*



Indirizzi per il recepimento della dichiarazione etica della Regione Veneto contro l'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e psicoattive nella programmazione locale del piano di zona dei servizi sociali

La Dichiarazione etica della Regione Veneto contro l'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e psicoattive persegue anche la finalità di creare una base di intesa comune e fornire, così, indicazioni per poter formulare una programmazione di zona orientata ad una moderna visione del problema ed in ordine alla quale, però, è utile affrontare anche un altro argomento.

In linea di tendenza, negli interventi che prevedono il coordinamento interistituzionale di varie organizzazioni, risulta opportuna la definizione, almeno a grandi linee, delle rispettive competenze derivanti dai differenti ruoli e responsabilità, soprattutto per quanto riguarda gli enti locali e le Aziende ULSS.

Competenze

Per maggior chiarezza, va ricordato che, nel campo degli interventi sulle tossicodipendenze, le Aziende ULSS hanno competenze sociosanitarie, nelle quali rientrano, precipuamente, gli interventi terapeutici, di prevenzione delle patologie correlate e quanto attenga più specificatamente alle attività "terapeutiche" della persona che fa uso di sostanze psicoattive e/o con dipendenza.

Gli enti locali, dal canto loro, hanno competenze socio-assistenziali, nelle quali rientrano, in particolare, gli interventi di prevenzione primaria, educativi, riabilitativi e di reinserimento scolastico, lavorativo e sociale.

Nello specifico, gli interventi di prevenzione, dell'emarginazione e del disadattamento sociale, sono di competenza degli enti locali, mentre le Aziende ULSS possono concorrere a tali iniziative in caso di delega.

È chiaro che, nella pratica assistenziale, i confini non possono essere così chiaramente definiti ma vi è, tuttavia, un'esigenza di chiarezza, al fine di comprendere le diverse responsabilità, le titolarità delle varie azioni e, conseguentemente, i diversi costi da imputare a bilancio.

Garanzia di Qualità

A tale riguardo, va definito che qualunque ente, organizzazione o singolo individuo eroghi prestazioni in ambito preventivo, terapeutico o riabilitativo deve, al pari di qualsiasi altra patologia, essere regolarmente au-

torizzato ed abilitato a svolgere tali funzioni secondo le leggi dello Stato e la regolamentazione regionale.

Specificatamente, vi è la necessità che gli interventi terapeutici, a qualsiasi titolo prestati, siano posti in essere esclusivamente da strutture o da professionisti regolarmente abilitati ed accreditati presso la Regione, avendo cura, inoltre, di creare una forte integrazione con il livello socio-assistenziale.

A tale proposito, gli enti pubblici, sulla base delle proprie competenze, hanno anche il compito di assicurare al cittadino che gli interventi erogati dalle proprie unità operative e dalle varie organizzazioni del privato-sociale autorizzate possiedano determinate caratteristiche di qualità e professionalità e siano in grado di garantire l'offerta di trattamenti equanimi, uniformi e, soprattutto, continuativi nel tempo, a tutti i cittadini.

Programmazione

La programmazione dovrà scaturire da una dettagliata e realistica definizione dei bisogni preventivi ed assistenziali del cittadino e non solo dalle esigenze autoreferenziali di risorse delle singole realtà operative.

L'identificazione delle risorse necessarie sarà, quindi, frutto di una analitica analisi dei bisogni e dovrà essere, di seguito, confrontata - sia in termini di servizi pubblici che del privato sociale - con le risorse esistenti.

Le organizzazioni in grado di erogare prestazioni verranno identificate, perciò, in stretta relazione a bisogni precisamente e preventivamente definiti e, quanto più possibile, quantificati.

Le strutture pubbliche competenti hanno il dovere, derivante dalla loro specifica funzione, di formulare una programmazione generale che si curi di specificare gli enti ed organizzazioni di gestione, quali prestazioni debbano essere gestite per la fase erogativa dal pubblico (sulla base dei compiti istituzionali e nei limiti delle risorse esistenti) e quali, invece, possano essere affidate in gestione al privato sociale abilitato (mediante apposite autorizzazioni ed iscrizione negli albi regionali), accreditato ed appositamente finanziato con fondi pubblici.

Si ritiene importante sottolineare che, nella fase di programmazione, si dovrà applicare il principio della "compartecipazione attiva" alla stesura del progetto, ricordando che le organizzazioni presenti sul territorio hanno sì autonomia di azione, ma che vi è anche una forte ed ormai indeclinabile necessità di coordinamento di qualità al fine di razionalizzare offerta e spesa pubblica ed aumentare, contemporaneamente, l'efficacia e l'efficienza degli interventi.

Pertanto, le azioni finanziabili attraverso fondi dello Stato dovranno essere quelle che soddisfino realmente i bisogni, offrano garanzia di efficacia e qualità e rientrino in un programma generale di intervento.

Consultazione permanente

Va ricordato che le Aziende ULSS e gli Enti locali, quali soggetti della programmazione locale mediante i Piani di zona devono creare delle opportune e permanenti forme di consultazione, effettivamente partecipata, che coinvolge anche il privato-sociale e il volontariato, affinché il pro-



gramma di intervento sia frutto reale del concorso di tutte le forze in campo, sia condiviso fin dall'inizio e durante tutte le fasi di strutturazione anche per assicurargli concreta applicabilità futura. Si ritiene, infatti, che più che le indicazioni normative, sia una reale ed ampia condivisione degli obiettivi e delle strategie a fare in modo che i programmi d'intervento trovino vera applicazione da parte delle organizzazioni coinvolte. In altre parole, pur ritenendo importante la fase normativa e di indirizzo, si ritiene altrettanto opportuno ed efficace perseguire la creazione di comportamenti professionali il più possibile motivati, condivisi ed "auto-determinati" anche per le organizzazioni e gli enti preposti.

Le istituzioni pubbliche devono farsi garanti quindi, nella preparazione del progetto generale, del rispetto dei suesposti principi e delle pluralità. Contemporaneamente, le organizzazioni del privato-sociale e del volontariato dovranno fare il possibile per coordinare le loro azioni (tanto più se finanziate con fondi pubblici) nell'ambito del programma generale d'intervento, sia pure auto-organizzate in coordinamenti propri ed indipendenti.

Per quanto riguarda l'inserimento del volontariato nei programmi generali, va ricordato che esso può avere un'importante funzione di supporto alle attività istituzionali, e potrà essere, perciò, fortemente integrato nell'organizzazione deputata a gestire gli interventi, conservando la propria autonomia di azione nei limiti esclusivi di quanto consentito dalla legge per l'esercizio di funzioni assistenziali.

Volontariato e Auto-Aiuto

Le organizzazioni di volontariato, ma anche in forma di auto-aiuto (di pazienti o familiari) rivestono una notevole importanza nei processi di cura e recupero delle persone con problemi correlati all'uso di sostanze psicoattive. Per il volontariato, anche in forma di auto aiuto, dovrà sussistere, ai fini del riconoscimento ed anche in vista della corresponsione di finanziamenti, una reale finalità terapeutica con contemporanea presenza e garanzia di organizzazione, efficacia e correttezza metodologica, secondo criteri espliciti e riconosciuti a livello regionale.

La funzione pubblica ha il dovere di valorizzare (con forme concrete di aiuto e non solo con dichiarazioni di intenti) e di promuovere tali iniziative, avendo cura, nel medesimo tempo, di attivarne una forte integrazione ed inserimento nei programmi generali di intervento, selezionando per contro, con molta attenzione ed equilibrio, le organizzazioni davvero utili ai bisogni dei cittadini.

Iscrizione agli Albi Regionali e censimento delle organizzazioni

A tal fine, si reputa indispensabile che gli enti pubblici verifichino l'iscrizione ai relativi Albi Regionali, e collaborino al censimento delle associazioni di volontariato, delle comunità terapeutiche e delle cooperative sociali, avendo cura di definirne le caratteristiche organizzative e funzionali ma, soprattutto, il reale impatto e le concrete attività svolte, sia in termini qualitativi che quantitativi, a favore dei cittadini. Per far ciò, si dovranno utilizzare criteri espliciti e modalità trasparenti, applicati in maniera standardizzata a tutte le organizzazioni, al fine di avere una "anagrafe funzio-

nale delle organizzazioni del volontariato, delle comunità terapeutiche e delle cooperative sociali” ed una visione delle reali dimensioni e potenzialità di intervento di ogni singola organizzazione, al di là delle etichette auto-dichiarate e delle operazioni di immagine non corrispondenti, in effetti, ad una reale operatività.

Ruolo fondamentale nell'incentivazione di queste organizzazioni da parte degli enti pubblici, oltre alla previsione di specifici finanziamenti, consiste nell'identificazione e messa a disposizione di appositi spazi ove poter esercitare tali attività con dignità e decoro, nonché il fatto di organizzare ed offrire specifici momenti di formazione e supervisione con la finalità di professionalizzare (per quanto opportuno e possibile) le modalità di intervento.

**DANNI CORRELATI ALL'USO DI DROGHE:
CANNABIS ED ECSTASY**



Danni correlati all'uso di droghe: Cannabis ed Ecstasy

AKADEMEIA

ACCADEMIA EUROPEA STUDI E RICERCHE
IN MEDICINA PREVENTIVA E COMUNITARIA

Revisione editoriale a cura di Giovanni Serpelloni e Giancarlo Fibbia

Introduzione

Mai come in questo periodo si è avvertita la necessità di fornire una posizione chiara agli operatori socio-sanitari impegnati nel settore tossicodipendenze dei danni derivanti dall'uso di droghe.

Questo documento è stato elaborato con lo scopo di fornire un punto di vista medico, in ambito preventivo e comunitario, su vari importanti aspetti che solitamente stanno invece di sfondo al dibattito, ormai solo politico, sulla legalizzazione delle droghe. Siamo convinti che qualsiasi posizione che prescindere da una corretta analisi tecnico-scientifica dei fenomeni individuali e di gruppo correlati all'uso di sostanze stupefacenti, (sia nei suoi aspetti neurobiologici, psicologici, che sociali) sia inopportuna e totalmente inappropriata al fine di prendere decisioni su un argomento che soprattutto ha conseguenze in ambito socio-sanitario.

A nostro avviso la valenza principale delle conseguenze dell'uso di droghe è squisitamente da collocare in ambito di Sanità Pubblica, intendendo comprendere però con questo termine non solo gli aspetti medici propriamente detti ma anche quelli psicologici e sociali collegati in maniera inscindibile all'uso di droghe. La chiave di lettura quindi deve partire dalla considerazione generale e molto semplice che le droghe vengono ricercate ed utilizzate in quanto producono effetti neuro-psichici complessi "apprezzati" e considerati gradevoli e funzionali dagli utilizzatori, ma che contemporaneamente si possono accompagnare ad una lunga serie di rischi ed effetti negativi per la maggior parte delle volte non prevedibili e sottostimati, non solo dal soggetto stesso ma dall'intera comunità.

Alcuni concetti base

E' bene chiarire fin da subito che il termine «leggere» applicato ad alcune sostanze psicoattive al fine di descrivere così un loro ipotetico ridotto potenziale tossico e dannoso, non trova riscontro all'interno di una definizione scientifica ma solo in un lessico comune che per questa sua imprecisione può solo confondere chi non ha basi culturali scientifiche specifiche.

In modo semplice (forse semplicistico ma sicuramente comprensibile) le diverse sostanze psicoattive al fine di valutarne la pericolosità e la nocività per il singolo individuo, possono essere considerate in maniera integrata sotto sette fondamentali aspetti:

- 1) il grado di disponibilità e la facilità di accesso alla sostanza (offerta);

- 2) la qualità, l'intensità e la durata degli effetti psicoattivi (correlati alla farmacocinetica e farmacodinamica);
- 3) la capacità di dare tolleranza (necessità di aumentare la dose per ottenere gli stessi effetti) ed instaurare dipendenza, espressa non soltanto come presenza di un'assunzione continuativa con sintomi fisici da astinenza in caso di interruzione, ma anche come bisogno/ricerca compulsiva (craving) della sostanza;
- 4) la tossicità acuta (nel breve termine) e cronica (nel lungo termine) e i danni diretti e permanenti derivanti (biologici, psicologici) e le patologie psichiche e fisiche correlate alle modalità di assunzione delle sostanze (frequenza e gravità);
- 5) la capacità di interferire con la vita di relazione e di ridurre le performance sociali ed individuali dell'assuntore;
- 6) la capacità (integrazione intrusiva), per gli effetti psicoattivi che producono, al di là dell'astinenza e del craving, sulle attività di relazione e le performance percepite del soggetto, di diventare per l'assuntore una sorta di componente "psico-metabolica para-fisiologica" (quella che in altri termini viene definita come egosintonia) la cui presenza viene vissuta non più come intrusiva ma necessaria e stabile (al pari di una componente "self" della propria persona) per poter affrontare la vita di relazione, le prove e i problemi quotidiani;
- 7) la capacità di attivare ed incentivare nell'individuo predisposto o con particolari problemi un bisogno ed una conseguente ricerca di sostanze a maggiore azione psicoattiva e a più alto potenziale nocivo (biologico, psicologico e sociale);

Va ricordato che le sostanze di abuso vengono utilizzate in quanto i loro effetti vengono percepiti come soggettivamente graditi e/o funzionali alle proprie esigenze/aspettative psicologiche e neurobiologiche. Quando una sostanza d'abuso viene introdotta nell'organismo provoca uno stimolo che viene "magnificato" da una serie di effetti percepiti dal soggetto in vario modo ed in vario tempo. Solo sostanze in grado di dare effetti considerati positivi dal soggetto vengono normalmente abusate, quelle sostanze cioè in grado di creare principalmente un effetto primario gratificante di piacere euforico ma anche ansiolitico/inibente e/o di attivare stati emozionali di eccitazione o percettivi, graditi e per questo ricercati dal soggetto (effetti gratificanti secondari).

A questi effetti, si possono verosimilmente ascrivere anche quelli derivanti dai rituali di consumo, il senso di appartenenza al microgruppo e di trasgressione delle regole sociali, l'aumento della self-efficacy e della capacità relazionale.

