

Regione del Veneto

# LE POLITICHE REGIONALI PER UNA SOCIETA' LIBERA DALLE DROGHE

Assessorato  
alle  
Politiche  
Sociali

Direzione  
Servizi Sociali

2000



# Regione del Veneto

**Assessorato alle Politiche Sociali**

Assessore Antonio De Poli

Direzione Servizi Sociali – Servizio Prevenzione e Cura dipendenze

Direttore Alessandro Pigatto

## **LE POLITICHE REGIONALI PER UNA SOCIETA' LIBERA DALLE DROGHE**

**Documento programmatico della Regione del Veneto per la  
III Conferenza Nazionale sulla Droga  
Novembre 2000**

**Coordinamento Regionale**

Lorenzo Rampazzo



## **INTRODUZIONE**

*La Regione del Veneto da sempre è fortemente impegnata nella lotta alle dipendenze da sostanze stupefacenti riconoscendo la priorità di intervenire in modo deciso e strutturato. Vogliamo prendersi cura e reintegrare quei nostri cittadini che si trovano in tali avverse situazioni. Non vi è dubbio che il primo passo che una Amministrazione Regionale deve compiere, per le competenze e le autonomie che le sono proprie, è quello di rendere espliciti i propri modelli culturali ed i propri programmi volti alla promozione e protezione della salute, soprattutto delle fasce più deboli. Questa Regione ha sempre messo in atto politiche concrete valorizzando e ponendo al centro degli interventi la persona e la sua dignità. Pertanto ho colto con molta soddisfazione questa pubblicazione che ancora una volta distingue il Veneto e pone gli operatori del sistema delle dipendenze, in prima posizione a livello nazionale nella lotta alla droga.*

*Un apprezzamento particolare a questo documento va fatto soprattutto perché propone un nuovo spirito, tipicamente Veneto, di collaborazione tra tutte le forze in campo, ricordando alle Pubbliche Amministrazioni le proprie responsabilità ma nel contempo valorizzando fortemente le insostituibili risorse umane e culturali del privato sociale accreditato e del volontariato della nostra Regione.*

**Onorevole Dr. Giancarlo Galan**

Presidente Giunta Regionale del Veneto

## **PRESENTAZIONE**

*Questo documento rappresenta la sintesi delle politiche Regionali in tema di tossicodipendenze per iniziare un nuovo percorso verso una società libera dalle droghe. Quanto qui espresso è la proposta istituzionale della Regione Veneto per avviare una concreta concertazione tra tutti gli operatori del settore del pubblico, del privato sociale accreditato e del volontariato. Tutto questo al fine di trovare risposte concrete, coordinate in nuove e più forti sinergie, da proporre anche alla III Conferenza Nazionale sulla Droga di Genova.*

*I principi qui riportati rappresentano i moderni orientamenti che si vogliono promuovere per i prossimi anni, finalizzati a concretizzare una risposta sempre più efficace e puntuale alle problematiche di tutte le dipendenze patologiche. Il cammino che ci attende rappresenta la nuova sfida ad un vecchio problema, che ha assunto negli ultimi anni dimensioni sempre più preoccupanti ma che ci trova nuovamente insieme, impegnati e fortemente motivati a vincere questa battaglia, partendo dal valorizzare soprattutto la persona e la sua dignità.*

**Antonio De Poli**

Assessore alle Politiche Sociali  
Regione del Veneto

# **LE POLITICHE DELLA REGIONE VENETO PER UNA SOCIETÀ LIBERA DALLE DROGHE**

*DOCUMENTO PROGRAMMATICO DELLA REGIONE DEL VENETO PER LA  
TERZA CONFERENZA NAZIONALE SULLA DROGA 2000*

## **INDICE**

1. Finalità del documento
2. Considerazioni generali sul fenomeno
3. Le azioni necessarie per una cultura di libertà
4. I dieci principi generali delle politiche e delle strategie di Intervento
5. I diritti e le responsabilità della persona e i valori da promuovere e proteggere
6. Oltre la riduzione del danno: un nuovo punto di vista
7. Le sinergie: Il "Sistema" Integrato per le Dipendenze
8. Gli aspetti organizzativi generali per una risposta efficace ed efficiente: il Dipartimento delle Dipendenze
9. La Gestione del Fondo di intervento per la Lotta alla Droga
10. Gli interventi di prevenzione primaria
11. I tossicodipendenti in carcere
12. L'importanza del Reinserimento sociale e lavorativo come irrinunciabile obiettivo finale
13. La Rete Alcolologica nel Sistema delle Dipendenze
14. Il Volontariato
15. La garanzia di un miglioramento continuo della qualità



# 1. FINALITÀ DEL DOCUMENTO

Sulla base dell'articolo 1, comma 15, del DPR numero 309 del 1990 il Presidente del Consiglio dei Ministri, ha l'obbligo di convocare una conferenza nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, alla quale dovrebbero partecipare soggetti pubblici e privati che esplicano la loro attività nel campo della prevenzione e della cura della tossicodipendenza. Da tale conferenza dovrebbero inoltre uscire conclusioni da comunicare al Parlamento anche al fine di individuare eventuali correzioni alla legislazione antidroga dettate dall'esperienza applicativa. Risulta chiaro che tale occasione rappresenta per le Regioni e Province Autonome un'opportunità fondamentale al fine di presentare le proprie opinioni ed istanze in tema di programmazione ed interventi da attuare nell'ambito delle tossicodipendenze.

Non vi è dubbio infatti che al fine di rendere il sistema sempre di più efficace ed in grado di rispondere più rapidamente alle nuove esigenze organizzative, soprattutto per i temi in questione, si debba agevolare il processo di trasferimento delle competenze in materia di tossicodipendenze dallo Stato alle Regioni ed al sistema delle autonomie locali.

Pertanto la Regione Veneto ritiene necessario dotarsi di un proprio documento di base che sia una proposta quanto più unitaria possibile da parte degli organismi più accreditati ed istituzionalmente preposti alla programmazione delle politiche e delle strategie di contrasto e all'attuazione degli interventi per una vera lotta contro la droga.

Ferme restando le indicazioni contenute nella Dichiarazione Etica contro la Droga della Regione Veneto, si ritiene necessario quindi presentare alcune nuove linee di indirizzo generali per la lotta alla tossicodipendenza ribadendo inoltre e con forza che le Regioni e le Province Autonome sono di fatto l'unico interlocutore valido a livello nazionale con cui le varie organizzazioni dovrebbero rapportarsi al fine di trasformare le parole e le aspettative in fatti concreti attraverso una forte programmazione coordinata a livello interregionale e attuazione successiva, anche tramite le aziende sanitarie, dei propri interventi.

Molti sono però gli ambiti di non chiarezza e di confusione soprattutto sui principi di base che dovrebbero ispirare ed orientare la lotta alla droga, la programmazione coerente degli interventi e l'organizzazione integrata del sistema "pubblico-privato sociale accreditato-volontariato".

Pertanto questo documento si pone fundamentalmente tre finalità:

- *La prima finalità* è quella di fornire indicazioni al fine di uscire dall'ambiguità relativamente all'atteggiamento da tenere, come pubbliche amministrazioni, nei confronti dell'uso di droghe inserendo la prevenzione di tale comportamento in una logica più ampia di promozione e protezione della salute dei cittadini.
- *La seconda finalità* è quella di fornire indicazioni generali e strategiche sulla moderna organizzazione dei sistemi di risposta al problema droga con la creazione di forti sinergie tra il pubblico, il privato sociale accreditato ed il volontariato perseguendo quindi una logica di "sistema delle dipendenze".

- *La terza finalità* è quella di focalizzare il ruolo fondamentale e portante della Regione nella formulazione delle politiche e delle strategie generali di prevenzione, cura e riabilitazione in ambito delle tossicodipendenze, ruolo che risulta portante anche a livello nazionale.

Il bisogno di assumere posizioni chiare per uscire dall'ambiguità delle modalità di intervento per contrastare il fenomeno delle tossicodipendenze e il prossimo appuntamento con la terza conferenza nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, crea quindi la necessità di poter disporre di un documento di base Regionale concordato anche tra le Regioni italiane.

Tutto questo al fine di disporre di una programmazione concordata a livello Regionale (e quanto più possibile anche a livello nazionale) ma che andrà correttamente decentrata su ogni singola Azienda ULS dovendo necessariamente essere, in fase applicativa, declinata in base alle caratteristiche peculiari del territorio e dell'organizzazione esistente.

In questi anni si sono da più parti espresse molteplici posizioni con vari orientamenti e molto spesso confusive oltre che fortemente intrise di contenuti puramente ideologici a volte abilmente camuffati con concetti umanitari e dati statistici. È necessario ora uscire dall'ambiguità ribadendo con forza la necessità di un forte coordinamento ed allineamento di obiettivi di tutte le unità operative coinvolte sulla base dei chiari indirizzi e linee guida forniti dalla Regione.

Le evidenze scientifiche internazionali, gli studi di bioetica, le indicazioni delle principali organizzazioni mondiali per la promozione e la protezione della salute della persona, il buon senso comune indicano ormai concordemente che l'uso di sostanze stupefacenti è da considerare pericoloso e dannoso per la salute della persona intendendo con questo termine il suo benessere fisico, psichico e sociale nella sua inscindibile globalità.

Risulta altrettanto chiaro, come è ormai chiaramente dimostrato dalle più moderne ricerche scientifiche, che esistono soggetti particolarmente vulnerabili a sviluppare dipendenza da sostanze nel momento in cui ne entrano in contatto e le utilizzano. Tale vulnerabilità non è prevedibile come non risultano prevedibili i danni che tali sostanze possono produrre sul singolo individuo esistendo una fortissima variabilità alla risposta che può andare dal "nessun effetto" fino alla morte.

È chiaro ormai che sia in ambito tecnico scientifico che in ambito operativo non ha più senso utilizzare termini e false distinzioni quali quelle fatte per le droghe così dette "pesanti e/o leggere" in quanto questi termini inducono false sicurezze e sbagliate convinzioni che portano a sottovalutare il reale problema. Anche se per alcune persone alcune droghe possono avere limitati danni fisici è altrettanto provato che esse possono compromettere irreparabilmente la funzionalità psichica e sociale di questa persona.

Al pari delle azioni che si devono mettere in atto per prevenire e curare altre malattie a forte impatto sociale quale per esempio il cancro collegato al fumo di sigaretta o ad altri agenti nocivi (mettendo in atto azioni che da una parte prevengano la diffusione ambientale e il contatto con sostanze potenzialmente cancerogene e dall'altro sviluppino una consapevolezza nell'individuo al fine di evitare l'assunzione volontaria o inconsapevole), anche in questo caso vi è la





necessità di puntare soprattutto sulla responsabilizzazione della persona valorizzando il suo potenziale positivo di intelligenza, razionalità e autodeterminazione dei propri comportamenti.

Tutto questo però creando contemporaneamente le condizioni per un contesto sociale che porti a ridurre al minimo la disponibilità di sostanze stupefacenti, attraverso azioni di repressione e controllo del traffico e delle spaccio e la contemporanea espressione e l'esplicitazione chiara e persistente di modelli culturali e sociali che apprezzino e che "premino" più i comportamenti di sobrietà e di libertà dalle sostanze piuttosto che esprimere una tolleranza all'uso voluttuario e/o ricreativo di sostanze stupefacenti, se non addirittura assumerlo come tendenza positiva e di moda.

Risulta evidente che il problema della diffusione delle droghe potrà iniziare il suo percorso di soluzione solo se le organizzazioni deputate alla protezione alla promozione della salute dei cittadini, quali sono le Regioni ed in particolare le Aziende ULS, assumeranno permanentemente posizioni chiare e non equivocate verso il contrasto dell'uso di sostanze stupefacenti (legali e/o illegali) attraverso la promozione di politiche e posizioni che incentivino l'assunzione di comportamenti volontari di sobrietà. La conseguente necessità quindi è quella di un maggior allineamento di tutte le amministrazioni pubbliche ma anche delle organizzazioni ad esse correlate nonché dei cittadini verso principi di vera libertà e di autodeterminazione di comportamenti promuoventi e proteggenti la propria salute è quella altrui.

Non si tratta quindi di " proibire " o " liberalizzare " ma di riconoscere che, al pari delle sostanze che possono incentivare il cancro o altri gravi malattie, non possono essere lasciate in libera circolazione composti chimici variamente costituiti che sappiamo con sicurezza essere fortemente dannosi per la salute della persona quali per l'appunto le droghe. Vi è quindi la necessità imperativa di creare una nuova coscienza e consapevolezza nelle pubbliche amministrazioni e nei cittadini che la salute (globalmente ed inscindibilmente intesa come fisica, psichica e sociale) è un bene ed un valore irrinunciabile, se non altro per i costi umani ma anche sociali e sanitari che comporta la sua compromissione, e che tutto quello che, come le droghe, può in qualche modo minacciarla o comprometterla deve prima di tutto essere considerato un "problema da evitare", una situazione/sostanza nociva da non far arrivare in contatto soprattutto a chi (per proprie condizioni neurobiologiche, psichiche, familiari e/o sociali) presenta particolari condizioni di vulnerabilità.

Tutto questo senza moralismi o posizioni ideologiche ma semplicemente con spirito pragmatico e intellettualmente libero di chi crede che le persone debbano essere messe in grado di poter condurre una vita il più possibile libera e sana è che le istituzioni abbiano la responsabilità di aiutare i cittadini a raggiungere questo obiettivo.

La seconda finalità di questo documento è quella di fornire indicazioni utili per la costruzione di una organizzazione che sia basata su un concetto più moderno di " sistema delle dipendenze " uscendo quindi dalla logica dei comparti stagni che spesso operano in totale autonomia se non addirittura in contrasto tra di loro.

È necessario partire dalla considerazione che nessuno ha la ricetta magica per la "guarigione miracolosa" o la risoluzione totale del problema ma che con

grande modestia e onestà intellettuale tutti debbano concorrere a portare il proprio contributo e contemporaneamente valutare e rendere e espliciti i propri risultati.

Come la ricerca scientifica, la pratica clinica e l'esperienza ormai trentennale ci insegnano, non esiste "il rimedio" né la panacea di tutti i mali ma ogni persona ha la propria individualità e il proprio percorso terapeutico con tempi e modi spesso molto diversificati.

Non esiste " la terapia migliore " ma "la migliore terapia per quella persona" in quel momento del suo percorso di tossicodipendenza e di maturazione motivazionale. Quello che oggi potrebbe sembrare totalmente inadeguato domani potrebbe essere la cosa più opportuna.

Pertanto solo la creazione di nuove sinergie e il riconoscimento da parte di tutti gli operatori coinvolti che solo all'interno di un concreto e reale coordinamento delle forze si potrà arrivare a fornire soluzioni più valide al problema si potrà definitivamente creare una organizzazione valida basata sul principio della pari dignità le forze in campo ma anche del riconoscimento dei differenti ruoli, funzioni, e capacità operative.

L'esperienza ha ormai confermato in molti ambiti che l'approccio dipartimentale, che allinea le varie unità operative con intenti e modalità d'azione comuni, risulta essere quello che ha dato i migliori risultati sia in termini di efficacia che di efficienza. Come tutte le soluzioni organizzative hanno però bisogno di essere adattate e circostanziate alla realtà operativa e territoriale dove vengono inserite. Va tuttavia ribadita l'importanza che le Regione riconosce la necessità di far proprio un patrimonio organizzativo al fine di creare un unico "sistema" coordinato all'interno delle singole aziende sanitarie, che lavori in maniera professionale, utilizzando tecniche e modalità di qualità, criteri di accreditamento ed una costante valutazione dei propri risultati e del corretto utilizzo delle risorse messe a disposizione.

La terza finalità di questo documento è anche quella di ribadire il ruolo principale della Regione nell'attuazione dei piani di intervento ma soprattutto nella programmazione e nella formulazione del piano strategico che andrà poi declinato e reso operativo dalle singole Aziende ULS tramite i Dipartimenti delle Dipendenze.

Vi è ormai certezza infatti della necessità di un forte coordinamento delle politiche Regionali al fine di poter rendere efficace una reale politica di contrasto contro l'uso di sostanze stupefacenti.



## 2. CONSIDERAZIONI GENERALI SUL FENOMENO

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. Il fenomeno assume confini sempre meno delimitati. Basti pensare al notevole incremento di uso di sostanze alcoliche tra le fasce giovanili (spesso accompagnate dall'assunzione di droghe anfetaminosimili), all'aumento dell'uso non terapeutico di farmaci sedativi ed ipnotici, all'ampliamento del range dell'età di primo utilizzo di droga con abbassamento dell'età di primo utilizzo e contemporaneo investimento di soggetti che iniziano ad utilizzare tali sostanze ad un'età compresa tra i 35 e i 40 anni.