Esistono poi una serie di sostanze a volte anche inerti o sgradevoli che pur non possedendo le caratteristiche sopradescritte vengono abusate da alcuni soggetti in quanto il loro uso o le modalità di assunzione sono funzionali alla soddisfazione di stati psicologici compulsivi/ossessivi patologici, spesso iscrivibili in ambito psichiatrico.

Detto questo si comprende come sia estremamente difficile definire quando una "droga" possa essere classificata come «leggera» o come «pesante» in assenza di criteri scientifici basati su univocità ed oggettività e non sulla personale opinione, soprattutto se si tiene conto di un altro concetto



fondamentale che di solito viene costantemente disatteso e cioè che la reazione acuta alle varie sostanze (anche per una singola assunzione) è estremamente variabile ed individuale, con reazioni molto spesso imprevedibili da soggetto a soggetto, che possono andare da una completa assenza di sintomi fino all'insorgere di patologie psichiatriche permanenti per l'utilizzo delle stesse sostanze e con uguali dosi.

Un altro concetto, anch'esso poco considerato nella stima della pericolosità delle sostanze d'abuso, è quello dell'esistenza in alcuni individui di fattori individuali predisponenti ed incentivanti il ricorso e l'utilizzo permanente di tali sostanze e una ricerca "al rialzo" di sostanze maggiormente psicoattive. Queste persone, per le loro caratteristiche psicologiche e neurobiologiche sono ritenute più vulnerabili verso l'instaurarsi di quegli stati di uso continuativo e successiva dipendenza patologica in grado di creare una grave alterazione permanente dello stato psicologico del soggetto e una conseguente compromissione delle capacità di sviluppare e mantenere uno status sociale e relazionale idoneo e dignitoso.

In altre parole, è verosimile pensare che non tutti gli adolescenti si presentino all'appuntamento con il primo spinello con lo stesso corredo neurobiologico, con le stesse condizioni sociali e familiari, con le stesse caratteristiche psicologiche e quindi con gli stessi fattori protettivi.

E' senz'altro vero che la maggior parte di persone che entrano in contatto con le sostanze stupefacenti, superata la fase di sperimentazione e curiosità, non sviluppano dipendenza, ma è altrettanto vero che dal 10% al 20% di queste persone sviluppano dipendenza con gravi rischi e danni.

Alcune considerazioni sull'uso di Ecstasy

Come riportato da L. Garau in Medicina delle Tossicodipendenze, la molecola della MDMA (metilendirossimetamfetamina), scoperta nel 1912 in Germania dai ricercatori della Merck e brevettata nel 1914 come anorexizzante, presenta nella struttura analogie con l'amfetamina e con la mescalina. La MDMA ha acquistato popolarità come «droga ricreativa» nel 1985 e si è diffusa con vari nomi: *Adam*, *Ecstasy*, *XTC*, *E*, *MDM*. La MDMA non è mai stata commercializzata dall'industria farmaceutica, ma, poiché la sua sintesi richiede minime conoscenze di chimica, è facilmente prodotta in laboratori clandestini con scarsa attenzione alla pulizia, effettuando le reazioni in comuni contenitori da cucina e utilizzando filtri da caffè per separare i prodotti.

L'assunzione di questa sostanza causa nell'uomo un aumento dell'attività fisica, del tono dell'umore e alterazioni della percezione sensoriale per 5-6 ore. Apparentemente l'*ecstasy* non sembrava avere conseguenze a lungo termine, ma in alcuni individui ha causato gravi reazioni acute, come ipertermia maligna, alterazioni della funzione cardiovascolare, difficoltà respiratoria, rhabdmiolisi e coagulazione intravascolare, talvolta con esito letale.

Il primo studio sull'attività farmacologica nell'uomo nel 1978 riportava che la MDMA provocava uno stato di coscienza alterato con ipertonìa emotiva e sensoria, che poteva essere utile in psicoterapia ma successivi studi hanno escluso questa presupposta utilità fin dai primi anni '70.

L'interesse scientifico e sociale per l'ecstasy diventa rilevante quando negli Stati Uniti la DEA (*Drug Enforcement Administration*) inserisce la MDMA nella tabella più restrittiva per le sostanze sottoposte a controllo legale. La DEA motiva questa sua decisione per l'assenza di una utilità terapeutica e medica documentabile, la diffusione dell'uso a scopo psicostimolante, il rischio di neurotossicità.

La tabella successiva riassume i principali effetti dell'MDMA.

Tabella 1: Effetti più frequentemente riportati per l'uso di MDMA (ecstasy)

SENSAZIONI SOGGETTIVE (definite tra osservatori e soggetti)		% su 20 sogg.
Alterazione nella percezione del tempo		90
Aumento della capacità di interazione con gli altri		85
Diminuzione delle difese		80
Diminuzione della paura		65
Diminuzione del senso di "distanza" dagli altri		60
Variazioni della percezione visiva		55
Aumento della coscienza delle emozioni		50
Diminuzione dell'aggressività		50
Modificazioni nell'espressione verbale		45
Consapevolezza di ricordi precedentemente inconsci		40
Diminuzione delle ossessioni		40
Variazioni cognitive		40
Diminuzione di inquietudini/agitazione		30
Diminuzione dell'impulsività		25
Diminuzione della compulsività		20
Diminuzione dell'ansia		15
Alterazione nella percezione di rapporti spaziali		15
Diminuzione del desiderio di dormire		10
Aumento della libido		1
EFFETTI PSICOLOGICI / COMPORTAMENTALI A BREVE TERMINE		% su 500 sogg.
Euforia		97
Aumento dell'energia		91
Risveglio sessuale		83
Paranoia		16
Depressione		12
EFFETTI PSICOLOGICI / COMPORTAMENTALI A LUNGO TERMINE		% su 500 sogg.
Depersonalizzazione		54
Insonnia		38
Depressione		38
Flashback		27
EFFETTI FISICI		% su 500 sogg.
Dilatazione della pupilla		8
Bruxismo		54
Lombaggine		32
Nausea		22



L'uso di droghe stimolanti da parte della popolazione giovanile è un problema attuale ed estremamente grave. Oltre all'eroina, che resta la droga «downers» (cioè con effetti inibenti) più pericolosa sia da un punto di vista tossicologico che sociale, negli ultimi anni si è assistito all'entrata massiccia sul mercato, di droghe «uppers» (cioè con effetti eccitanti) soprattutto a base amfetaminica ed allucinogena (Ecstasy e LSD).

Questo ha dato origine alla creazione di un pool di nuovi assuntori che presentano delle caratteristiche sociali e psicologiche, molto diverse dai tradizionali assuntori di eroina e cocaina presenti nel passato.

Questi nuovi assuntori arrivano molto sporadicamente a contatto con i servizi per le tossicodipendenze in quanto non ritengono di possedere le caratteristiche del «tossicodipendente», non hanno sviluppato cioè una consapevolezza del loro problema e sottostimano largamente i rischi e i danni derivanti dall'uso anche occasionale di tale sostanze.

Questi elementi ostacolano una conoscenza approfondita del problema e a tutt'oggi le reali dimensioni del fenomeno riguardante l'utilizzo di ecstasy e di altre droghe non oppiacee sfuggono ai tentativi di scientifici approcci epidemiologici mirati a quantificarne l'estensione.

Queste persone di solito sono molto giovani, disinibite, socialmente integrate e utilizzano le droghe soprattutto per aumentare le loro performance relazionali ed amplificare le stimolazioni sensoriali derivanti da attività quali l'ascolto della musica o il ballo.

L'assunzione è prevalentemente non continuativa, ma periodica e si colloca generalmente nel week-end.

La ricerca del così detto «sballo» viene perseguita da molti giovani che cercano di produrre un effetto di stimolazione dei centri cerebrali del piacere e di incrementare le loro capacità relazionali e di socializzazione superando così, mediante l'utilizzo di queste sostanze, le loro timidezze, i loro sensi di insicurezza, creando contemporaneamente una inibizione delle ansie e delle angosce esistenziali spesso presenti nel periodo adolescenziale.

Le sensazioni che questo tipo di droghe sono in grado di evocare sono senz'altro piacevoli e funzionali ad un aumento delle performance relazionali e della stima di sé, per la maggior parte dei giovani, e non bisogna quindi sottovalutare e misconoscere questo aspetto, che insieme al fatto dell'assenza di forte dipendenza fisica (e quindi di effetti particolarmente sgradevoli alla loro sospensione), rendono tali droghe facilmente appetibili.

I danni però che possono derivare dall'uso di tali sostanze sono altrettanto gravi e comportano conseguenze sia sul piano fisico che psicologico, soprattutto a carico del sistema nervoso centrale con lesioni irreparabili nell'animale e non ancora ben conosciute relativamente alla loro pericolosità nel lungo termine. Da non dimenticare inoltre le morti segnalate da tossicità acuta letale legata alla sindrome neuro- metabolica.

Molti altri gravi effetti sono stati osservati anche sulla personalità e sul comportamento con stati patologici che possono arrivare fino allo sviluppo di psicosi acute e di patologie psichiatriche permanenti.

Un recente studio di McCann et al. ha evidenziato che l'uso cronico dell'MDMA è associato ad un decremento dei neuroni serotoninergici cerebrali. Le conseguenze funzionali di tale danno neuronale non sono ancora state completamente chiarite, ma possono includere depressione, ansia, di-

sturbi della memoria e altri disordini psichiatrici legati al sistema serotoninergico.

La diminuzione del grado di attenzione e delle funzioni neuro cognitive principali, associate ad una falsa percezione di un aumento delle proprie capacità e performance (spesso amplificato dall'uso di alcool), sono inoltre alcune delle principali cause di incidenti stradali.

Un altro gravissimo pericolo, che è stato ormai ben documentato e studiato, consiste nella possibilità che chi utilizza ecstasy possa in seguito arrivare all'uso di eroina.

Molti assuntori di ecstasy infatti, hanno riferito che per riuscire a vincere lo stato di prolungata eccitazione derivante dalla sostanza, utilizzano come «controdroga sedativa» l'eroina proprio per il suo effetto inibente. L'ecstasy infatti può impedire loro di dormire e di poter riprendere, anche se con qualche difficoltà, le normali attività di studio o di lavoro il lunedì mattina.

La cosa che più colpisce negli assuntori di ecstasy è la disinformazione e l'ignoranza relativamente alla pericolosità ed alla tossicità della sostanza, che comporta come conseguenza immediata una disinvoltura nell'assunzione accompagnata ad una sotto valutazione del pericolo.

L'Ecstasy non viene considerata dagli assuntori una vera e propria droga in quanto molti di essi associano il concetto «droga» al concetto di dipendenza fisica che in questo caso è praticamente assente.

Molti giovani hanno riferito di aver assunto per la prima volta l'ecstasy in maniera estremamente «normale», per adattarsi cioè ad un comportamento rituale già diffuso e assunto dal gruppo dei pari. Alcuni hanno riferito di non aver provato preoccupazione per i danni relativi alla loro salute in quanto consideravano tale sostanza innocua, priva di qualsiasi effetto conseguente all'assunzione e non in grado di generare dipendenza.

Essi ritenevano esagerate le preoccupazioni dei medici ed erano più propensi a dare una lettura delle informazioni sanitarie come consigli connotati da valenze morali più che come indicazioni mirate a preservare la loro salute psicofisica.

Il bisogno di un'informazione corretta e completa era comunque la necessità che più prepotentemente emergeva.

L'informazione quindi rappresenta il primo passo di un più lungo cammino educativo che deve essere fatto, nel tentativo, non declinabile né delegabile, di porre i giovani in un contesto di civile e consapevole responsabilità al fine di tutelare la loro salute psicofisica mediante comportamenti auto determinati.

La storia e l'attualità della domanda di sostanze psicoattive dimostrano che l'appetizione iniziale ed il conseguente craving, individuale e collettivo, sono indiscriminati ed indifferenti al tipo di offerta. Semmai, vari indicatori testimoniano l'estensione trasversale della domanda e fasce di età non solo giovanili, a classi sociali e professioni di qualunque genere. Il fenomeno trova un humus favorevole nelle condizioni di vita individuale e collettiva, entrambe favorevoli al ricorso a sostanze psicostimolanti assumibili per via

Il cambiamento della domanda e la diffusione di nuove droghe



non endovenosa. La domanda si diffonde, è indiscriminata, ma l'estensione in atto si orienta verso sostanze di sintesi, in prevalenza analoghi degli amfetaminici.

Tra i pochi dati pubblicati in letteratura è significativo lo studio epidemiologico della American Medical Association (AMA) e della Medical Education Research and Information Division di Chicago, condotto mediante un questionario somministrato a: 2046 studenti, appartenenti all'ultimo anno del corso di laurea di Medicina di ventitré College statunitensi; 2 campioni di studenti, appartenenti alla *High School* e ad altri College universitari. La percentuale di riferito uso di amfetamine almeno una volta nella vita, è risultata più elevata (39.1%) nel gruppo della *High School* (equivalente alla nostra scuola media superiore), a dimostrazione dell'incremento di incidenza del consumo di amfetaminici nelle fasce più giovanili.

Altri dati, dimostrativi della crescita del fenomeno a livello europeo, si deducono dal monitoraggio dei casi di intossicazione da MDMA, condotto dal National Poisons Information Service dell'Università di Londra sui casi di intossicazioni cliniche e mortali afferite al St.. George's Hospital, con un aumento di circa il 300% dal '90 al '91.

Ulteriori indicazioni utili alla definizione della diffusione del fenomeno derivano dalle analisi antidoping effettuate presso 22 laboratori accreditati, facenti parte della rete internazionale dei laboratori del Comitato Olimpico Internazionale. Nella classifica delle molecole «proibite» riscontrate su campioni di urina di atleti, gli *stimolanti* (efedrina, pseudo-efedrina e amfetamina) si collocano al secondo posto (22.1%), dopo gli steroidi anabolizzanti (57.3%).

Purtroppo, la valutazione della diffusione del fenomeno a livello nazionale non trova riscontro oggettivo per l'assenza di studi epidemiologici.

Un apporto conoscitivo può essere fornito dalle casistiche del Servizio di Tossicologia Forense Antidoping (STF) dell'Istituto di Medicina Legale dell'Università di Padova, raccolte nell'ambito delle attività di controllo tossicologico-forense, clinico e chimico-tossicologico.

I dati raccolti dal STF, mediante accertamenti clinici e chimico-tossicologici su conducenti di veicoli del sabato sera, forniscono ulteriori indicazioni positive della diffusione del consumo di amfetaminici. I risultati degli accertamenti, effettuati nel periodo giugno-settembre 1994 su campione totale di 255 conducenti di autoveicoli, evidenziano che il 9% era affetto da intossicazione acuta di amfetaminici. La tipologia degli amfetaminici riscontrati ricomprende le sostanze MDA, MDMA, MDE, presenti da sole o in combinazione. Nella classifica di incidenza, le amfetamine sono risultate al terzo posto, dopo i cannabinoidi e la cocaina. Ad ulteriore conferma della prevalenza dell'offerta e del consumo di analoghi amfetaminici nei luoghi di aggregazione (in funzione delle proprietà empatogene di tali sostanze), i soggetti riscontrati in stato di intossicazione da amfetaminici provenivano da discoteche o da altri locali pubblici. Pur ammettendo che la bassa numerosità del campione non consenta estrapolazioni circa l'entità del fenomeno guida in stato di intossicazione da amfetaminici, la frequenza rilevata (9%) ben si correla con i dati relativi ai sequestri giudiziari, nazionali e locoprovinciali.

Altre indicazioni significate derivano dai dati risultati dalle analisi chimico-tossicologiche eseguite dal Laboratorio del STF su campioni biolo-

gici inviati da strutture socio-sanitarie (reparti ospedalieri, SERT) e dagli accertamenti tossicologico-forensi di revisione della patente di guida espletati dal STF su sospetti consumatori di sostanze psicoattive su richiesta delle Commissioni Medico-Legali.

La valutazione complessiva delle analisi chimico-tossicologiche e degli accertamenti tossicologico-forense, effettuati nell'arco degli anni '93 e '94, evidenzia un numero estremamente esiguo di riscontri positivi per amfetaminici. Tale quadro, apparentemente in contraddizione con gli altri rilievi epidemiologici, induce a ritenere che:

- i consumatori di amfetaminici sfuggono probabilmente dagli ordinari circuiti socio-sanitari (reparti ospedalieri, SerT), nei quali affluiscono prevalentemente soggetti affetti da eroinodipendenza;

- il processo di revisione della patente di guida (scaturito dai controlli di P.G. su strada e dalle segnalazioni dell'Autorità Giudiziaria alle Prefetture (ex art. 125 del D.P.R. 309/90) colpisce quasi esclusivamente i consumatori di eroina e cannabis indica.

Amfetaminici e morte

La morte correlata all'abuso di sostanze psicoattive è un fenomeno complesso alla cui causa concorrono molteplici ed eterogenee concause patologiche. Secondo Janssen tali fattori si concretizzano nell'overdose accidentale o intenzionale, nell'abuso di droghe a lungo termine, nel suicidio droga-correlato, negli incidenti letali influenzati dall'uso di droghe.

In accordo alla suddetta concezione, l'esame dei casi segnalati di morte correlata a consumo di amfetaminici rivela una gamma eterogenea di fattori causali e concausali. La valutazione della casistica riportata in letteratura consente di pervenire alle deduzioni generali di seguito esposte:

1. Esiste una intossicazione acuta da amfetaminici, una cosiddetta «overdose», caratterizzata clinicamente da un quadro di insufficienza cardiocircolatoria acuta ed irreversibile che porta a rapido decesso.
2. Le analisi chimico-tossicologiche effettuate sui campioni biologici prelevati post-mortem nei casi di intossicazione acuta evidenziano concentrazioni variabili di amfetaminici, i quali inducono ad ammettere l'ipotesi di un meccanismo di idiosincrasia nei casi di bassi dosaggi.
3. La morte può realizzarsi mediante un meccanismo di concausa tossicologica indiretta, tramite la produzione dell'ipertermia maligna e delle sue correlate complicanze (rabdomiolisi, insufficienza renale) oppure a seguito di comportamenti spericolati dai quali può derivare la morte per causa violenta (incidenti stradali, elettrocuzione, precipitazione).
4. Nel determinismo delle patologie (quale, ad esempio, l'ipertemia maligna) assumono una importante rilevanza condizioni relative alle circostanze del consumo. In particolare, l'aumento della attività fisica (es. ballo) e la permanenza in ambienti surriscaldati (es. discoteche) che agiscono concausalmente con gli effetti farmacotossicodinamici (disidratazione da sudorazione profusa e diminuito apporto di liquidi per diminuzione del senso della sete) nel determinare la sregolazione (forse anche per tossicità diretta) del centro termoregolatore.
5. Patologie preesistenti, manifeste o silenti, come le miocardiopatie, le coronaropatie, le aritmie funzionali e l'asma, tutte caratterizzate da un de-



ficat basale dell'ossigenazione del muscolo cardiaco, sono slantetizzabili dagli amfetaminici mediante l'attivazione di un effetto cardiossico aritmogeno.

6. Recentemente è stata segnalata sulla letteratura scientifica internazionale un'interazione fatale tra il ritonavir (farmaco antiretrovirale appartenente alla classe degli inibitori delle proteasi utilizzato per l'infezione da HIV) e MDMA; da tale descrizione emerge la pericolosità dell'uso di MDMA o di altre droghe illecite con farmaci che possono aumentarne le concentrazioni plasmatiche fino a livelli letali.

Amfetaminici e disabilità

Il ruolo svolto dalle amfetamine e dai relativi analoghi sulla performance psicomotoria correlata alla abilità alla guida e al lavoro è desumibile, come per ogni altro xenobiotico, da indagini epidemiologiche e da studi sperimentali di interazione uomo-macchina.

Gli studi epidemiologici in tema di amfetaminici e incidenti stradali forniscono esclusivamente dati aggregati che non consentono di separare i rilievi relativi alle singole sostanze amfetaminiche.

In generale, la frequenza con la quale tali sostanze sono riportate nei singoli studi presenta grande variabilità, in gran parte dipendente dalle differenti tipologie di consumo sussistenti tra aree geografiche diverse.

Come per ogni altra sostanza psicoattiva, il riscontro positivo di amfetamine nei liquidi biologici di conducenti coinvolti in incidenti stradali è ritenuto non causale tra assunzione della sostanza ed accadimento del sinistro stradale.

Gli studi epidemiologici concernenti gli infortuni sul lavoro risultano ancora piuttosto rari a causa di condizionamenti politico-sindacali che ostacolano a tutt'oggi la definizione di strumenti normativi volti a regolamentare l'effettuazione di indagini tossicologiche, hanno dimostrato la presenza di svariate sostanze psicoattive (tra le quali anche le amfetamine) nei liquidi biologici prelevati da cadaveri deceduti per infortuni sul lavoro. Tuttavia, la carenza in tali studi di una curata valutazione statistica non consente di estrapolare dati sull'eventuale ruolo svolto dagli amfetaminici nel determinismo degli infortuni stessi.

Gli studi sperimentali di interazione uomo-macchina volti ad indagare gli effetti sulla performance psicomotoria hanno esclusivamente riguardato le amfetamine e le molecole correlate che trovano impiego terapeutico. Non esistono a tutt'oggi studi sperimentali sulle alterazioni psicomotorie prodotte da MDA o MDMA.

In merito agli effetti sulla performance psicomotoria prodotti da basse dosi di amfetamine, sono riportate le seguenti evidenze sperimentali:

- 1) aumento dell'arousal cerebrale, valutato mediante test quali il CFF (Critical Flicker Fusion);
- 2) diminuzione dei tempi di reazione a stimoli semplici o complessi.

Tali osservazioni indicano che gli effetti delle amfetamine sulla performance psicomotoria sono sovrapponibili a quelli prodotti da altre sostanze ad azione psicostimolante. Il miglioramento delle prove di performance psi-

comotoria risultante dagli studi sperimentali è in apparente contrasto con la frequenza di rilievo degli amfetaminici nei soggetti deceduti o feriti in incidenti stradali. E' pertanto probabile che il miglioramento della performance psicofisica si associ ad una compromissione della capacità di valutare in maniera appropriata il rischio correlato a determinati comportamenti (risk-taking). Ciò implica che gli assuntori di amfetamine non sono in grado di valutare la pericolosità di talune situazioni e, soprattutto, sopravvalutano le proprie possibilità di reazione a condizioni di pericolo. Trattasi di stati psicodinamici non adeguatamente esplorabili in condizioni sperimentali (quali ad esempio i test di guida reale o simulata) capaci, per definizione, di condizionare il comportamento del soggetto testato.

Cannabis: una droga cosiddetta "leggera"

Riportiamo di seguito una rassegna sintetica dei principali studi sugli effetti della cannabis sui quali riteniamo vi sia una scarsissima conoscenza nonostante il largo uso.

A questo proposito Brouwer W. del CAD (Drugteam Amsterdam Holland) durante la relazione «L'uso di Cannabis in Olanda» al Congresso Nazionale SITD di Padova nel mese di settembre 1996 ha riportato alcuni dati rispetto alla legalizzazione della cannabis in Olanda evidenziando come circa il 4.5% degli olandesi usa regolarmente cannabis (circa 700.000 persone). Tra i giovani sotto i 24 anni tale uso è presente nel 50%, nel 4% con frequenza giornaliera. Si valuta che circa 25.000 persone sviluppino problemi legati all'uso di cannabis, in particolare come disadattamento sociale, abbandono scolastico, disturbi psichici e della memoria, isolamento sociale ed affettivo. Una quota rilevante si rivolge in seguito a questi problemi ai centri di disintossicazione e supporto.

Principali caratteristiche della sostanza

Le preparazioni di cannabis derivano dalla pianta *Cannabis sativa*. Il costituente psicoattivo primario è il d-9-tetraidrocannabinolo (THC).

Guelfi GP in «Aspetti clinici dell'abuso di cannabis» riporta che le forme tradizionali in cui la sostanza viene consumata sono: Marijuana (infiorescenze, foglie seccate), in cui la percentuale del THC può variare tra lo 0.5% e il 5% nelle varietà senza semi e tra il 7% e il 14% nelle varietà con semi, detta «sinsemilla», mentre concentrazioni anche maggiori sono riferite per la marijuana Netherwood; Hashish (resina di cannabis e fiori pressati) con concentrazioni di THC variabili dal 2% al 20%;

Olio di hashish (un estratto di THC ottenuto usando solventi organici), con concentrazioni dal 15% al 50%.

Il tipico "joint" contiene da 0,5 a 1,0 g di cannabis, di cui solo una parte viene inalata, essendo il resto disperso; il contenuto di THC varia tra il 20% e il 70%; la biodisponibilità del THC ammonta al 5-24%. La quantità di THC che entra in circolo con uno «spinello» non è facile da quantificare, poiché dipende da numerose variabili, prima fra tutte la concentrazione di THC nel preparato effettivamente usato.

Per chi fa uso occasionale, 2-3 mg di THC effettivamente assorbiti sono sufficienti a provocare l'effetto voluto, mentre fumatori più sperimentati o



«pesanti» sono abituati a dosi assai maggiori, perché diventano tolleranti (cinque o più joints al giorno).

I cannabinoidi agiscono su un recettore cellulare specifico che è largamente distribuito a livello delle varie regioni cerebrali interessate rispettivamente nella capacità di comprendere, nella memoria, nella percezione del dolore e nella coordinazione motoria.

Il THC in parte viene distribuito non modificato nei tessuti adiposi. A seguito di assunzione abituale, la quota di THC accumulata nei tessuti lipidici aumenta; di conseguenza la sostanza viene rilevata nei liquidi organici per giorni ed anche per diverse settimane (28-45 giorni). La lunga persistenza e il lento release del THC hanno implicazioni ancora non chiare: possono essere alla base del verificarsi di fenomeni dispercettivi anche a distanza dall'ultima assunzione; possono essere uno dei motivi per cui i sintomi fisici di astinenza dall'hashish/marijuana sono così attenuati rispetto a quelli derivanti da altre sostanze.

Patterns dell'uso della cannabis

La cannabis è stata utilizzata da molti giovani-adulti europei e dalla maggior parte dei giovani-adulti negli USA e in Australia.

In questi ultimi due Paesi, circa il 10% dei soggetti sono consumatori quotidiani e un altro 20%-30% usano la droga almeno una volta la settimana.

L'uso "pesante" della cannabis viene definito come l'uso quotidiano o quasi giornaliero della droga. Questo uso espone i consumatori al grande rischio di effetti collaterali avversi sanitari e psicosociali. I consumatori "quotidiani" di cannabis sono i più frequenti consumatori di amfetamine, allucinogeni, psicostimolanti, sedativi e oppioidi, sono generalmente maschi, con un minor grado di istruzione e fanno uso abituale di alcool e tabacco.

Effetti dell'uso della cannabis

Secondo Hall e Solowij, autori della più recente monografia sugli effetti dell'uso di cannabis, le conseguenze acute e croniche dell'uso della cannabis, possono essere riassunte nel modo seguente:

Effetti acuti

I principali effetti acuti sono ansia, disforia, panico e paranoia, specialmente in "fumatori" non sperimentati o in soggetti che ricevono THC a fini terapeutici. Anche "fumatori" esperti possono subire fenomeni del genere dopo ingestione *orale* di preparati di cannabis.

Distorsione e intensificazione delle esperienze sensoriali come mangiare, guardare dei films e ascoltare musica.

Compromissione cognitiva, soprattutto a carico della memoria e dell'attenzione. La memoria a breve termine è compromessa e le associazioni mentali sono allentate. Questo distacco dalla realtà contingente è la base dello sviluppo di piacevoli vissuti fantastici mentre rende difficile sostenere una attività psichica finalizzata.