Vi è, pertanto, la necessità di continuare nella lotta alla droga gli sforzi che, con molta generosità ed intelligenza, sono stati fatti sinora, definendo ancora meglio il modello non solo organizzativo ma anche culturale e valoriale 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 e valoriali positive in grado di promuovere e proteggere la salute delle persone e le scelte di vita e di stimolare, contemporaneamente, un sereno e civile dibattito e confronto su questi temi.

Infine non vanno dimenticate tutte le altre forme di dipendenze patologiche che sono in grado di creare gravi problemi alla persona quali quelle da gioco d'azzardo, da internet, da sesso ecc. e che parimenti dovrebbero trovare risposte competenti ed efficaci nelle politiche Regionali di intervento e nella conseguente organizzazione dei servizi.

### 3. LE AZIONI NECESSARIE PER UNA CULTURA DI LIBERTA'

Per raggiungere l'obiettivo di creare una cultura sociale orientata alla promozione e protezione della salute e quindi che ritenga l'uso di sostanze stupefacenti una azione personalmente da non perseguire e da disincentivare in chi attua tale comportamento, vi è la necessità di mettere in atto alcune azioni concrete su cui concordare fin da subito. Pertanto, al fine di uscire dall'ambiguità, si ritiene che le pubbliche amministrazioni ed in particolare le Aziende ULS debbano organizzare azioni concrete che siano orientate a raggiungere i seguenti obiettivi:

- 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 utilizzate a fini non terapeutici (Droghe, farmaci d'abuso, alcool e tabacco compresi).
- b. Assicurare e rendere disponibile al cittadino, quanto più possibile, un'informazione obiettiva e permanente 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, cura e riabilitazione.
- d. Eseguire valutazioni qualitative e quantitative 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.
- g. Consolidare e sostenere le forme già operanti.

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.



## 4. I DIECI PRINCIPI GENERALI DELLE POLITICHE E DELLE STRATEGIE DI INTERVENTO

### Alcuni chiarimenti

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,”

Al fine di soddisfare l'esigenza di chiarezza e di uscire dalle numerose ambiguità in proposito, vi è la necessità chiarire anche il concetto di “pericolosità” per la salute che molte delle sostanze psicoattive esistenti in natura hanno. Con questo termine, spesso mal utilizzato nell'uso comune, si deve intendere la possibilità che dall'uso di sostanze ne possa derivare un danno (in ambito fisico e/o psichico e/o sociale) alla persona o a terzi in contatto con lui.

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

Le evidenze scientifiche hanno mostrato che tale pericolosità dipende da due ordini di fattori: fattori intrinseci alla sostanza (proprie caratteristiche farmacologiche e tossicologiche) e fattori dipendenti dall'individuo che le utilizza (vulnerabilità per lo sviluppo di dipendenza, situazioni fisiche, psichiche e sociali di base). L'incontro e la combinazione di questi due fattori può portare a conseguenze estremamente negative e pericolose per l'individuo dipendenti dal suo comportamento di assunzione.

La 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" sia di tipo deprimente, eccitante o allucinogeno (*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, occasionali *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) più con una sintomatologia psichica o fisica, anche se in realtà il fenomeno è sempre psicofisico, definendosi, comunque, come uno stato di dipendenza negativa certamente non auspicabile per la persona.

Dieci principi generali per lo sviluppo di politiche di intervento: la centralità della persona:

- 1) Vi è il forte bisogno di identificare e condividere socialmente una strategia, che sia finalizzata a contrastare l'uso non terapeutico di sostanze psicoattive e che sia basata su principi e metodi promuoventi l'adesione volontaria e consapevole del singolo individuo a stili di vita che assicurino la tutela della salute e dell'integrità della persona nel suo complesso. Di conseguenza, si ritiene che qualsiasi strategia e qualunque intervento di promozione della salute debbano essere centrati sulla persona, considerata sempre contemporaneamente sotto i suoi diversi aspetti biologici, psichici e sociali.
- 2) A tale proposito si riconosce che, ogni ente, organizzazione, gruppo sociale ha diritto all'autodeterminazione dei propri comportamenti e ad esercitare la propria libertà di scelta.
- 3) Si ritiene però 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 della propria dignità e dei diritti e della libertà anche delle altre persone.

Le politiche, quindi, dovranno essere orientate soprattutto a promuovere modelli culturali individuali e sociali basati sull'incentivazione di riferimenti culturali e sociali positivi, chiaramente orientati a far acquisire comportamenti responsabili e quanto più possibile autodeterminati, dichiarando apertamente ed esplicitamente che l'uso di sostanze stupefacenti è da considerarsi un comportamento negativo e non auspicabile.

Un importante aspetto da tenere in considerazione è che 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, "normalità positiva."

- 4) Va riconosciuto, 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 esistono persone che, per le proprie condizioni psicofisiche e sociali, risultano particolarmente vulnerabili e permanentemente coinvolgibili in un uso di sostanze psicoattive caratterizzato, spesso e più di altri, dall'instaurazione di una dipendenza correlata a forti problematiche psichiche e sociali ed ad elevato rischio di morte e/o di malattie gravemente invalidanti. Al contrario, per altri coetanei l'uso di tali sostanze appare, a prima vista, 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.

- 5) Per quanto riguarda la prevenzione, è indispensabile ricordare che è ormai provata l'esistenza di fasce di popolazione più vulnerabili. 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 di tutela.

- 6) 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 (pressioni esterne) che dipendono dai modelli sociali e culturali del gruppo di riferimento (della famiglia e dei pari) particolarmente tra i giovani 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 incentivanti 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 se non addirittura prima, in precoci e globali programmi educativi di promozione della salute nel suo complesso.

- 7) 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 dove non esistano regole da rispettare in virtù dell'applicazione esasperata del rispetto della "libera" scelta dell'individuo.

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

- 8) 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 comportamento ed un atteggiamento che si sostanzia nell'accettazione se non addirittura 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 e a diventarne dipendenti.

Tutto ciò, inoltre, può stimolare il mantenimento di modelli culturali e socio-comportamentali negativi, in grado di condizionare la singola persona (specialmente se giovane) 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.

- 9) 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 sua disposizione opportunità e sistemi organizzati di 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 su tutto il territorio nazionale ed al pari di qualsiasi altra forma patologica che necessiti di interventi socio-sanitari e socio-assistenziali complessi, tutte le opzioni terapeutiche e riabilitative 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 senza mai rinunciare a questo.

- 10) 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. Tale soluzione non è eticamente accettabile, perché confligge fortemente contro il principio generale di operare scelte, nel campo delle politiche sociali e sanitarie, 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 vulnerabili) 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, soprattutto quelli più vulnerabili e bisognosi di protezione, 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 recupero e 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 efficaci 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.

### **I livelli strategici di intervento**

Alla luce dei principi sopra esposti, 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 nel suo complesso e le organizzazioni deputate all'amministrazione ed al governo del territorio.

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 l'uso di tali sostanze, realizzando, a partire dalla prima infanzia, programmi educativi permanenti e 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 scorraggino le persone dal mettersi alla guida o dallo 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 serie 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.

### **Il 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 preparato 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 una "patologia", uno "stato di malattia", e non come una semplice "deviazione dalla normalità", che necessita quindi di interventi e cure specifiche ma contemporaneamente definirla come sicuramente curabile, guaribile e superabile anche se spesso con andamento cronico e recidivante (ma remissibile nella grande maggioranza dei casi). In altre parole considerare che "non esistono tossicodipendenti inguaribili". 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 tempestivamente, 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 e contributi 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 e fasi 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 in generale 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 *media* e degli *opinion leader* sociali, le capacità della comunità di occuparsi realmente 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, scientificamente ed organicamente orientato; esigere che vengano monitorizzati i progressi e venga garantito l'aggiornamento periodico dei programmi, basandosi 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 (fisica, psicologica e relazionale) della persona con dipendenza sottoposta a interventi e

- trattamenti;
- Miglior aumento della qualità di vita;
  - Riduzione dell'incidenza di patologie correlate sia in ambito sanitario 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 finanziamenti annuali con specifiche voci di bilancio, identificando programmi d'intervento permanenti e realmente 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.