La tossicità acuta dei cannabinoidi è molto bassa, non esistono segnalazioni nel mondo di decessi causati dall'intossicazione acuta con cannabis.

Disturbi psichici acuti

Millman RB, Bordwine Beeder A in Cannabis; Textbook of substance abuse treatment. The American Psychiatric Press 1994 riporta una serie d'informazioni sugli effetti della Cannabis sulle reazioni psichiche affermando che esse sono variabili e dipendono dal dosaggio assunto, dalla via di somministrazione, dalla personalità dell'individuo, dalle precedenti esperienze con la droga, dalle attese personali, dal contesto sociale nel quale la droga è assunta.

I principali sintomi possono essere così riassunti: la percezione dei colori, dei sapori, dei suoni è generalmente alterata; fluire delle idee disconnesso; loquacità o, al contrario, mutismo; percezione alterata del fluire del tempo e dei problemi che possono apparire quasi opprimenti.

Vi sono inoltre: repentini e forti cambiamenti d'umore; leggera euforia accompagnata talvolta anche da ansia e depressione di varia intensità, che va dal leggero sconforto alla vera e propria isteria; disturbi psicotici, in genere manie di persecuzione, cui si associano ansia, instabilità emotiva, depersonalizzazione, amnesia, allucinazioni; delirio che si manifesta in confusione, pensiero lento, allucinazioni visive ed uditive, paranoia, comportamento violento e bizzarro, eloquio disconnesso, squilibrio motorio; flashback, ossia ricorrenza di sensazioni e percezioni transitorie sperimentate sotto l'effetto della cannabis, che si traduce in distorsione visiva e depersonalizzazione.

Disturbi cognitivi acuti

Lumdvist T. (Dipartimento di Psichiatria e Neurochimica Lund Svezia) relazionando sulle disfunzioni cognitive in consumatori di cannabis. (Congresso Nazionale SITD Padova settembre 1996) riportava osservazioni svolte su soggetti che hanno usato cannabis per periodi variabili da sei mesi a venticinque anni, indagando l'effetto di tale uso su numerose funzioni cognitive.

E' infatti nozione comune che l'uso di cannabis provochi problemi nella concentrazione, memoria, apprendimento, ma tali problemi non sono mai stati studiati in maniera sistematica.

L'autore rileva che tutti i soggetti testati presentavano deficit cognitivi, in particolare essi :

- hanno problemi nel trovare le esatte parole per esprimere il proprio pensiero;
- non riescono ad interessarsi a comuni attività ricreative e culturali;
- hanno sensazione di noia e solitudine;
- sono comunque convinti di stare perfettamente bene;
- hanno problemi nell'esaminare criticamente il proprio comportamento;
- hanno disturbi della concentrazione e dell'attenzione;



- presentano rigidità nell'ideazione e nelle opinioni;
- non sono in grado di pianificare la giornata.

Risulta allentato anche «il senso di coerenza», cioè la percezione soggettiva di controllare la propria vita e programmare il proprio futuro.

Questi deficit si attenuano e scompaiono dopo circa 60 giorni d'astinenza dai cannabinoidi.

L'autore conclude ipotizzando che questi deficit cognitivi, che spesso non sono rilevati nella comune pratica terapeutica, siano alla base d'alcuni problemi dei consumatori di cannabis, sia in corso di trattamento (ad. es. l'incapacità ad elaborare una valida motivazione, o comunque a chiedere aiuto), sia ancor più nella vita di tutti i giorni.

Questi rilievi sono in contrasto con la diffusa opinione che l'uso di cannabis favorisca la socializzazione.

Effetti psicomotori e guida d'autoveicoli

La cannabis produce una compromissione delle funzioni psicomotorie, con aumento del rischio d'incidenti stradali se una persona intossicata guida un autoveicolo. La cannabis produce effetti sul controllo muscolare, sul tempo di reazione e sulla capacità di portare a termine compiti semplici e complessi. Le conseguenze di tali fatti si risentono alla guida simulata e reale. Vi sono convincenti dimostrazioni, derivanti da indagini sul livello plasmatico di THC in vittime d'incidenti, che guidare in stato d'intossicazione da cannabis è la causa di un aumento del rischio d'incidenti stradali. In questo può intuitivamente giocare un ruolo anche la «disinibizione», che comporta un'eccessiva disinvoltura nella guida e sottovalutazione dei rischi. Spesso vi è un uso concomitante di cannabis e alcol con un effetto chiaramente additivo di una sostanza sull'altra e una maggior alterazione delle capacità di guida.

Effetti cronici

Effetti cellulari e sul sistema immunitario

Il fumo della cannabis può essere carcinogeno; è mutageno in vivo e in vitro. I cannabinoidi compromettono negli animali da laboratorio la risposta immunitaria cellulo-mediata e umorale riducendo la resistenza alle infezioni. Non sono però ancora stati confermati questi studi sull'uomo e non è pertanto possibile affermare che l'uso della cannabis induca una compromissione delle funzioni immunitarie nell'uomo. In soggetti omosessuali con infezione da HIV, l'uso della cannabis non è stato associato ad un aumento nel rischio di progressione all'AIDS.

Respiratori

Il consumo cronico di cannabis è associato ad un incremento dei sin-

tomi della bronchite cronica, come la tosse e la produzione dell'escreato. Vi è inoltre un effetto additivo tra la cannabis e il fumo di sigaretta nell'insorgenza di modificazioni istopatologiche nel tessuto polmonare che possono estrinsecarsi come lesioni precancerose.

E' stato osservato anche un rischio aumentato di tumori maligni delle alte vie respiratorie e digestive (cavo orale, faringe, esofago).

Riproduttivi

L'uso della cannabis negli animali provoca la riduzione della secrezione di testosterone, la compromissione della secrezione spermatica e alcune anomalie del ciclo ovulatorio.

Vi è inoltre un aumento nel rischio di minor peso alla nascita quando la gestante ha fumato cannabinoidi in gravidanza e nel rischio di leucemia, rabdomiosarcoma e astrocitoma nei bambini esposti alla cannabis nella vita intrauterina.

Non è certo che la cannabis possa indurre dei difetti congeniti nel neonato se usata durante la gravidanza.

Esiste un'evidenza suggestiva che i bambini esposti durante la vita intrauterina alla cannabis abbiano degli effetti avversi comportamentali e di sviluppo nei primi mesi dopo la nascita. Tra i quattro e i nove anni i ragazzi con esposizione uterina hanno deficit dell'attenzione, della memoria e delle funzioni cognitive superiori. Il significato clinico di tali deficit rimane poco chiaro perché non sono stati comparati con l'uso materno del tabacco.

Effetti comportamentali nell'adolescenza

E' stato più volte evidenziato il rischio particolare che l'uso di cannabinoidi comporta per taluni particolari gruppi, primi fra tutti gli adolescenti, sotto una serie di punti di vista: alterazione e rallentamento dello sviluppo psichico, compromissione della motivazione, facilitazione del passaggio all'uso d'altre droghe, declino delle capacità lavorative (particolarmente delle capacità di svolgere funzioni fini) e del rendimento scolastico.

Secondo Baumrind e Moselle «l'uso prolungato di marijuana in giovani adolescenti intensifica e consolida il disturbo motivazionale» quando questo preesiste. Il fumo abituale di hashish/marijuana induce più bassi livelli d'adattamento in quei soggetti che in partenza hanno più problemi e meno risorse.

Quanto al passaggio dall'uso di cannabinoidi a quello di droghe più pesanti, come l'eroina, la controversia è ancora più grande, ma i dati in favore di un'associazione tra uso di cannabis e futuro uso d'eroina sono assai convincenti.

Gran parte delle casistiche di consumatori d'eroina presentano alte quote di soggetti che hanno fumato cannabis in precedenza. Inoltre, studi tendenti ad esaminare popolazioni di fumatori di cannabinoidi, concluso ad evidenziare la quota percentuale che ha provato in seguito eroina, dimostrano che la probabilità di usare tale oppiaceo cresce con il crescere della frequenza del fumo di cannabis. Da uno studio di O'Donnell e Clayton, più



esattamente, si ricava che tra coloro che non hanno mai usato marijuana, solo l'1 per mille ha usato eroina; tra coloro che hanno usato marijuana da 1 a 9 volte nella vita, l'uso di eroina è risultato 10 volte più elevato, ossia pari all'1.%; quando l'uso di marijuana sale a 10 - 99 volte nella vita, l'uso di eroina sale al 3.7%; coloro che hanno usato marijuana da 100 a 999 volte nella vita, hanno usato eroina in ragione del 12.4%; infine, i più forti fumatori di cannabis, cioè coloro che hanno usato marijuana 1000 o più volte, hanno usato eroina nella misura del 33.2%. Questi dati mostrano con evidenza che *il numero di consumatori di eroina in una popolazione di consumatori di marijuana, cresce con il crescere della frequenza dell'uso di quest'ultima*: più si «fuma» più si rischia di usare eroina, e tra i forti fumatori di cannabis, 1 su 3 prova l'eroina.

Anche altri studi su grandi campioni in Italia e in America pongono intorno ad un 30% la quota stimata di fumatori abituali di cannabis che entrano in contatto con l'eroina. Il che non significa che tutti diventeranno tossicodipendenti da oppiacei, ma che si espongono al rischio di diventarlo compiendo un altro passo su quella via.

Se non si può affermare che l'uso di cannabis è la *causa* dell'uso d'eroina, si deve sostenere che l'uso di cannabis è *un fattore di rischio serio* rispetto a tale uso.

Sindrome da dipendenza

Gli animali sviluppano tolleranza agli effetti di ripetute dosi di THC, e alcuni studi evidenziano che i cannabinoidi colpiscono gli stessi sistemi cerebrali di gratificazione che sussistono per l'alcol, la cocaina e gli oppioidi.

Si può sviluppare una sindrome da dipendenza da cannabis, caratterizzata dall'incapacità di smettere o di tenere sotto controllo l'abitudine all'uso nonostante la consapevolezza d'effetti negativi derivanti da essa e il desiderio di smettere. La sindrome da dipendenza è analoga a quella per l'alcol. Negli USA tale forma di dipendenza è la più comune forma di dipendenza da droghe-illecite nella popolazione. Si stima che il rischio di sviluppare una dipendenza da cannabis riguardi 1 su 10 tra coloro che fumano sporadicamente, 1 su 3 tra coloro che fumano quotidianamente. Questo rischio è pressoché sovrapponibile a quello dell'alcol (15%) piuttosto che agli oppioidi (23%) e alla nicotina (32%) dove è più elevato.

Effetti cognitivi

L'uso cronico di cannabis non produce le alterazioni severe e molto debilitanti che si osservano con l'uso cronico pesante dell'alcol come la grave compromissione della memoria, dell'attenzione e delle funzioni cognitive.

Esistono forme subdole di compromissione cognitiva (memoria e attenzione) che persistono finché dura lo stato d'intossicazione cronica. L'uso a lungo termine di cannabinoidi può risolversi in una compromissione dell'organizzazione e dell'integrazione d'informazioni complesse, e quindi influenzare il funzionamento nella vita quotidiana. Non è chiaro se tali compromissioni persistano dopo la sospensione dell'uso della cannabis.

Psicosi

Larghe dosi di THC producono: confusione, amnesia, delusioni, allucinazioni, ansia e agitazione. Tali alterazioni sono rare e occorrono soprattutto con l'uso pesante di cannabis; nella maggior parte dei casi regrediscono rapidamente dopo l'astinenza dalla cannabis.

Persone con malattie preesistenti sono a rischio di esacerbare o precipitare episodi delle loro patologie di base. Esiste un'associazione tra uso della cannabis e sviluppo di schizofrenia o disturbi psicotici maggiori.

Tra questi si annoverano le persone con affezioni psichiatriche quali disturbi schizofrenici o psicosi correlate a tale disturbo sono da considerare a rischio, perché l'uso di una droga psicogena come la cannabis ha l'effetto di esacerbare i disturbi psicotici (deliri, allucinazioni, sintomi di derealizzazione e depersonalizzazione) nei soggetti schizofrenici. In casi di vulnerabilità, nei quali ancora la patologia latente non si è espressa apertamente, l'uso di cannabis può scatenare un disturbo fino allora sopito o controllato. Quando un soggetto con disturbi di tipo schizofrenico assume cannabinoidi, si usano i farmaci antipsicotici a dosaggi più elevati per controllare i sintomi.

Mortalità precoce

Due studi epidemiologici prospettici sulla mortalità correlata all'uso della cannabis sono stati effettuati in Svezia e negli USA.

Lo studio svedese ha evidenziato una maggiore mortalità precoce tra i soggetti militari coscritti che hanno fumato la cannabis per più di 50 volte dall'età di 18 anni. Le cause principali di morte erano violente e accidentali.

Lo studio americano ha evidenziato, invece, un piccolo incremento del rischio relativo di morte precoce nei consumatori regolari di cannabis.

**Tabella 2: Sintesi degli effetti della cannabis****Effetti acuti:**

- Ansia e panico, soprattutto nei nuovi consumatori.
- Difficoltà nell'attenzione, compromissione della memoria e delle capacità psicomotorie durante l'uso.
- Un aumento nel rischio di incidente, se una persona guida un veicolo a motore mentre intossicata con la cannabis, specialmente se la cannabis è stata assunta insieme all'alcol.
- Aumentato rischio di sintomi psicotici tra coloro che sono vulnerabili a causa di una storia familiare o personale di psicosi.

Effetti cronici:

- Bronchiti croniche e modificazioni istopatologiche che possono diventare lesioni precancerose.
- Una sindrome da dipendenza da cannabis caratterizzata da una incapacità di astenersi o di controllare l'uso della cannabis.
- Un compromissione della memoria e dell'attenzione che persiste durante l'intossicazione cronica e che può e non può essere reversibile dopo una astinenza prolungata.