## 5. I DIRITTI E LA RESPONSABILITA' DELLA PERSONA E I VALORI DA PROMUOVERE E PROTEGGERE

### La carta dei diritti e delle responsabilità della persona

Al fine di concretizzare in un i concetti sopra esposti anche in un elenco dei diritti che bisognerebbe garantire alla persona da parte delle pubbliche amministrazioni e le responsabilità individuali, è stata predisposta una " Carta dei Diritti e delle Responsabilità " al fine di realizzare azioni ed interventi concreti per una società libera dalle droghe. L'adozione di tale carta da parte delle pubbliche amministrazioni comporta un impegno morale rispettare nei contenuti e a mettere in atto, conseguentemente, un controllo di coerenza dei principi in essa contenuti con i propri atti di programmazione ed intervento nel campo delle tossicodipendenze.

#### **Principi etici: i Diritti e le Responsabilità della Persona**

- 1) *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.*
- 2) *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.*
- 3) *Tutti i bambini e gli adolescenti hanno il diritto di crescere in un ambiente protetto dagli effetti negativi che possono derivare anche da un'informazione promuovente l'uso di sostanze psicoattive o che sottovaluta i rischi e i danni ad esse correlati.*
- 4) *Tutti coloro che assumono sostanze psicoattive secondo modalità dannose, non terapeutiche od a rischio, nonché i loro familiari, hanno diritto a supporti, trattamenti e cure precoci ed accessibili (rispettando la libera scelta sul luogo e le modalità di cura), finalizzati al totale recupero della persona mediante la sospensione dell'uso di sostanze ed il reinserimento in una vita autonoma, 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 e/o offerte, 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 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 esponano a rischi la loro salute facendo aumentare la disponibilità di droga.*
- 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.*
- 9) *Tutte le persone hanno la responsabilità individuale di attuare comportamenti per promuovere e propria salute e quella altrui, sostenendo inoltre le scelte di sobrietà operate dalle altre persone, anche con il proprio comportamento sociale. Tutto questo al fine di essere realmente di supporto alle persone vulnerabili a sviluppare dipendenza da sostanze.*

## 6. OLTRE LA RIDUZIONE DEL DANNO: UN NUOVO PUNTO DI VISTA

In questi anni la Regione Veneto ha approntato politiche e programmi nel campo della tossicodipendenza con una ampia visione che andava dalla prevenzione primaria alla cura e al reinserimento. L'obiettivo di mettere a punto sistemi preventivi, terapeutici e riabilitativi sempre più efficaci e coordinati, deve essere perseguito con costanza ed impegno da tutte le componenti sociali al fine di assicurare una risposta globale in grado di contrastare sia l'uso di sostanze stupefacenti che le gravi patologie e le situazioni devianti correlate alle tossicodipendenze. Questo impegno rientra in una logica più ampia che ritiene giusto e importante prendere "in carico" la persona tossicodipendente il più precocemente possibile anche se non ha fatto ancora la scelta di smettere di usare le sostanze stupefacenti. Tutto questo al fine di assicurare comunque la sopravvivenza di questa persona, di agganciarla rompendo la sua solitudine e il suo isolamento e di iniziare con lui, anche in strada se necessario, un percorso prima di tutto di sicurezza e successivamente di cura e riabilitazione. Non vi è dubbio quindi 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 a favore delle persone tossicodipendenti.

E' infatti riduttivo e fuori luogo impostare esclusivamente le strategie e le scelte programmatorie conseguenti su questo unico punto dimenticando così la centralità della persona, la sua dignità di uomo e le prerogative per cui noi tutti ci impegniamo a ridare vita e speranza a chi, resosi "schiavo" con la sua stessa azione e per la presenza di un particolare stato di vulnerabilità, ha perso il confine e la dimensione di vita veramente libera.

Si riconosce l'importanza di operare prioritariamente (in senso temporale ed anche in relazione alla stessa cura) al fine di agganciare precocemente le persone tossicodipendenti ai programmi di prevenzione finalizzati ad evitare infezioni mortali e pericolose come quella da HIV o da virus epatitici, e tutti devono operare al fine di evitare per quanto possibile gli episodi di overdose, l'inserimento nelle attività criminali e il ricorso alla prostituzione. Questi obiettivi devono essere considerati prioritari e perseguiti costantemente dagli operatori dei Ser.T e delle comunità terapeutiche e visti come veri e propri "atti dovuti" ma contemporaneamente collegati con 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 che una persona possa vivere costantemente in uno stato di tossicodipendenza. Per rendere più incisiva e precoce questa forma di prevenzione si ritiene indispensabile promuovere e sostenere programmi di outreach per il contatto delle persone tossicodipendenti in strada.

Vi è la necessità quindi di superare e andare oltre la sola riduzione del danno, termine ormai obsoleto, sorpassato e politicamente strumentalizzato, con programmi di approccio globale, scientificamente orientati, umanamente rispettosi e valorizzanti le risorse e la dignità della persona nel suo complesso.

Per fare questo, come già detto, la tossicodipendenza deve essere considerata come una vera e propria "patologia", uno "stato di malattia" della persona 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 esclusive azioni di "riduzione del danno" senza contemporanee offerte alla persona tossicodipendente di vera e propria cura. Questo atteggiamento implicitamente condannerebbe 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 di risolvere definitivamente e positivamente il proprio problema e riprendere la sua dignità.

Le azioni di prevenzione delle patologie correlate e delle situazioni di devianza sociale quindi devono essere considerate prioritarie, sempre associate all'offerta di cura e complemento necessario anche ai trattamenti già in atto della tossicodipendenza.

## **7. LE SINERGIE: il "sistema integrato preventivo-terapeutico-riabilitativo per le dipendenze"**

La rete di interventi di prevenzione, trattamento, riabilitazione, sia da parte del sistema socio-sanitario pubblico, sia del privato sociale e del volontariato appare globalmente abbastanza ben organizzata e coordinata anche se in varie realtà regionali necessita di interventi di razionalizzazione. Vi è comunque un bisogno di innovazione e di semplificazione per creare ulteriori sinergie soprattutto alla luce delle nuove tendenze d'uso di particolari droghe e delle emergenti necessità di ottimizzare i servizi e i sistemi anche su criteri aziendalistici. La necessità di creare nuove e più efficaci sinergie si impone quindi fortemente.

Per migliorare la qualità dei servizi e per creare una nuova cultura di intervento dovranno essere concertate attività per ridefinire, aggiornare e diffondere una filosofia di intervento preventivo, curativo e riabilitativo che sia scientificamente e pragmaticamente orientata, con particolare riguardo alla prevenzione primaria dell'uso delle droghe e alla prevenzione secondaria delle patologie ad esse correlate (overdose e malattie diffuse).

Questa ultima forma di prevenzione dovrà essere vincolata all'offerta e allo sviluppo contemporaneo di percorsi e programmi di recupero globale e totale della persona avendo come irrinunciabile obiettivo finale il reinserimento e l'integrazione sociale. Ad una operazione di questo tipo necessariamente deve conseguire una profonda riorganizzazione della rete assistenziale pubblica, definendo nuove forme organizzative, gestionali e di valutazione scientifica dei risultati raggiunti, necessarie per realizzare servizi più efficaci ed efficienti.

Una finalità importante è quella di favorire l'interscambio e la collaborazione tra le varie realtà ed organizzazioni al fine di incrementare l'integrazione dei servizi e delle organizzazioni operanti nel settore (pubbliche, del

privato sociale accreditato e del volontariato) e di promuovere lo sviluppo qualitativo dell'intero sistema reticolare dei servizi. Tutto questo su una base di parità ma nel rispetto delle competenze specifiche e delle responsabilità che, allo stato attuale, sono differenziate tra pubblico e privato sociale.

A questo proposito non si può più considerare solo la realtà dei Ser.T come unico centro operativo assistenziale ma bisogna operare promuovendo la logica del "Sistema Integrato Preventivo-Terapeutico-Riabilitativo delle Dipendenze". Un sistema cioè formato da varie componenti con pari dignità, con compiti, modalità, responsabilità e ambiti di intervento diversi, ma necessariamente coordinate ed integrate per creare una linea di continuità assistenziale che passi attraverso il primo e precoce contatto "in strada", l'offerta di programmi a bassa soglia di accesso per la prevenzione delle patologie correlate alla tossicodipendenza attiva, l'inserimento in programmi terapeutici ambulatoriali, l'inserimento in programmi residenziali, fino all'attivazione di specifici programmi di reinserimento e prevenzione delle ricadute, una volta abbandonato l'uso di droga ed acquisito un sufficiente grado di autonomia personale. Tutti i componenti di questo sistema devono però poter essere pariteticamente coinvolti, partecipi e non più operanti in maniera svincolata e scoordinata da gli altri.

Questo sistema trova la sua naturale e legittima espressione organizzativa nella realizzazione di specifici Dipartimenti delle Dipendenze in ogni azienda sanitaria che incrementino le possibilità di coordinamento tra le parti (pubblico e privato sociale accreditato). Il tutto nella logica di fornire ad ogni utente in maniera coordinata e responsabile un progetto individualizzato integrato senza mai abbandonare alcuna persona tossicodipendente "sulla strada" con il rischio di intraprendere attività criminali o di prostituzione. Tutto questo soprattutto nelle fasi più difficili da governare da un punto di vista terapeutico e cioè la recidiva e i momenti di crisi. Bisogna quindi che gli operatori sviluppino ed acquisiscano un modello culturale di intervento basato su concetti di elasticità e flessibilità e diversificazione del loro operare e coordinamento reciproco, nel vero interesse della salute psicofisica dell'utente e della sua famiglia.





## **8. GLI ASPETTI ORGANIZZATIVI GENERALI PER UNA RISPOSTA EFFICACE ED EFFICIENTE: IL DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE**

Nel prossimo futuro si auspica che la legge n. 45/1999 trovi finalmente applicazione soprattutto per quanto riguarda la definizione delle posizioni del personale ancora precario nei servizi pubblici. Risulta chiaro che è interesse di tutti e della Regione in particolare, sanare queste situazioni che mettono in forte difficoltà tutto il sistema.

Oltre a questo vi è la necessità di uniformare i requisiti minimi di funzionamento per i Sert con disposizioni che permettano però omogeneità su tutto il territorio Regionale ma nel rispetto delle autonomie e delle scelte delle singole Aziende.

Si auspica quindi che sempre di più vengano adottate a livello Aziendale le politiche dipartimentali a suo tempo identificate e che coinvolgano direttamente e fortemente, oltre alle strutture pubbliche anche il privato sociale accreditato e il volontariato.

### **Il Dipartimento per le Dipendenze**

Al perseguimento degli obiettivi di prevenzione, cura e riabilitazione nell'area ad elevata integrazione sociosanitaria delle dipendenze da sostanze psicoattive concorrono molteplici unità operative e servizi appartenenti a tutte le strutture primarie dell'Azienda U.L.S.S. (distretto, dipartimento di prevenzione e ospedale), nonché molteplici servizi appartenenti ad altri Enti o Istituzioni pubbliche e del privato-sociale e il volontariato, per cui è necessario individuare una unica entità di coordinamento operativo e metodologico che ne faciliti l'integrazione intra ed extra-aziendale.

La soluzione organizzativa più adeguata per garantire l'integrazione sia a livello intra-aziendale che a livello extra-aziendale nell'area ad elevata integrazione sociosanitaria delle dipendenze da sostanze psicoattive è rappresentata dal Dipartimento per le Dipendenze.

Con il termine Dipartimento si deve intendere una particolare forma di organizzazione costituita da unità operative che perseguono comuni finalità e sono quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità tecnico-funzionale e gestionale. Si connota con il termine dipartimento una riorganizzazione del sistema per le tossicodipendenze al fine di ottenere una operatività coordinata e contemporaneamente decentrata, promossa e perseguita da varie unità operative con proprie responsabilità, funzioni, competenze e diritti/doveri professionali. Il Dipartimento ha come finalità generale quella di sviluppare una serie di azioni concertate e coordinate nell'area ad elevata integrazione sociosanitaria delle dipendenze da sostanze psicoattive, tendenti a perseguire gli obiettivi della politica sociosanitaria Regionale ed aziendale.

### ***Le unità operative***

I SERT all'interno del Dipartimento per le dipendenze sono Unità operative con compiti in ambito preventivo, diagnostico, clinico-assistenziale e socioriabilitativo. Le unità operative che costituiscono il Dipartimento per le Dipendenze sono aggregate in una specifica tipologia organizzativa, che deve dare risposte unitarie, tempestive, razionali e complete rispetto ai compiti assegnati. Per tale motivo, esse, adottano regole condivise di comportamento tecnico e gestionale. Le comunità terapeutiche private, per essere considerate unità operative del Dipartimento per le Dipendenze, dovranno essere autorizzate al funzionamento-accreditate dalla Regione e convenzionate dall'Azienda ULSS.

### ***Gli Obiettivi generali del Dipartimento***

Ferma restando l'autonomia tecnico-funzionale delle unità operative che fanno parte del Dipartimento per le Dipendenze, esso promuove il perseguimento dei seguenti principali obiettivi:

- Attuare il coordinamento delle unità operative interessate con la creazione di specifiche e forti sinergie tra il pubblico e privato sociale accreditato
- Eseguire una valutazione epidemiologica dei bisogni e della relativa offerta sul territorio di competenza.
- Promuovere l'allineamento con le indicazioni aziendali e regionali;
- Concorrere al miglioramento continuo della qualità, al controllo e alla verifica dell'assistenza fornita, degli esiti dei trattamenti e dello sviluppo dei programmi comuni concordati;
- Incentivare l'umanizzazione dei rapporti tra le strutture sanitarie i pazienti e le loro famiglie;
- Individuare le soluzioni operative per l'ottimizzazione dell'accesso degli utenti alla rete dei servizi sociosanitari pubblici e privati (Ser.T, Reparti ospedalieri, Comunità, Cooperative sociali).

### ***Le caratteristiche principali del Dipartimento***

Il Dipartimento per le Dipendenze si dovrebbe caratterizzare soprattutto per la possibilità di mettere in linea diverse unità operative non gerarchicamente subordinate, anche appartenenti ad Enti diversi e con la propria autonomia. Il Dipartimento per le Dipendenze come tale non può essere confuso con una "struttura operativa" ma deve essere ritenuto una "forma organizzativa" e come tale condotto e gestito. A questo proposito va ricordato quindi che le prestazioni del dipartimento sono le attività di coordinamento e non le prestazioni preventive, assistenziali e riabilitative che sono invece erogate, e come tali imputabili, dalle singole unità operative. Il dipartimento ha un forte bisogno di avere bene chiaro il programma di intervento che dovrebbe essere esplicitato in un "progetto di dipartimento". I meccanismi interni di collaborazione tra le varie unità operative si basano soprattutto sul principio di decentrare i livelli decisionali e promuovere politiche di vero consenso tra i vari responsabili delle unità operative. Tutto questo si esprime nel concordare azioni, metodologie, indicatori di valutazione e momenti di verifica periodica su obiettivi chiari e prefissati, muovendosi quindi in una moderna logica orientata soprattutto al "project management" (gestione di progetto) ed "empowerment" (decentramento e piena assunzione di



responsabilità dei risultati e delle risorse da parte dei responsabili delle unità operative). Il coordinamento del dipartimento quindi dovrà essere affidato a personale competente e preparato con valutazione esplicita e comparata dei titoli comprovanti tali caratteristiche evitando, ad integrazione e modifica di quanto precedentemente indicato, turnazioni automatiche tra dirigenti ma attuando invece una politica di continuità di gestione con riconferme formulate però sulla base delle valutazioni positive riportate dal coordinatore sul suo operato.

### ***La funzione di programmazione***

Al fine di comprendere la finalità principale del Dipartimento per le Dipendenze, i ruoli e le funzioni, è indispensabile chiarire che l'Azienda Sanitaria Locale ha la funzione di programmazione sul territorio degli interventi che coordina tramite il dipartimento delle dipendenze. Questa funzione è quindi di piena competenza dell'azienda pubblica che la esercita, ricercando attivamente il consenso e l'adesione di tutte le componenti interessate ed istituzionalmente riconosciute, alle attività da svolgere a favore delle persone tossicodipendenti e delle loro famiglie. L'espletamento di questa funzione si concretizza nella preparazione e stesura del "programma di intervento" che, per essere considerato valido dovrà essere coerente con le indicazioni e le priorità regionali e nazionali, riportare il parere sintetico ed esplicito dei componenti del comitato operativo del Dipartimento per le Dipendenze. Nell'esercizio della funzione di programmazione degli interventi, l'azienda ULSS determinerà anche le risorse necessarie, sulla base dei bisogni individuati in sede dipartimentale. A questo fine potrà decidere di utilizzare anche strutture extra-aziendale opportunamente accreditate dalla Regione ed autorizzate al funzionamento, sulla base delle effettive esigenze rilevate, precisamente definite e non soddisfabili con risorse intra-aziendali.