Possibili effetti avversi:

- Aumento del rischio di cancro della cavità orale, del faringe e dell'esofago; leucemia tra i bambini esposti alla cannabis durante la gravidanza.
- Riduzione dell'attenzione negli adolescenti con conseguenti problemi di apprendimento e riduzione delle capacità cognitive nel compiere lavori che richiedono elevata abilità negli adulti.

Gruppi a maggior rischio:

- Adolescenti con una storia di scarso rendimento scolastico sono a maggior rischio di usare altre droghe illecite e di diventare dipendenti dalla cannabis.
- Donne che usano la cannabis in gravidanza possono partorire neonati con basso peso alla nascita.
- Persone con asma, bronchite, enfisema, schizofrenia e abuso di alcol o di altre droghe, che possono peggiorare il loro stato di salute con l'uso della cannabis.

Principali problemi legati alla legalizzazione

Le presupposte ripercussioni e conseguenze della legalizzazione sul mercato illecito e sulla destrutturazione delle organizzazioni della malavita sono da considerare con molta attenzione nella loro reale efficacia, al di là delle considerazioni etiche, e andrebbero affrontati contemporaneamente una serie di problemi sociosanitari conseguenti a tale scelta che dovrebbero trovare una contestuale soluzione.

I principali problemi potrebbero essere così riassunti:

- 1) Incompatibilità con l'art.32 della Costituzione che vede lo Stato artefice e deputato alla promozione e prevenzione della salute dei cittadini. Non vi è dubbio che prendendo una posizione del genere si aumenta la possibilità d'accesso a tali sostanze d'abuso.
Rendere più disponibili e liberalizzare l'uso di sostanze tossico-nocive equivarrebbe, in termini sanitari, per esempio, a liberalizzare l'attuale uso illecito nei processi produttivi delle fabbriche, di prodotti nocivi per la salute psicofisica dei lavoratori. Tutto questo al fine di abbattere il mercato clandestino di queste sostanze mediante la liberalizzazione del loro uso e lasciando alla responsabilità e alla scelta di ciascun lavoratore o datore di lavoro la scelta del loro impiego.
- 2) Quali droghe ed in base a quale criterio le droghe possono essere considerate "oggetto di legalizzazione". In altre parole è possibile fare una classifica delle potenzialità patogenetiche (biologiche, psicologiche e sociali) sulla base delle caratteristiche farmacocinetiche, farmacodinamiche dei possibili pattern d'abuso e delle conseguenze socio-sanitarie per ogni singolo individuo? E quale sarebbe il Cutt-Off sul quale definire la pericolosità della sostanza e vietarne o permetterne l'uso?
Tutto questo tenendo conto della estrema variabilità individuale di risposta e d'interferenza psicologico-sociale che queste sostanze possono dare.
- 3) Quali sarebbero le ripercussioni sulla normativa delle "abilitazioni sociali" quali la patente di guida, il porto d'arma, l'idoneità al lavoro etc.? La persona che in base ad una legge dello Stato potrebbe fare uso di droghe (anche saltuariamente), può essere dichiarata idonea per le succitate abilitazioni, e se la risposta fosse no, con quali discriminanti e con quali forme di tutela?
- 4) Che forma di tutela socio-sanitaria sarebbe messa in atto per la salute psico-fisica di quei giovani che per cause sociali, difficoltà psicologiche proprie e/o predisposizione neurobiologica, sono più a rischio di abusare di queste sostanze e sviluppare in tal modo una vera e propria tossicodipendenza, soprattutto nel momento in cui aumenta la disponibilità e l'accesso?
La correlazione infatti tra Disturbo della Condotta in giovane età, Disturbo Antisociale di Personalità (secondo DSM IV) come importanti fattori predisponenti ad un uso successivo di droghe è ormai ben documentato. Crowley T.J. in un'interessante rassegna ha evidenziato come queste situazioni predisponenti all'uso di droghe siano presenti nel 3-5% della popolazione giovanile ma che vi sono molti altri fattori di rischio che verosimilmente possono far arrivare la prevalenza di tale gruppo di rischio nella fascia adolescenziale fino al 10%. Gli studi hanno dimostrato che proprio questa fascia d'individui sono ad altissimo rischio di sviluppare dipendenza da sostanze d'abuso in adolescenza.
- 5) Nel momento in cui si liberalizza con apposita legge dello Stato l'uso di



sostanze psicoattive in grado di alterare la naturale capacità di giudizio, di intendere e di volere, le funzioni neurocognitive e le performance di un individuo (- temporaneamente o cronicamente in base al pattern d'abuso e alle necessità derivanti dall'utilizzo di queste sostanze, - gravemente o lievemente in base alle caratteristiche farmacodinamiche e alla variabilità di risposta del soggetto), come definire la «capacità giuridica» dell'utilizzatore di sostanze psico-attive "legittime" nel caso in cui debba rispondere delle proprie azioni, debba esercitare i suoi diritti od adempiere ai suoi doveri sotto l'effetto di tali sostanze o di stati d'astinenza od overdose ad esse correlati?

E' possibile legalmente legittimare contemporaneamente l'uso di tali sostanze e le loro conseguenze comportamentali, accettando in modo implicito che le conseguenze legate al comportamento derivante dall'uso siano, anche in qualche modo, "giustificate e tollerate"?

- 6) Come potrebbe il medico (incaricato di promuovere e proteggere la salute dei propri assistiti) superare la confusiva contraddizione che in termini comunicativi si potrebbe generare nei pazienti, nel momento in cui lo Stato legittimasse l'uso di sostanze dannose per la salute?

Questi sono i principali dubbi che, a nostro avviso, dovrebbero trovare una soluzione prima di esperire la via della legalizzazione ed addirittura della liberalizzazione che ripetiamo essere un'azione socio-politica che dovrà tenere conto anche delle conseguenze sanitarie in senso lato, che essa comporta.

Il ruolo dell'operatore socio-sanitario: tra scienza e coscienza

Alla luce di quanto sopra esposto, per quanto riguarda la prevenzione primaria e l'atteggiamento generale nei confronti delle droghe («leggere o pesanti» che siano - alcool e tabacco compresi), delle informazioni e degli interventi di prevenzione che necessariamente devono essere posti in opera, risulta indispensabile chiarire e recuperare il ruolo fondamentale della prevenzione degli operatori delle istituzioni pubbliche che, a vario livello, intervengono su questo problema.

A questo punto pensiamo sia indispensabile distinguere e definire il ruolo dello Stato e quello dell'operatore di Sanità pubblica e nello specifico del medico. Il primo ha il dovere di mettere in atto politiche e programmi di tutela socio-sanitaria della comunità che passano necessariamente anche attraverso atti di controllo e repressione, oltre che fissare in provvedimenti legislativi consuetudini e modelli culturali e sociali tutelanti l'integrità della società stessa.

Il secondo invece non deve utilizzare metodi coercitivi, o addirittura repressivi ma eminentemente pedagogici-educativi tendenti alla consapevolezza responsabile e partecipe del proprio assistito relativamente alla necessità ed opportunità di assumere determinati comportamenti utili alla conservazione ed alla promozione del proprio stato di salute.

Tutto questo all'interno di un contesto di collaborazione fiduciaria che potremmo definire con un termine più forte "alleanza terapeutica".

E' indispensabile assumere un atteggiamento libero e svincolato da po-

sizioni preconcepite e superficiali nei confronti della loro pericolosità, riconoscendo sempre (ed esplicitando alla potenziale utenza) quello che la ricerca scientifica nelle varie discipline ha ormai più volte sottolineato è cioè la nocività e la pericolosità sempre presente delle varie sostanze d'abuso su tutti e tre i livelli di potenziale danno: biologico, psicologico e sociale.

Riteniamo che si debbano superare quindi le logiche di «proibizione contro anti proibizione», «droghe leggere contro droghe pesanti», «tolleranza maggiore verso le droghe a ridotto danno biologico ecc. ».

L'operatore Socio-Sanitario Pubblico deve ricordare infatti che la sua prima funzione e quindi il suo preciso mandato istituzionale, è quello di promuovere e proteggere e promuovere la salute dei cittadini, al di sopra delle logiche politiche, ideologiche o confessionali, secondo quanto previsto sia dalla Costituzione Italiana sia dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

In altre parole deve operare in scienza e coscienza per il bene del suo assistito.

Risulta chiaro a questo proposito che il ruolo o le funzioni degli operatori delle tossicodipendenze, dovranno essere coerenti con questi inderogabili principi di base e con il mandato a loro dato dallo Stato per il ruolo che esercitano, e cioè di promozione e tutela della salute dei loro assistiti ricordando sempre e comunque che la lotta è contro la tossicodipendenza e non contro il tossicodipendente.

In particolare il medico non può sottrarsi da queste responsabilità in quanto «operatore di sanità pubblica» a cui lo Stato ha delegato la tutela, la promozione e la protezione della salute dei cittadini. Il medico in primo luogo, è chiamato quindi a promuovere un'azione di responsabilizzazione dei potenziali utilizzatori di sostanze attraverso metodi d'informazione partecipata non basati sulla semplice quanto riduttiva «proibizione non motivata» né per contro sulla «liberalizzazione incosciente», ma sullo stimolare e dare elementi al fine di arrivare ad una consapevole acquisizione di comportamenti preventivi che vedano come obiettivo principale e non mediabile il fornire informazioni chiare e precise sulla necessità ed opportunità di non utilizzare sostanze d'abuso.

L'informazione al paziente però, onde evitare reazioni contrapposte all'obiettivo di prevenzione che si vuole ottenere, va svuotata da ogni contesto moralistico e ricondotta nell'ambito socio-sanitario.

Conclusioni

Sicuramente nei secoli scorsi le droghe hanno fatto parte della cultura e della storia di molti popoli soprattutto utilizzate per rituali religiosi ma questo non può essere ad oggi utilizzato come giustificazione o parallelismo per giustificare scelte di liberalizzazione. Mai come in questo periodo infatti, le droghe sono entrate in un vero e proprio mercato che ben poco ha a che fare con spinte mistiche, libertà intellettuali o modelli etnico-culturali se non quelle del profitto ad ogni costo. Di là dalla valenza sociale e culturale che può assumere il concetto di accettare come regola comunitaria la possibilità "legalizzata" di stimolare il proprio cervello al solo scopo voluttuario con sostanze psicoattive tossiche (ed in grado di creare danni psicologici e nella vita di relazione), risulta per noi inaccettabile la posizione di po-



ter “siglare” con legge dello stato una sottovalutazione strumentale dei danni e dei rischi socio-sanitari che l’uso di queste sostanze comporta per il soggetto e per la comunità nel suo insieme.

Riteniamo quindi di non poter condividere il principio della legalizzazione né tantomeno della liberalizzazione, auspicando però una diversa forma di sanzione per chi utilizza droghe o commette reati connessi al loro uso (escluso lo spaccio ed il traffico) eminentemente orientata in ambito pedagogico-educativo o con lavori socialmente utili escludendo quindi il ricorso al carcere. Un importante spazio infine, dovrà essere dato alle campagne informative, generalizzate e sistematiche sui danni derivanti dall’uso di droghe per uscire finalmente da un’ambiguità disinformativa che ha creato in questi anni un terreno molto fertile soprattutto per il mercato delle droghe.

Bibliografia

- AAVV. *Comments on Hall et al. Australian National Drug Strategy Monograph No.25 «The Health and Psychological Consequences of Cannabis Use»*. *Addiction* 1996; 91: 759-773.
- AAVV. *Medicina delle Tossicodipendenze (a cura di Serpelloni G, Pirastu R, Brignoli O)*. Progetto del Ministero della Sanità, SEMG 1996.
- AAVV. *HIV/AIDS e Droga: Manuale per operatori di Prevenzione (a cura di Serpelloni G e Rossi A.)*. Progetto del Ministero della Sanità, Leonard Edizioni 1995.
- Abel EL. *Effects of prenatal exposure to cannabinoids*. In: Pinkert TM, ed. *Current research on the consequences of maternal drug abuse*. NIDA Research Monograph no 59. Washington: Department of Health and Human Services, 1985.
- Adams IB, Martin BR. *Cannabis: pharmacology and toxicology in animals and humans*. *Addiction* 1996; 91: 1585-614.
- Andreasson S, Allebeck P, Engstrom A, Rydberg U. *Cannabis and schizophrenia: a longitudinal study of Swedish conscripts*. *Lancet* 1987; ii: 1483-86.
- Bachman JG, Wadsworth KN, O'Mally PM, et al. *Smoking, drinking and drug use in young adulthood*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1997.
- Baumrind D, Moselle KA. *A developmental perspective on adolescent drug abuse*. *Advances in Alcohol and Substance Abuse* 1985; 4: 41-67.
- Bloch E. *Effects of marijuana and cannabinoids on reproduction endocrine function, development and chromosomes*. In: Febr KO, Kalant H, eds. *Cannabis and Health hazards*. Toronto: Addiction Research Foundation, 1983.
- Bloom JW, Kaltenborn WT, Paoletti P, et al. *Respiratory effects of no-tobacco cigarettes*. *BMJ* 1987; 1516-18.
- Caplan GA, Brigham BA. *Marijuana smoking and carcinoma of the tongue. Is there an association?* *Cancer* 1989; 66: 1005-06.
- Chopra GS, Smith JW. *Psychotic reactions following cannabis use in East Indians*. *Arch Gen Psychiatry* 1974; 30: 24-27.
- Clayton RR, Voss HL. *Young men and drugs in Manhattan: a causal analysis*. NIDA Research Monograph n. 39. US Government Printing Office, Washington DC, 1981.
- Coates RA, Farewell VT, Raboud J, et al. *Cofactors of progression to acquired immunodeficiency syndrome in a cohort of male sexual contacts of men with human immunodeficiency virus disease*. *Am J Epidemiol* 1990; 132: 717-22.
- Crowley TJ, Riggs PD. *Adolescent substance use disorders with conduct disorders and comorbid condition*. *Adolescent Drug Abuse*. NIDA Monograph 156; 1995.
- Devane WA, Dysarz FA, Johnson MR, Melvin LS, Howlett AC. *Determination and characterization of a cannabinoid receptor in rat brain*. *Molecular Pharmacology* 1988; 34: 605-613
- Devane WA, Hanus L, Breuer A, Pertwee RG, Stevenson LA, Griffin G, Gibson D, Mandelbaum A, Etinger A, Mechoulam R. *Isolation and structure of a brain constituent that binds to the cannabinoid receptor*. *Science* 1992; 258: 1946-1949.
- Fergusson D, Horwood J. *Early onset cannabis use and psychosocial adjustment in young adults*. *Addiction* 1997; 92: 279-96.
- Fried PA. *Prenatal exposure to tobacco and marijuana: effects during pregnancy, infancy and early childhood*. *Clin Obstet Gynecol* 1993; 36: 319-36.
- Fried PA. *Behavioural outcomes in preschool-aged children exposed prenatally to marijuana: a review and speculative interpretation*. In: Wetherington CL, Smeriglio CL, Finnegan L, eds. *Behavioural studies of*