### ***Le comunità terapeutiche***

L'obiettivo da raggiungere all'interno del dipartimento relativamente al bilanciamento tra le varie unità operative è la "pari dignità" in modo tale da non subordinare più in maniera impropria le varie unità operative ma metterle in un contesto di vera collaborazione. Le comunità terapeutiche devono essere considerate componenti fondamentali del dipartimento, le quali (se accreditate a livello regionale) dovrebbero essere considerate "unità operative" a tutti gli effetti ed inserite nel comitato operativo decisionale. Le comunità terapeutiche svolgono un ruolo ed un importante funzione nel percorso terapeutico-riabilitativo della persona tossicodipendente e devono essere viste come organizzazioni complementari e non alternative o addirittura in opposizione ai Ser.T con i quali però vi è la necessità di ridefinire i sistemi di regolazione e di rapporto. Tutto questo alla luce delle nuove tendenze nazionali che sempre più, con gradualità, si orientano a modelli impostati a superare ed abbandonare il concetto di "ente ausiliario" per arrivare a quello di "ente autonomo fortemente coordinato" con le strutture pubbliche, con le quali si dovranno condividere (in una visione di sistema), principalmente: obiettivi, metodi di valutazione, criteri di selezione per l'accesso alle varie forme di trattamento, modalità di invio e orientamento ai vari trattamenti. Tutto questo predisponendosi all'implementazione di sistemi quindi

“centrati sulla persona”, dove il cliente potrà esercitare il suo diritto di scelta direttamente tra più opzioni. Risulta evidente però che per tale nuovo orientamento le comunità terapeutiche avranno come vincolante criterio di accreditamento, il fatto di accettare la condivisione (in un sistema dipartimentale) dei criteri sopra esposti.

## **9. LA GESTIONE DEL FONDO DI INTERVENTO PER LA LOTTA ALLA DROGA**

Nell'ottica di rendere realmente incisiva la lotta alla droga le Regioni ritengono che la gestione del fondo di intervento dovrebbe essere definitivamente e totalmente decentrata a livello Regionale.

Eventuali altri progetti a valenza nazionale con fondi gestiti centralmente dovrebbero comunque essere preconcordati e coordinati con le Regioni e le Province Autonome. A questo fine si ritiene indispensabile ed irrinunciabile la presenza permanente ed istituzionale di rappresentanti Regionali all'interno dell'osservatorio epidemiologico nazionale e delle commissioni all'uopo allestite al fine di garantire una dignitosa rappresentatività delle organizzazioni Regionali e delle Province Autonome nella gestione e nella valutazione dei progetti.

Ad oggi pertanto si ritiene totalmente insufficiente la rappresentatività delle Regioni in questi organismi.

## **10. GLI INTERVENTI DI PREVENZIONE PRIMARIA: dall'estemporaneità ad una cultura permanente di libertà dalle dipendenze e di valutazione dei risultati degli interventi**

Molto spesso si commette l'errore di associare direttamente il consumo di sostanze psicoattive nei giovani con il disagio giovanile attribuendo a questo fattore una responsabilità causale unica e sicuramente troppo forte, creando così una visione delle cose distorta e parziale. E' infatti risaputo, come evidenziato dalle più recenti ricerche scientifiche, che l'instaurazione di uno stato di dipendenza da sostanze dipende fondamentalmente da due fattori principali: accessibilità/disponibilità a dette sostanze e vulnerabilità della persona (determinata da fattori neuro biologici, psichici, sociali) che condiziona l'espressione di un comportamento d'abuso. Il disagio giovanile assume quindi significato come fattore determinante un aumento del rischio di dipendenza da sostanze, solo nelle persone che presentino fattori di vulnerabilità individuale. Non si spiegherebbe altrimenti come migliaia di giovani sottoposti a situazioni di disagio quotidiano in ambienti con forte disponibilità di droga non sviluppino automaticamente la dipendenza da sostanze. Risulta pertanto scorretto e molto spesso inconcludente, oltre che fortemente dispendioso, centrare le politiche di prevenzione primaria principalmente (se addirittura non unicamente) sulla riduzione generica del disagio giovanile ma vi è la necessità di orientarsi invece verso sistemi più specifici e mirati tendenti a:



1. Individuare, rendere consapevoli del loro possibile problema e tutelare precocemente le persone vulnerabili partendo in primo luogo da un intervento centrato sulla famiglia già nel periodo delle scuole elementari
2. Fornire supporti facilmente accessibili, in ambito consultivo, per le famiglie e i giovani per la gestione delle situazioni problematiche
3. incentivare lo sviluppo di una cultura sociale e dei modelli sociali protettivi e promuoventi la salute contro l'uso di sostanze stupefacenti mediante campagne informative permanenti.
4. Coinvolgere direttamente le organizzazioni e i gruppi giovanili nelle specifiche attività di prevenzione

I fattori ambientali in grado di produrre un disagio psichico tale da esporre a durare rischio di sviluppare dipendenza da sostanze persone particolarmente vulnerabili per proprie caratteristiche individuali, sono molti e difficilmente modificabili con interventi che dovrebbero, per poter essere efficaci, andare ad incidere profondamente sull'organizzazione e la struttura sociale. Una strategia più concreta e realistica è quella invece di agire sulle persone vulnerabili, in tempi quando ancora il rischio non esiste, dotandole di uno "strumentario" personale in grado di aiutarle a gestire la grande e pericolosa attrattiva che potranno esercitare su di loro le sostanze stupefacenti rendendoli dipendenti. Un grande aiuto queste persone lo potrebbero ricevere anche dall'esistenza di una pressione sociale "positiva" nel gruppo sociale di riferimento (famiglia e/o gruppo dei pari). Importanti studi hanno dimostrato che lo stato di vulnerabilità si presenta spesso associato a varie condotte a rischio quali la guida di autoveicoli in condizioni estreme, le sfide con la morte, i fenomeni di intolleranza e violenza come accade negli stadi, gli atti di vandalismo e la microcriminalità giovanile e così via.

Altri studi, ricerche ed esperienze in questo settore inoltre testimoniano l'inconsistenza e talvolta l'inutilità di progetti di intervento preventivo qualora essi vengano attuati in una logica settoriale (ad es. investano il solo mondo della scuola), parcellizzati (riguardano ad esempio solo determinati comportamenti e non più in generale il benessere della persona) o episodici (quando vengono svolti una volta l'anno mediante una lezione o una conferenza). Il creare una forte e precoce consapevolezza della propria vulnerabilità delle persone che presentano questa caratteristica è l'obiettivo prioritario da porsi nelle attività di prevenzione primaria per le tossicodipendenze. Non vi è dubbio però che questa azione debba trovare la propria ed idonea collocazione in interventi più globali e relativi alla tutela e promozione della salute nel suo complesso. Questi interventi necessitano di una programmazione di medio-lungo periodo, realmente integrati che veda il concorso attivo di tutti gli attori chiamati ad assolvere un ruolo educativo (genitori, insegnanti, educatori, operatori socio-sanitari) e che coinvolga in questo processo gli stessi giovani non solo come destinatari passivi di un intervento, bensì come protagonisti attivi fin dalla sua pianificazione. In quest'ottica la prevenzione primaria deve perseguire delle strategie di intervento non sui giovani ma con i giovani.

Alla luce delle esperienze svolte si è altresì confermata la necessità di intervenire sin dalla scuola elementare organizzando percorsi educativi che richiamino e sviluppino i contenuti della promozione della salute, la conoscenza dei pericoli collegati all'uso di sostanze e dei fattori di vulnerabilità individuale che

incrementano il rischio non che le modalità preventive le strategie personale la poter mettere in atto onde evitare tali rischi. Particolare rilievo quindi dovranno avere quelle iniziative rivolte a sviluppare nei giovani fin dalla prima età scolare, sul piano affettivo il rafforzamento dell'autostima, sul piano comunicativo il miglioramento del dialogo in particolare con gli adulti, e sul piano comportamentale l'aumento delle capacità di autotutela rispetto all'insieme degli stimoli ambientali a valenza negativa.

### ***Indirizzi generali in materia di Prevenzione Primaria***

In considerazione del fatto che si sono diversificate le varietà e i tipi di sostanze e che si sono modificate le abitudini rispetto al consumo (frequenza, modalità di assunzione, reperibilità delle sostanze, ecc.), si ritiene di fondamentale importanza programmare interventi di prevenzione che prevedano l'applicazione di nuove modalità, l'allargamento della numerosità dei destinatari, la considerazione di fasce sociali e d'età in passato non coinvolte, la continuità degli interventi. E' importante che i destinatari finali dell'intervento siano sempre i diretti interessati e cioè gli esposti al rischio, modulando fortemente i messaggi e i metodi di comunicazione a seconda dell'età. La prevenzione nei preadolescenti è preferibile attuarla in maniera diretta e sarebbe un errore perseguirla solo attraverso un lavoro privilegiato con gli adulti significativi che hanno un ruolo educativo (genitori, docenti, animatori, allenatori, ecc.), mentre la prevenzione nell'età successiva con azioni direttamente rivolte ai giovani, negli spazi logistici e temporali più consoni alle loro abitudini.

Una importante osservazione da considerare nello strutturare gli interventi è che le informazioni di prevenzione al fine di acquisire e/o modificare comportamenti a rischio, come è stato osservato anche in altri campi, sono molto più efficaci se trasmesse in un'età del soggetto in cui non è ancora emerso il problema mentre potrebbero addirittura essere controproducenti se tali informazioni di prevenzione vengono trasmesse, specialmente per i giovani con alta attitudine al rischio, contestualmente alla presenza di una forte attrattiva all'uso di sostanze.

Le aree prioritarie individuate sono tre e riguardano: il tempo libero, la scuola e il mondo del lavoro.

#### ***Il tempo libero***

Negli ultimi anni si sono sempre più diffuse le cosiddette "nuove droghe" che, accanto alle "vecchie sostanze", come l'alcol, i cannabinoidi e gli allucinogeni, hanno trovato nei giovani e nei giovanissimi una categoria di possibili e disponibili consumatori. L'occasione di entrare in contatto con tali sostanze avviene solitamente durante il tempo libero, in compagnia del gruppo di coetanei ed in varie situazioni sociali che non riguardano solo la discoteca. Esse si prestano in genere ad un consumo ricreazionale di carattere occasionale e "sperimentale", non esente però da rischi sia di tipo fisico, che di tipo psicologico e sociale. Si ritiene pertanto fondamentale in questo ambito progettare interventi di prevenzione direttamente a contatto con i giovani al fine di:



- Indurre un cambiamento comportamentale circa l'uso, le opinioni e gli atteggiamenti riguardanti le cosiddette sostanze ricreative, attraverso lo sviluppo di capacità di riflessione e di critica e, quindi, di capacità decisionali responsabili.
- Cercare di prevenire ogni possibilità di iniziazione e stabilizzazione nell'uso delle sostanze psicoattive e nei conseguenti o concomitanti comportamenti a rischio (violenza, microcriminalità, guida pericolosa, imprese estreme, ecc.), che possono avere conseguenze in termini personali e sociali, anche molto gravi.
- Rivolgersi sia ai giovani che sono a contatto con situazioni e ambienti dove esiste una contiguità con le suddette sostanze, sia ai giovani non più facenti parte del circuito scolastico (lavoratori, disoccupati, ecc.), per i quali non sempre appare facile l'individuazione e la rilevazione dei loro bisogni.

### *La scuola*

E' indispensabile iniziare a sviluppare interventi fin dai primi gradi scolastici, con opportune tecniche e linguaggi, che permettano di non arrivare tardi all'appuntamento che il bambino di oggi avrà da adolescente domani. L'obiettivo principale è quello di indurre la creazione di modelli culturali e comportamentali di gruppo in grado di creare una pressione positiva per ottenere un comportamento di maggiore consapevolezza e responsabilizzazione di fronte all'uso delle sostanze. E' importante soprattutto per i ragazzi delle scuole superiori svolgere delle iniziative che li coinvolgano a livello del gruppo classe, in quanto, in adolescenza, il gruppo dei coetanei svolge un ruolo molto rilevante nel determinare opinioni, abitudini e comportamenti riguardo alle droghe. Relativamente alle attività dei Centri di Informazione e Consulenza si ritiene indispensabile operare in modo da prevedere anche un forte e precoce coinvolgimento dei genitori nelle problematiche riscontrate nei loro figli tenendo sempre presente che in linea di principio la famiglia non può essere privata del diritto/dovere di informativa e di scelta degli interventi ritenuti più idonei per la tutela e la promozione dell'integrità psicofisica dei propri figli minorenni. Di norma e per evitare facili confusioni, andranno comunque differenziati i livelli di intervento relativi alle azioni di informazione e consulenza di primo orientamento (mantenendo un accesso libero, volontario ed anonimo degli studenti) con il livello della vera e propria consulenza psicologica per problemi importanti e riguardanti l'integrità psicofisica del minore, che rientra invece nel campo degli interventi sociosanitari complessi e come tali dovrebbero essere sottoposti normalmente all'ottenimento un preventivo consenso informato della famiglia, o di chi legittimato a tale atto, a poter svolgere interventi da considerare a tutti gli effetti prestazioni socio-sanitarie su persone minori. Tutto questo al fine di ruotizzare e responsabilizzare le famiglie ma nel contempo gli operatori stessi nell'instaurare un corretto rapporto con i genitori del minore.

### *Il mondo del lavoro*

Sicuramente quelli della scuola e del tempo libero sono sempre stati gli

ambiti “naturali” di intervento della prevenzione, anche se non ne esauriscono il campo di azione. Altri settori, altre fasce sociali necessitano della dovuta attenzione: si pensi ad esempio al mondo del lavoro, a quello della disoccupazione, al servizio di leva. Si tratta certamente di terreni nei quali i comportamenti rispetto alle sostanze possono trovare e spesso trovano ampia capacità di penetrazione ma che, per la loro complessa articolazione, o per il numero elevato dei suoi potenziali destinatari, sono stati finora trattati marginalmente. L'uso di più sostanze, e in particolare l'alcol, è presente, sia nei giovani, che nei meno giovani e rappresenta anche uno dei più rilevanti fattori di rischio per gli incidenti sul lavoro. E' per questo che si ritiene opportuno intervenire anche in tale contesto, in particolare sviluppando progetti a carattere sperimentale.

### **La necessità di valutazione dei risultati degli interventi di prevenzione**

L'enorme dispersione di risorse umane e finanziarie a cui si è assistito in questi anni nel campo della prevenzione primaria porta a sentirsi moralmente obbligati ad inserire puntuali sistemi di valutazione dell'impatto e dei risultati ottenuti dagli interventi e di utilizzare tali risultanze come criterio di finanziabilità delle attività. Oltre alla valutazione qualitativa risulta indispensabile quindi, al fine di poter selezionare e finanziare nel tempo interventi realmente efficaci, dotarsi di un sistema per la valutazione dei risultati degli interventi in grado di evidenziare anche quantitativamente gli esiti degli interventi nel breve e nel lungo termine.

Per ottenere questo sarà indispensabile ed obbligatorio utilizzare indicatori quantitativi (oltre a quelli qualitativi) in grado di monitorizzare la variazione della presenza dei fattori determinanti i comportamenti di abuso e dell'incidenza di nuovi casi di tossicodipendenza. La sfida e il salto qualitativo dei programmi di prevenzione primaria nei prossimi anni sarà quello di introdurre questi sistemi di valutazione costante dei propri risultati.

Programmi che non prevedano una valutazione quantitativa scientificamente orientata dei risultati, non dovrebbero essere più finanziati e gli operatori del settore dovrebbero, d'ora in avanti, essere fortemente incentivati ad orientarsi verso tali modalità operative scientificamente orientate. Tale scelta si rende necessaria anche per la razionalizzazione dell'uso delle risorse al fine di disporre una corretta e giustificata allocazione.

## **11. I TOSSICODIPENDENTI IN CARCERE**

Partendo dal presupposto che si riconosce che il carcere non è un ambiente di cura e che le politiche fino ad oggi perseguite non hanno portato a risultati soddisfacenti sia dal punto di vista socioriabilitativo della persona che dal punto di vista dell'incongruo sovraffollamento l'ambiente carcerario (in conseguenza alle problematiche relative all'immigrazione clandestina), vi è l'impellente necessità di riorganizzare fortemente le attività di assistenza alle persone tossicodipendenti in carcere.

Con il passaggio della medicina penitenziaria nelle competenze delle aziende sanitarie, l'assistenza ai tossicodipendenti reclusi dovrebbe trovare una più efficiente soluzione agli importanti problemi tuttora esistenti.





Le politiche di intervento in questa ambiente dovrebbero essere orientate ad incentivare le persone recluse affinché intraprendono percorsi riabilitativi ad alta soglia. Contemporaneamente non vanno dimenticate le gravi patologie correlate alla tossicodipendenza che devono trovare in ambito carcerario un momento per una migliore definizione diagnostica e terapeutica invece di essere trascurate se non addirittura non prese in considerazione.