- drug exposed offspring: methodological issues in human and animal research. NIDA Research Monograph 164. Washington DC: US Government Printing Office, 1996.
- Grufferman S, Schwartz AG, Ruyman FB, Mauer HM. Parent's use of cocaine and marijuana and increased risk of rhabdomyosarcoma in their children. *Cancer, Causes & Control* 1993; 4: 217-24.
- Guelfi GP, Leo MB. Cannabis e salute mentale. *Rivista di Psichiatria* 1989; 24; 9-18.
- Guelfi GP. Schizofrenia e abuso di sostanze. In Pancheri P, Biondi M (Eds) *Terapia della Schizofrenia. Il Pensiero Scientifico*, Roma 1991.
- Guelfi GP. Cannabis agli adolescenti? Meglio che rimanga illegale. *Medicina delle Tossicodipendenze* 1995; 3; 28-35.
- Hall W, Johnston L, Donnelly N. The epidemiology of cannabis use and its consequences. In: Kalant H, Corrigal W, Hall W, Smart R, eds. *The health effects of cannabis*. Toronto: Addiction Research Foundation, 1998.
- Hall W, Solowij N, Lemon J. The Health and Psychological Consequences of Cannabis Use. *National Drug Strategy Monograph Series no 25*. Canberra: Australian Government Publishing Service, 1994.
- Hall W, Solowij N. Adverse effects of cannabis. *Lancet* 1998; 352: 1611-16.
- Henry JA, Hill IR. Fatal interaction between ritonavir and MDMA. *Lancet* 1998; 352; 1751-52.
- Hollister LE. Marijuana and immunity. *J Psychoactive Drugs* 1992; 24:159-64.
- Kandel D. Marijuana users in young adulthood. *Archives of General Psychiatry* 1984; 41; 200-209.
- Kandel DB, Davies M. Progression to regular marijuana involvement: phenomenology and risks factors for nearly daily use. In: Glantz M, Pickens R, eds. *Vulnerability to drug abuse*. Washington, DC: American Psychological Association, 1992.
- Kaslow RA, Blackwelder WC, Ostrow DG, et al. No evidence for a role of alcohol or other psychoactive drugs in accelerating immunodeficiency in HIV-1 positive individuals: a report from the Multicentre AIDS Cohort Study. *JAMA* 1989; 261: 3424-29.
- Kuitjen RR, Bunin GR, Nass CC, Meadows AT. Parental occupation and childhood astrocytoma. *Cancer Res* 1992; 52: 782-86.
- Leuchtenberger C. effects of marijuana (cannabis) smoke on cellular biochemistry of in vitro test systems. In: Febr KO, Kalant H, eds. *Cannabis and health hazards*. Toronto: Addiction Research Foundation, 1983.
- McCann et al. Positron emission tomographic evidence of toxic effect of MDMA ("Ecstasy") on brain serotonins neurons in human beings. *Lancet* 1998; 352: 1433-37.
- Mariani F, Protti MA. Atteggiamenti e comportamenti degli studenti delle scuole secondarie superiori della Valle d'Aosta nei confronti del consumo di tabacco, alcool e altre droghe. *Regione Autonoma Valle d'Aosta*, Aosta 1987.
- Millman et al. *Textbook of Substance Abuse Treatment*. The American Psychiatric Press 1994.
- Newcombe T, Bentler P. *Consequences of adolescent drug use: impact on the lives of young adults*. Newbury Park, California: Sage Publication, 1988.
- O'Donnel JA, Clayton RR. The stepping-stone hypothesis: marijuana, heroin, and causality. *Chemical Dependencies: Behavioral and Biomedical Issues* 1982; 4; 229-241
- Pope HG, Yurgelun-Todd D. The residual cognitive effects of heavy marijuana use. *JAMA* 1996; 275: 521-27.
- Robinson LI, Buckley JD, Daigle AE, et al. Maternal drug use and the risk of childhood nonlymphoblastic leukemia among offspring: an epidemiologic investigation implicating marijuana. *Cancer* 1989; 63: 1904-11.
- Sydney S, Beck JE, Tekawa IE, et al. Marijuana use and mortality. *Am J Public Health* 1997; 87: 585-90.
- Sridar KS, Raub WA, Weatherby NL, et al. Possible role of marijuana smoking as a carcinogen in the development of lung cancer at an early age. *J Psychoactive Drugs* 1994; 26: 285-88.
- Tashkin DP, Fligiel S, Wu TC, et al. Effects of abitual use of marijuana and/or cocaine on the lung. In: Chiang CN, Hawks RL, eds. *Research findings on smoking of abused substances*. National Institute on Drug Abuse Research Monograph 99. Rockville, Maryland: National Institute on Drug Abuse, 1990.
- Tunvig K, Lundquist T, D. Eriksson. «A way out of fog». An out-patient program for cannabis abusers. In Chesher G, Consroe P, Musty R. *Marijuana: An International Research Report*. Australian Government Publishing Service. Canberra 1988: 207-212
- Turner WM, Tsuang MT. Impact of substance abuse on the course and outcome of schizophrenia. *Schizophrenia Bull* 1990; 16: 87-95.
- Wickelgren I. Marijuana: harder than thought? *Science* 1997; 276: 1967-68.

**OLTRE LA RIDUZIONE DEL DANNO:
UN NUOVO PUNTO DI VISTA
PER IL TERZO MILLENNIO**



Oltre la Riduzione del Danno: un nuovo punto di vista per il terzo millennio

Raffaele Zanon

Assessore alle Politiche Sociali
Regione Veneto

In questi anni la Regione Veneto ha approntato politiche e programmi nel campo della tossicodipendenza con una ampia visione a 360 gradi dalla prevenzione primaria alla cura e al reinserimento. L'obiettivo di mettere a punto sistemi preventivi, terapeutici e riabilitativi sempre più efficaci deve essere perseguito con costanza ed impegno da tutte le componenti sociali al fine di assicurare una risposta globale in grado di evitare le patologie correlate alle tossicodipendenze.

Non vi è dubbio che la prevenzione delle patologie correlate e delle situazioni devianti correlate all'uso di droghe sia di fondamentale importanza ma questo aspetto, sicuramente prioritario, non può essere considerato esclusivo o addirittura unico nello strutturare gli interventi e le attività di cura e riabilitazione.

Risulta pertanto, a nostro avviso, limitante e di ridotta visione concentrarsi su un unico aspetto delle attività necessarie ed utili alle persone tossicodipendenti e alle loro famiglie.

E' infatti riduttivo e fuori luogo impostare le strategie e le scelte programmatiche conseguenti su questo unico punto dimenticando così la centralità della persona, la sua dignità di uomo e le prerogative per cui noi tutti ci impegnamo a ridare vita e speranza a chi, reso schiavo dalla sua stessa azione comportamentale, ha perso il confine e la direzione di vita libera.

Nessuno nega l'importanza di evitare infezioni mortali e pericolose come quella da HIV o da virus epatitici, e tutti operiamo al fine di evitare per quanto possibile gli episodi di overdose, l'inserimento nelle attività criminali e il ricorso alla prostituzione. Questi obbiettivi devono essere perseguiti costantemente dagli operatori dei Ser.T e delle comunità terapeutiche e considerati come "atti dovuti" sempre correlati alle attività di cura e viceversa, ma contemporaneamente inseriti in una costante offerta di inserimento delle persone tossicodipendenti in percorsi di recupero ad alta soglia e tendenti alla risoluzione radicale del problema, evitando e rifiutando così l'ideologia di accettazione supina di uno stato di tossicodipendenza che svilisce e mortifica prima di tutto la persona nella sua accezione più nobile.

Ecco dunque come la Regione Veneto ha superato e sia andata oltre la semplice riduzione del danno, termine ormai obsoleto e sorpassato, con programmi di approccio globale, scientificamente orientati, umanamente rispettosi e valorizzanti le risorse e la dignità della persona nel suo complesso.

La tossicodipendenza deve essere considerata come una vera e propria “patologia” con gravi risvolti psicologici e sociali alla quale bisogna rispondere con azioni a vario livello e con programmi individualizzati, senza mai demordere dall’obiettivo finale di far cessare totalmente e quanto prima l’uso delle sostanze stupefacenti.

Non può essere quindi abbracciata una logica che supinamente accetti il concetto di uso continuativo e di abuso di sostanze come “condizione di paranormalità” a cui rispondere con la sola riduzione dei danni da esso derivanti.

Siamo peraltro consapevoli che su un tossicodipendente “morto” non si può fare alcun intervento di riabilitazione e che la logica di “dover toccare il fondo” per poter incominciare a guarire non è assolutamente condivisibile e quindi da rigettare per il grosso tributo in vite umane che questo comporterebbe, ma altrettanto non può essere accettata una stretta logica di “riduzione del danno” che implicitamente condanna le persone tossicodipendenti ad accettare il loro stato come inderogabile, uccidendo così (tra le altre cose) anche quello che di più caro ed importante ha una persona in difficoltà: la speranza e la sua dignità.

Vi è quindi la necessità di andare oltre la così detta riduzione del danno essendo fortemente consapevoli che contemporaneamente bisogna assumere un nuovo atteggiamento anche nei confronti dell’uso delle sostanze stupefacenti al di fuori degli attuali stereotipi perchè questi non consentono di raggiungere posizioni culturalmente e socialmente più avanzate ed accreditanti.

L’atteggiamento generale quindi nei confronti delle droghe, delle informazioni e degli interventi che devono essere attivati in questo settore, deve necessariamente essere libero e svincolato da posizioni preconcepite e superficiali nei confronti della pericolosità e/o innocuità delle droghe, riconoscendo sempre quello che la ricerca scientifica nelle varie discipline ha ormai più volte sottolineato, e cioè che la nocività delle varie sostanze d’abuso si esplica su tutti e tre i livelli di potenziale danno: biologico, psicologico e sociale.

Si devono superare quindi le logiche di “proibizione contro anti-proibizione”, “droghe leggere contro droghe pesanti”, “tolleranza maggiore verso le droghe a ridotto danno biologico, ecc.”, con la finalità di promuovere e proteggere la salute dei cittadini al di sopra delle logiche politiche, ideologiche o confessionali, secondo quanto previsto sia dalla Costituzione italiana che dall’Organizzazione Mondiale della Sanità.

Bisognerà quindi, senza falsi concetti ed ipocrisie, riconoscere e divulgare la pericolosità e la dannosità di tutte le droghe e le sostanze che sono in grado di instaurare abuso, dipendenza e alterazioni della coscienza al punto tale da compromettere la funzionalità psicologica e le attività sociali e relazionali della persona.

Va chiarito inoltre precisamente il concetto che non esistono “droghe innocue” o “poco pericolose” e quindi con un uso “tollerabile”, perché anche se questo da uno stretto punto di vista neurobiologico può essere forse discusso certamente non lo può essere da un punto di vista sociale e bioetico. Tutto questo nell’interesse soprattutto di quelle fasce adolescenziali più deboli e in condizioni di disagio che sono le più esposte a sviluppare



dipendenza in caso di uso di queste sostanze. Queste persone infatti, prevalentemente minorenni e spesso disorientate da problemi personali esistenziali, sono quelle che più frequentemente ricercano e restano agganciati agli effetti eccitanti e euforizzanti o, per contro, inibenti di varie sostanze psicoattive. Molto difficilmente infatti, queste persone sono in grado di attuare la cosiddetta “gestione controllata delle droghe”. Esse sono particolarmente vulnerabili e quindi devono trovare una giusta protezione sociale e questo si ottiene anche con l’adozione di modelli culturali protettivi ed incentrati la promozione e protezione della salute.

Infine si ritiene che, oltre ai soggetti a rischio, tutti coloro che assumono sostanze psicoattive secondo modalità dannose, non terapeutiche od a rischio, nonché i loro familiari, abbiano diritto a supporti, trattamenti e cure precoci ed accessibili (garantendo la libera scelta sul luogo e le modalità di cura), finalizzati al recupero della persona mediante la sospensione dell’uso di sostanze ed il reinserimento in una vita dignitosa ed indipendente. Tutti gli utilizzatori possiedono anche il diritto ad avere a disposizione efficaci e permanenti informazioni ed azioni tese a prevenire l’acquisizione di patologie ambientali, quali le attività criminali e la prostituzione, ma senza mai rinunciare al tentativo “vitale” di abbandonare definitivamente l’uso di droghe.

Venezia, febbraio 1999

ALLEGATI

1. PROPOSTA DI UNA CARTA EUROPEA
SULLE DROGHE
2. TESTO DELLA DELIBERA N. 3877
3. L'USO DI DROGHE A CHI PUÒ FAR MALE?
4. L'USO DI DROGHE A CHI PUÒ FAR BENE?
5. PREVENZIONE E DROGA
(INFORMAZIONI PER GLI OPERATORI)



Proposta di una carta europea sulle droghe

Presentazione

Abbiamo ritenuto importante inserire in questo volume anche una proposta preliminare di un documento, che, insieme con la dichiarazione della Regione Veneto, potrebbe essere utile per elaborare una proposta europea. Il testo proviene proveniente da un gruppo italiano che collabora con vari esperti europei.

Si ringrazia per la collaborazione il dott. Franco Marcomini che ha curato anche, per questa sezione, la traduzione inglese.

L'auspicio è che tutti coloro che si dedicano a questi temi trovino un momento comune di dibattito e discussione al fine di arrivare a proposte partecipate e, come tali, realmente incidenti sul grave problema delle tossicodipendenze.

Giovanni Serpelloni

Premessa

Il documento che viene presentato rappresenta la proposta di un nucleo ristretto del gruppo di lavoro, il quale sottoporrà i risultati al gruppo di lavoro stesso.

Il gruppo ristretto è composto da: Valentino Patussi, Università di Firenze-Istituto Andrea Devoto; Franco Marcomini, Commissione Sanità Anci Veneto; Vanna Cerrato, Comune di Porto Viro (RO); Tiziana Codenotti, Ass. Eurocare Italia. Questo gruppo è stato supportato dal Comune di Padova, in particolare dagli Assessori Giovanni Santone e Anna Milvia Boselli, e dal Dirigente dei Servizi Sociali Fortunato Rao. Anche l'Anci Veneto, nella persona del Presidente della Commissione Sanità Vincenzo Melone, ha supportato il gruppo.

L'idea di produrre un documento è nata a Berlino durante il Multi City Action Plan sulla Droga nell'aprile 97, durante il quale l'Anci Veneto ha proposto di elaborare un documento sulla droga da sottoporre agli organi regionali e nazionali del nostro paese, come base per una discussione tra gli Stati membri della regione europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

La bozza di documento che viene presentata è stata anche discussa durante l'Mcap sulla droga che si è tenuto a Padova nel dicembre 98, durante il quale gli esperti europei hanno fornito indicazioni e suggerimenti che verranno discussi nei prossimi incontri del gruppo di lavoro.

Infine, è utile sottolineare che questo documento non è dell'Organizzazione Mondiale della Sanità - Ufficio Europeo, la quale comunque fornisce supporto tecnico e consulenza incoraggiando l'iniziativa italiana.



Principi etici

1. **OGNI CITTADINO, DI QUALUNQUE ETÀ, SESSO, APPARTENENZA ETNICA, CULTURALE, NAZIONALE HA DIRITTO DI VIVERE IN UN AMBIENTE CHE LO PROTEGGA DALLE CONSEGUENZE NEGATIVE DELL'USO DELLE DROGHE ILLECITE O DELL'USO ILLECITO DELLE DROGHE PSICOATTIVE LECITE.**

Questa affermazione si fonda sulle seguenti caratteristiche:

- a) ogni comunità deve avere un piano esplicito di prevenzione e promozione della salute che riguardi l'uso delle droghe
- b) ogni cittadino ha diritto, qualora sia consumatore di droghe di avere accesso ai servizi ordinari di tutela della salute, sia per quanto riguarda l'assistenza primaria, che la specialistica e l'assistenza ospedaliera
- c) non si devono avere percorsi specifici per i servizi ordinari, dal momento che questo produrrebbe una forma di alienazione inaccettabile
- d) qualora la persona abbia bisogno di interventi specifici finalizzati al suo bisogno di sospendere l'uso delle droghe e che possono riguardare
 - interventi farmacologici
 - residenze in comunità terapeutiche
 - centri diurni
 - interventi socialiquesti devono essere qualitativamente garantiti e non devono coincidere con la produzione di servizi specifici, ma devono piuttosto essere inseriti nei programmi ordinari
- e) la soddisfazione dei bisogni dei consumatori di droghe non deve coincidere con la produzione di privilegi all'interno dell'universo delle persone con svantaggio sociale, economico e culturale. In questo senso quella parte dei consumatori di droga che sviluppano condizioni sociali particolarmente difficili devono rientrare in un programma generale contro l'esclusione sociale e la lotta alla povertà
- f) i programmi di promozione e protezione della salute di fronte al consumo delle droghe devono riferirsi alla:
 - dichiarazione di Alma Ata
 - principi salute per tutti entro l'anno 2000
 - carta di Ottawa
 - conferenza di Adelaide
 - dichiarazione di Copenaghen
 - progetto città sane
 - promozione della salute nelle prigioni, negli ospedali, nella scuola, nei luoghi di lavoro,
 - dichiarazione di Jakarta
 - dichiarazione di Atene
- g) si deve trovare un equilibrio tra le politiche di riduzione del danno, quelle di riduzione della domanda e quelle che intervengono sul sistema dell'offerta
- h) si deve trovare una coerenza e un adeguamento con le carte sull'alcol e sul tabacco
- i) i programmi di tutela della persona devono essere rispettosi della dichiarazione universale dei diritti umani
- j) tutti i programmi devono trovare una sempre maggiore ed efficace cooperazione a livello internazionale attraverso la costituzione di reti di cooperazione

- k) le caratteristiche dell'individuo vanno lette nell'universo delle sue relazioni significative, siano esse familiari o sociali e comunitarie
- l) tutti i programmi devono essere fondati sul principio di sussidiarietà, di cooperazione intersettoriale

2. I BAMBINI E LE BAMBINE, GLI ADOLESCENTI E LE ADOLESCENTI DEVONO ESSERE PROTETTI DA UN AMBIENTE CHE POSSA ESSERE SUGGESTIVO PER L'USO DELLE DROGHE E DALLE CONSEGUENZE CHE DERIVANO DALL'USO DELLE DROGHE DA PARTE DEGLI ADULTI

- a) la protezione dall'uso delle droghe deve riguardare tutte le fasi di crescita dei bambini e deve iniziare fin dal periodo della gravidanza. In questo senso tutti i servizi di tutela della gravidanza devono introdurre screening e programmi educativi per la protezione dei nascituri e delle mamme
- b) i pediatri devono essere sensibilizzati a non introdurre l'uso di sostanze psicoattive per modificare il tono dell'umore dei bambini per ragioni che esulano da un preciso indirizzo diagnostico e terapeutico
- c) nei luoghi dove vengono ospitati i bambini: asili nido, scuole materne, scuole elementari e medie i bambini devono ricevere un'educazione che sia in grado di prevenire l'uso di droghe ed in particolare i comportamenti che accompagnano tale uso:
 - delega ai farmaci per quanto riguarda fisiologiche problematiche esistenziali
 - comportamenti che esasperano la competizione e la violenza
 - comportamenti che favoriscono l'isolamento sociale e riducono i livelli di solidarietà
- d) i mass media nelle trasmissioni che sono esplicitamente orientate ai bambini non devono trasmettere messaggi che, direttamente o indirettamente favoriscano l'uso delle droghe
- e) per i bambini che vivono in famiglie nelle quali si rileva il consumo delle droghe deve avviarsi un processo di diagnosi oggettiva relativamente alla capacità genitoriale e tutti i mezzi devono essere offerti affinché sia i genitori che i bambini possano avere programmi educativi alternativi. In ogni caso il periodo di esposizione del bambino ai fattori di rischio non può essere prolungato oltre misura e si devono predisporre reti di famiglie affidatarie o adottive, evitando così ogni forma di istituzionalizzazione
- f) si deve aumentare la vigilanza nei luoghi del divertimento affinché non vi sia o sia resa più difficile l'offerta di droghe
- g) i bambini devono avere l'opportunità di confrontare le informazioni che indirettamente percepiscono dall'ambiente di vita relativamente agli effetti dell'uso delle droghe con le conoscenze che sono disponibili sul piano scientifico. Questo deve essere attuato non attraverso una semplificazione informativa, ma attraverso un dialogo che tenga in considerazione le caratteristiche psicologiche dei bambini
- h) le città devono predisporre piani urbani di sicurezza dei bambini così che possano liberamente incontrarsi in modo informale senza correre pericoli



- i) i bambini devono essere protetti dalle ingestioni involontarie di sostanze psicoattive attraverso una seria educazione degli adulti ed una precisa definizione delle responsabilità
- j) i bambini che nascono sotto l'effetto delle droghe devono avere un programma di disintossicazione e di osservazione psicologica

Oltre che le azioni sopra indicate si deve concentrare ogni sforzo di prevenzione nella fascia di età che riguarda i bambini e gli adolescenti evitando di disperdere le risorse in programmi di sola informazione, in particolare si deve porre attenzione ai seguenti aspetti:

- comportamenti, direttamente o indirettamente correlabili all'uso delle droghe: particolare attenzione deve essere posta all'uso delle droghe legali, alcol e tabacco, durante l'adolescenza
- atteggiamenti che possano in qualche maniera richiamare l'uso delle droghe o che possono contrastarle
- abilità: in questo caso il bambino deve imparare a risolvere i problemi basandosi sulle proprie capacità e a saper riconoscere l'insuccesso non come una tragedia, ma come una fase di crescita e maturazione della persona
- conoscenze: vanno misurate sempre con il sistema delle preconcoscenze

3. LA FAMIGLIA E LA RETE DELLE RELAZIONI FAMILIARI INSERITE NELLE CARATTERISTICHE SPECIFICHE DELLA COMUNITÀ LOCALE RAPPRESENTANO I CONTESTI EDUCATIVI E DI CRESCITA PIÙ SIGNIFICATIVI, SIA PER PREVENIRE CHE PER GESTIRE I PROBLEMI CHE DERIVANO DALL'USO DELLE DROGHE

- a) la famiglia è la prima agenzia sociale nella quale il bambino cresce, riceve gli elementi emozionali che contribuiranno alla sua crescita e maturazione, incontra modelli comportamentali significativi e viene per la prima volta attrezzato con atteggiamenti ed abilità
- b) la famiglia è anche l'agenzia che per prima deve affrontare le conseguenze legate all'uso delle droghe ed in particolare deve spesso affrontare un lungo processo riabilitativo nel quale è chiamata a svolgere un importante ruolo di coinvolgimento nel cambiamento dello stile di vita
- c) la famiglia è l'agenzia nella quale i bambini sperimentano, osservandoli, modelli comportamentali di riduzione degli stati d'ansia, di regolazione dei ritmi sonno/veglia, che gli adulti agiscono attraverso l'uso di farmaci psicoattivi
- d) nella famiglia si possono riscontrare i comportamenti voluttuari più accettati sul piano culturale, come l'uso di alcol e tabacco, che possono avere la funzione di matrice culturale o di role modelling
- e) la famiglia deve essere supportata nel suo ruolo educativo e devono essere organizzati specifici corsi di formazione rivolti alle famiglie
- f) la famiglia può essere anche un luogo di accoglienza per i bambini che si trovano in solitudine a causa dell'uso delle droghe da parte dei genitori. In questo caso è necessario avere un programma che favorisca i processi di adozione e di affidamento familiare

- g) nello specifico momento della problematicità derivante dall'uso delle droghe, spesso nascono problemi economici che ricadono sull'economia familiare. Bisogna individuare meccanismi di defiscalizzazione per le famiglie che accettano di partecipare ad un processo riabilitativo impegnandosi a contribuire sul piano economico
- h) si deve anche offrire un programma di gestione diretta da parte della famiglia del sistema dei servizi riabilitativi offrendo un budget finalizzato all'accesso ai servizi che siano certificati ed accreditati, evitando così le forme di semplice sostegno economico.
- i) si deve predisporre un programma specifico per le famiglie con un solo genitore, soprattutto se questo è ancora un consumatore di droghe, ma dimostra di essere ancora in grado di svolgere la sua funzione genitoriale. L'offerta di servizi in questo caso deve essere accompagnato da un preciso processo di valutazione
- l) si deve favorire la cooperazione tra le famiglie con problemi legati all'uso delle droghe, ponendo tale forma di rapporto nella dimensione della cooperazione legata alla cittadinanza attiva, piuttosto che di associazioni di auto aiuto alienate dal contesto comunitario. Si devono inoltre prevedere forme di cooperazione con le altre famiglie della comunità all'interno di un programma di promozione della salute nell'ambito del sistema di assistenza primaria

4. I CONTESTI DI VITA E DI LAVORO DEVONO ESSERE PROTETTI DALLE CONSEGUENZE CHE DERIVANO DALL'USO DI DROGHE LEGALI ED ILLEGALI

- a) si devono predisporre nei luoghi di vita e di lavoro degli strumenti di screening al fine di migliorare la qualità dei processi di promozione della salute con le seguenti caratteristiche:
 - rispetto per la riservatezza dei dati
 - finalizzato alla tutela della salute
- b) si deve offrire un'informazione generale sulle conseguenze dell'uso delle droghe ed un'informazione specifica per quanto riguarda il contesto che viene preso in considerazione
- c) si deve offrire un servizio di counselling per quanti desiderino un aiuto per la loro situazione
- d) si devono individuare delle norme di sicurezza che, di fronte a lavori pericolosi, vietino l'uso delle droghe
- e) si deve stabilire un rapporto con il sistema di assistenza primaria e con i servizi specialistici ed ospedalieri, oltre che con i servizi sociali, al fine di creare una continuità assistenziale a partire dai luoghi di vita e di lavoro in diversi contesti specifici:
 - luoghi di lavoro
 - ospedali
 - il sistema dei servizi legati al sistema di assistenza primaria ed al sistema specialistico
 - i servizi sociali
 - prigionieri
 - scuole



- sistema dei trasporti
- luoghi del divertimento
- associazioni culturali
- associazioni sportive
- associazioni di volontariato
- l'esercito
- le forze di polizia
- il mondo politico
- il sistema della giustizia
- il mondo religioso

devono identificare dei programmi specifici per il proprio personale od i propri aderenti che abbiano una funzione gestionale o di leadership al fine:

- chiarire il proprio atteggiamento nei confronti delle droghe
 - chiarire il proprio comportamento
 - eventualmente riconoscere ed affrontare il proprio problema
- f) introdurre un sistema di verifica sui programmi che vengono predisposti
- g) avviare forme di cooperazione intersettoriale tra le diverse agenzie e con i contesti nei quali sono inserite
- h) produrre materiale educativo e di sensibilizzazione e specifico per le singole agenzie e contesti
- i) avviare un processo di formazione che sia in grado di individuare dei facilitatori dei programmi di promozione della salute senza ricorrere a figure professionali

5. LE COMUNITÀ LOCALI, LE REGIONI, GLI STATI DEVONO PROTEGGERE I CITTADINI DALLE CONSEGUENZE DI MESSAGGI CULTURALI E PUBBLICITARI CHE INDIRECTAMENTE O DIRETTAMENTE INCORAGGIANO, STIMOLANO O INDUCONO IL CONSUMO DELLE DROGHE O I COMPORTAMENTI CHE SONO SOLITAMENTE CORRELATI AL LORO USO

- a) si deve riconoscere che i comportamenti legati all'uso delle droghe, al di là delle conseguenze che possono avere, sono in continuità con la cultura generale, sociale e sanitaria esistente:
- modificare il tono dell'umore attraverso farmaci è comune nella popolazione
 - correre rischi è una caratteristica comune per gli adolescenti e spesso riguarda il mondo degli adulti
 - ricorrere a farmaci per migliorare la performance o modificare il proprio aspetto è comune sia tra gli adolescenti che tra gli adulti
 - prescrivere farmaci impropriamente per risolvere problemi esistenziali è una pratica medica a volte consolidata
- b) si deve riconoscere che alcuni modelli culturali che enfatizzano la competizione e la sfida sono indirettamente elementi culturali che favoriscono un comportamento legato all'uso delle droghe
- c) i comportamenti di alcune persone di successo che usano droghe diventano fonte di emulazione

- d) alcuni messaggi pubblicitari, distorcendo il senso della realtà di fatto producono condizioni psicologiche che favoriscono il consumo di droghe. Questo è particolarmente vero per quanto riguarda l'alcol, ma alcune forme pubblicitarie che enfatizzano il raggiungimento di obiettivi di successo con facilità sono un messaggio implicito a modificare il senso della realtà
- e) devono essere individuati all'interno delle città degli indicatori comportamentali di rischio e di pericolosità sociale
- f) si devono predisporre programmi educativi che oltre che fornire informazioni sulle droghe, siano in grado intervenire sui fattori comportamentali
- g) si devono predisporre programmi di tutela della collettività di fronte ai comportamenti a rischio
- h) devono essere prese misure di contenimento dei comportamenti rischiosi
- i) devono essere individuati i maggiori fattori di rischio e le relative misure di sicurezza
- j) si deve predisporre un sistema di valutazione sulla modificazione della matrice culturale dei comportamenti

Strategie

I principi indicati precedentemente rappresentano la base etica che, rifuuggendo ogni tentazione moralistica, può ragionevolmente fondare una strategia articolata di piani di azione che rappresenta la base politica e scientifica per la costruzione di un piano europeo sulla droga. Quest'ultimo deve fondarsi sul chiarimento dei seguenti aspetti:

1. *partecipazione attiva dei cittadini nella predisposizione e gestione dei piani di azione*: questo primo aspetto assume il significato che la prima competenza per il processo di autopromozione ed autotutela della salute è dei cittadini che devono consapevolmente decidere rispetto al proprio comportamento, senza delegarlo ai servizi sociali e sanitari, o affidarlo soltanto alla legislazione
2. *applicazione del principio di sussidiarietà*: questo assume il preciso significato che ogni piano di azione deve rispettare i livelli di programmazione e gestione che partano dal basso (bottom line approach) individuando nelle comunità locali sia le forme di autotutela, sia la compatibilità e la coerenza di queste con l'offerta dei servizi. Oltre a questa sussidiarietà che possiamo chiamare orizzontale è necessario riconoscere una sussidiarietà verticale che abbia la capacità di articolare il processo di programmazione secondo il seguente schema:
 - comunità locale, città, municipalità: ispirandosi anche ai principi espressi nel progetto città sane, si devono predisporre piani di azione coerenti con le risorse disponibili e con i bisogni individuati e che abbiano le caratteristiche della cooperazione intersettoriale, del radicamento nella comunità locale attraverso i programmi di comunità, del valore dell'equità e della giustizia sociale, dello sviluppo del sistema di assistenza primaria, dell'approccio di popolazione come fondamento di ogni programma



- livello del governo regionale, nazionale ed europeo: rappresentano i momenti di definizione delle linee programmatiche capaci di introdurre linee guida che assicurino livelli omogenei di assistenza su tutto il territorio europeo, nel pieno rispetto delle caratteristiche autonome locali
3. *cooperazione intersettoriale ed interistituzionale*: il consumo di droghe è essenzialmente un comportamento che può essere accompagnato da conseguenze negative sul piano sanitario, sociale, economico, del sistema della giustizia, educativo. Negli ultimi anni si è avuta la tendenza di confinare l'uso delle droghe nel campo specifico sanitario e questo rappresenta un errore che deve essere evitato. Il problema dell'uso della droga deve essere definito a livello di policy e non di erogazione di servizi e non è possibile che una singola area problematica, per quanto rilevante, possa assumere il governo di un comportamento complesso
 4. *bilanciamento tra politiche di riduzione della domanda, di riduzione del danno e di intervento sul sistema dell'offerta*: anche in questo caso si deve partire dal riconoscimento del livello di complessità espresso dal consumo delle droghe. Ogni soluzione che si limitasse ad un singolo aspetto risulterebbe del tutto insufficiente, tanto più se caricata di significati di ordine ideologico
 5. *passaggio dalla tradizionale distinzione tra prevenzione primaria, secondaria e terziaria ad un concetto di promozione della salute*; questo passaggio assume il preciso significato di porre una continuità tra consumo di droghe, matrice culturale e relativi comportamenti in modo da evitare processi di stigmatizzazione e di alienazione
 6. *produzione di programmi specifici in ambienti specifici*:
 - scuole per la promozione della salute
 - luoghi di lavoro per la promozione della salute
 - trasporto e promozione della salute
 - ospedali per la promozione della salute
 - prigioni e promozione della salute
 - divertimento e promozione della salutein questo caso si tratta di definire programmi caratterizzati dallo specifico del contesto individuato nel quale si applicano i concetti di promozione della salute individuando comportamenti ed atteggiamenti correlati o meno al consumo di droghe, ma che possono rientrare nel programma di cambiamento dello stile di vita
 7. *definizione di un sistema di indicatori*: devono essere in grado di misurare la complessità delle variabili in gioco ed avere sia un valore quantitativo che qualitativo e devono essere posti in relazioni ai dati istituzionali esistenti dal livello locale a quello europeo
 8. *cooperazione a tutti i livelli con la realizzazione di reti di cooperazione*: oltre che favorire lo scambio di esperienze questo approccio cooperativo può rappresentare una base scientifica costruita sulla condivisione attra-

verso la quale definire gli obiettivi da sottoporre al processo di valutazione che deve essere espresso sia in termini di processo che di risultato

9. *il riorientamento del sistema dei servizi*: la programmazione sul sistema dei bisogni anziché su quello delle prestazioni, come indicato da molti dei piani sanitari nazionali deve trovare una flessibilità organizzativa orientata rispettivamente a:
- uso appropriato delle strutture di ricovero che devono essere distinte in interventi per le condizioni ed in quelle con finalità riabilitative. In ogni caso ci deve un processo di certificazione della qualità
 - sistema di assistenza primaria che deve essere organizzato su bacini di popolazione di 100.000 abitanti (health action zone)
 - sistema dei servizi specialistici per le complicità dell'uso delle droghe e non servizi specifici per la droga
- E' necessario passare dalla definizione dei servizi alla individuazione dei programmi
10. *la collaborazione tra pubblico e privato*: questa dicotomia deve essere superata in quanto quello che deve essere esigito è il rispetto di standard omogenei di qualità, rimanendo pubblico soltanto il diritto universale di tutela della salute al quale ogni sistema di servizi deve adeguarsi



Testo della delibera Regionale n° 3877 del 27 ottobre 1998

Dichiarazione etica della Regione Veneto contro l'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e psicoattive: principi, obiettivi strategici ed indicazioni di programmazione

L'Assessore ai Servizi ed alle Politiche Sociali, Raffaele Zanon, riferisce quanto segue.

L'uso di sostanze psicoattive collegato al mercato illecito ed allo sfruttamento di fasce sociali deboli o giovanili sta assumendo proporzioni sempre più ampie e preoccupanti, soprattutto se si considera la forte diffusione che negli ultimi anni vi è stata di nuove sostanze con rituali di consumo socialmente più accettati e, assai di frequente, associati ad alcool e psicofarmaci.

Resta grande, inoltre, la percentuale di persone che presenta tossicodipendenza da eroina e che, ad un'analisi tecnica approfondita, appare tutt'altro che ridotta o in via di contenimento.

Ad oggi, quindi, risulta molto aumentata la quota totale di persone che fa ricorso a sostanze psicoattive, con modalità di utilizzo nel tempo spesso sequenziali oltre che caratterizzate dall'uso contemporaneo di varie sostanze.

Queste situazioni portano, sovente, all'instaurarsi di vere e proprie forme di dipendenza, con una lunga serie di gravi conseguenze fisiche, psichiche e sociali.

Vi è, pertanto, la necessità di continuare nella lotta alla droga gli sforzi che, con molta generosità ed intelligenza, sono stati fatti nel passato nella Regione del Veneto, proponendo una Dichiarazione etica che sia in grado di definire ancora meglio il modello culturale ed etico che si vorrebbe stesse alla base nella programmazione degli interventi contro le tossicodipendenze.

A tale scopo è stata predisposta a cura dell'Assessorato ai Servizi ed alle Politiche Sociali in collaborazione con l'Accademia Europea per studi e ricerche di medicina preventiva e comunitaria una Dichiarazione etica contro l'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e psicoattive di cui all'Allegato 1 che fa parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Essa riporta le finalità e gli obiettivi strategici della dichiarazione etica, sostanze stupefacenti e psicoattive e definisce i diritti generali della persona da rispettare contro l'uso di sostanze psicoattive, i principi generali per le politiche di intervento nel settore e le indicazioni strategiche di intervento articolate in 3 livelli (I - riduzione della domanda; II - cura e riabilitazione; III - comunità e organizzazioni socio-sanitarie).

Sono stati inoltre predisposti degli indirizzi per il possibile ed auspicabile utilizzo della Dichiarazione Etica nella programmazione degli interventi locali dei Piani di Zona, di cui all'Allegato 2 che fa parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

L'Assessore ai Servizi e alle Politiche Sociali, Raffaele Zanon, conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta Regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

Udito il relatore, Assessore ai Servizi e alle Politiche Sociali, Raffaele Zanon, incaricato dell'istruzione dell'argomento in oggetto, ai sensi dell'art. 33, II comma dello Statuto, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale.

Visto il D.P.R. 309/1990;

DELIBERA

- 1) di approvare e recepire la Dichiarazione etica proposta contro l'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e psicoattive, di cui all'Allegato 1 che fa parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- 2) di approvare gli Indirizzi per il recepimento della Dichiarazione etica della Regione Veneto contro l'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e psicoattive di cui all'Allegato 2 che fa parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.
- 3) di dare mandato agli uffici competenti di predisporre un piano di diffusione della Dichiarazione Etica alle Aziende Ulss, alle organizzazioni del volontariato, alle comunità terapeutiche e quant'altri possano essere interessati a tale documento.

Sottoposto a votazione il provvedimento risulta approvato con voti unanimi e palesi.

IL SEGRETARIO
dr. Gianfranco Zanetti

IL PRESIDENTE
On dr. Giancarlo Galan



L'USO DI DROGHE

A CHI PUÒ FAR MALE?

1) ALLE TUE CELLULE NERVOSE E AL TUO FISICO

- perché sono provati i danni diretti che aumentano con l'uso protratto
- perché potresti diventare dipendente fisicamente

6) ALLA COMUNITÀ

- perché con questo comportamento si accettano modelli culturali che non promuovono e non proteggono la salute ed altri potrebbero essere indotti dal tuo comportamento ad utilizzare droghe
- perché potresti diventare dipendente fisicamente

2) ALLA TUA PSICHE

- perché altera le tue condizioni fisiologiche
- perché senza effetto delle droghe potresti non sentirti "normale" e diventare dipendente psichicamente

7) ALLA TUA IMMAGINE

- perché non è affidabile chi usa droghe e potresti avere dei seri problemi legali

3) ALLE TUE TASCHE

- perché costa molto

8) ALLA TUA LIBERTÀ

- perché è possibile diventare dipendenti molto più facilmente di quanto si creda

4) ALLA TUA DIGNITÀ

- perché potresti essere costretto a fare cose indegne per procurarti la droga e mentire a chi ha stima di te

9) ALLA TUA POSSIBILITÀ DI MOVIMENTO

- perché la legge non permette di avere la patente di guida a chi fa uso di droghe

5) A CHI TI STA INTORNO

- perché diminuisce la tua capacità di controllo e la tua performance nella guida
- perché persone particolarmente sensibili e con scarso autocontrollo, vedendoti, potrebbero essere indotti e sviluppare gravi dipendenze

10) ALLA TUA POSSIBILITÀ DI SUCCESSO

- perché potresti essere emarginato e discriminato
- perché potresti essere visto con sospetto o essere considerato inaffidabile

Tradotto da G. Serpelloni, O. Hunter: Addiction Communication Report - 1998 - WBF.UK

L'USO DI DROGHE

A CHI PUÒ FAR BENE?



Tradotto da G. Serpelloni, O. Hunter: Addiction Communication Report - 1998 - WBF.UK



Prevenzione e Droga

(Informazioni per gli operatori)



Tradotto da G. Serpelloni, O. Hunter: Addiction Communication Report - 1998 - WBF.UK

ISBN 88-900338-9-4

PUBBLICAZIONE NON IN VENDITA

Stampato in Italia - Printed in Italy

Tipolitografia "La Grafica" s.n.c. - Vago di Lavagno (Verona) - 1999

ISBN 88-900338-9-4

PUBBLICAZIONE NON IN VENDITA

Stampato in Italia - Printed in Italy

Tipolitografia "La Grafica" s.n.c. - Vago di Lavagno (Verona) - 1999