Devono essere garantiti anche per i tossicodipendenti carcerati tutti diritti relativamente alla assistenza sanitaria (compresa la continuità delle terapie precedentemente in atto) al pari degli altri cittadini ma soprattutto ad oggi vi è la necessità di assicurare tempestività nelle terapie, adeguato aggancio ai Sert e creare una serie di attività interne che permettano realmente la riabilitazione della persona.

Un efficace soluzione potrà essere raggiunta se essi attueranno politiche tendenti realizzazione di unità operative specifiche per i tossicodipendenti all'interno delle strutture carcerarie dotate di autonomia tecnica e gestionale e fortemente integrate nel Dipartimento delle Dipendenze. Ad oggi vi è la necessità di coordinare le attività assistenziali presso il carcere in sede Dipartimentale, considerata la valenza sovra distrettuale di tali interventi.

## **12. L'IMPORTANZA DEL REINSERIMENTO SOCIALE E LAVORATIVO COME IRRINUNCIABILE OBIETTIVO FINALE**

Uno dei momenti più delicati del percorso terapeutico del tossicodipendente è indubbiamente rappresentato dalle difficoltà di inserimento nel mondo del lavoro tale da consentirgli una concreta autonomia ed integrazione nel tessuto sociale. La persona ex tossicodipendente si trova infatti a dover affrontare e superare una serie di barriere sociali non sempre visibili o comprensibili. I processi di stigmatizzazione sociale e la diffidenza verso la figura del tossicodipendente investe purtroppo anche chi ha svolto un programma di cura e può comprometterne i positivi esiti. Per di più buona parte di ex tossicodipendenti soffrono di patologie croniche correlate all'abuso di droga che ne debilitano l'organismo e ne compromettono la piena funzionalità per cui spesso non sono in grado di svolgere mansioni lavorative più facilmente reperibili nel mercato del lavoro. Sono questi i motivi per cui gli ex tossicodipendenti nel momento del loro reinserimento lavorativo devono essere considerati temporaneamente svantaggiati ed usufruire delle agevolazioni previste dalle normative in vigore. Contemporaneamente occorre vigilare affinché queste agevolazioni sperequazioni sociali ne nuove fasce di marginalità.

D'altra parte, va rilevata l'estrema complessità della questione, che deriva da una serie di fattori concorrenti:

- La pluralità dei soggetti istituzionali coinvolti (ULSS, comuni, comunità terapeutiche, cooperative sociali, imprenditori e organizzazioni di categoria, ecc.);
- L'incertezza e la scarsa specificazione delle risorse finanziarie e professionali disponibili per l'intervento in questo settore;
- Le dinamiche del mercato del lavoro nazionale e locale, anche in termini

- di limitata flessibilità e difficoltà di accesso, ancor più nelle situazioni di svantaggio ed emarginazione;
- Le diverse potenzialità dell'inserimento nel mercato del lavoro (dal lavoro a tempo pieno al part-time, dal lavoro nel pubblico a quello nel privato, dal lavoro diurno a quello per turni, dal lavoro a tempo indeterminato a quello stagionale, ecc.);
  - Il rapporto estremamente diversificato con il mondo del lavoro da parte delle persone tossicodipendenti, oggi spesso già inserite anche se con forme precarie.

Fondamentale per lo sviluppo delle politiche e degli interventi regionali in materia di reinserimento lavorativo tossicodipendenti è il modello adottato per la gestione del Fondo regionalizzato di intervento per la lotta alla droga (art. 127, D.P.R. n. 309 del 9.10.90) per il finanziamento di progetti e interventi, sia pubblici sia del privato sociale, finalizzati al raggiungimento degli obiettivi della prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza. Per esempio, in sede di predisposizione dei progetti è possibile vincolare una quota del Fondo alla realizzazione di progetti finalizzati al reinserimento socio-lavorativo, individuati come area prioritaria di intervento, con l'obiettivo dello sviluppo coordinato e integrato di uno degli ambiti più carenti del Sistema delle dipendenze.

### **13. LA RETE ALCOLOGICA NEL SISTEMA DELLE DIPENDENZE**

L'abuso di alcol è causa diretta di malattia e uno dei principali determinanti di incidenti: tra l'altro si stima che almeno il 5% della popolazione presenti patologie alcolcorrelate di rilievo clinico. Ciononostante, il settore dell'alcolismo non dispone attualmente di una normativa quadro nazionale: presso il Parlamento giace da tempo il testo unificato delle 10 proposte di legge presentate sinora, ma non è prevedibile una sua approvazione nel prossimo futuro. La normativa nazionale in materia di alcolismo si rifà quindi tuttora al *Decreto ministeriale 3 agosto 1993 - Linee di indirizzo per la prevenzione, la cura, il reinserimento sociale e il rilevamento epidemiologico in materia di alcool-dipendenza*, applicativo del *D.P.R. 9.10.1990, n. 309* del Questo Decreto riconosce la rilevanza del fenomeno alcool-dipendenza, che va considerato alla stregua di una vera e propria malattia sociale, e l'esigenza di rispondere alle domande e ai bisogni posti dall'alcool-dipendenza e patologie correlate con interventi integrati e coordinati a livello medico, psicologico e sociale. Il Decreto prevede inoltre che la Regione programma e coordina la promozione della salute, la prevenzione, la cura, la riabilitazione e il reinserimento dei soggetti con problemi e patologie alcoolcorrelate, incentiva la ricerca, la formazione e l'aggiornamento degli operatori, definisce un sistema informatico di raccolta dati sull'andamento del fenomeno nel proprio ambito territoriale, assicurando i flussi nazionali previsti dalla normativa vigente.

Da un lato, si registra la presenza di servizi e strutture che assicurano, di fatto, l'intervento; dall'altro, la rilevanza del fenomeno richiede processi di integrazione per la costituzione di un sistema organico di intervento. Si individua pertanto un modello organizzativo, basato sulla "rete alcolologica" delle strutture e



dei servizi, composta da Medici di Medicina Generale, Gruppi di Autoaiuto, Volontariato e Ser.T.

In dettaglio, le diverse componenti della “rete alcologica” svolgono le seguenti funzioni:

➤ I Medici di Medicina Generale svolgono un importante compito nei confronti dei pazienti in particolare rispetto alla prevenzione ed alla educazione sanitaria, alla identificazione dei problemi alcolcorrelati, al contatto con le famiglie ed ai primi interventi di trattamento, direttamente o in collaborazione con altre strutture socio-sanitarie, in particolare con i Ser.T, e con i gruppi di autoaiuto e di volontariato.

➤ I Gruppi di autoaiuto e volontariato costituiscono un segmento significativo del percorso terapeutico, soprattutto nella fase riabilitativa. I principali gruppi di autoaiuto sono costituiti dagli Alcolisti Anonimi (con i gruppi familiari di Al-Anon) e dai Club Alcolisti in Trattamento (CAT. o Club ecologici). I rapporti tra volontariato e struttura socio-sanitaria pubblica sono regolati da apposite convenzioni in funzione delle esigenze specifiche delle diverse tipologie dei gruppi di autoaiuto. La collaborazione riguarda in primo luogo la possibilità di svolgere incontri di informazione nei luoghi di cura e riabilitazione, e la disponibilità di sedi per attuare l'attività programmata in collegamento con la "rete alcologica". Le convenzioni sono conformi allo schema-tipo predisposto dalla Regione.

➤ I Ser.T ai quali sono stati attribuiti compiti di intervento alcologico. In tale senso è stata disposta l'attivazione di almeno una struttura alcologica per Azienda ULSS, attraverso l'individuazione di un gruppo di operatori di diversa professionalità che operino in questo campo per un totale di circa 180 ore settimanali. Il modello organizzativo, secondo le determinazioni assunte da ciascuna Azienda, prevede:

- accoglienza e diagnosi dell'alcoolismo e dei problemi alcolcorrelati;
- disintossicazione;
- counselling motivazionale;
- supporto alle famiglie;
- collaborazione con altre strutture socio-sanitarie, coi medici di Medicina Generale e coi gruppi di autoaiuto;
- prevenzione ed educazione sanitaria, anche in relazione alle altre dipendenze.

In ogni Azienda è stata inoltre garantita la possibilità di ricoverare alcoolisti presso reparti ospedalieri, in collaborazione con il Ser.T.

## 14. IL VOLONTARIATO

In questi anni un grande ruolo nella lotta alla droga lo ha svolto il volontariato a cui va senza dubbio riconosciuto che con la propria disponibilità e intelligenza ha contribuito fortemente e direttamente alla realizzazione di interventi altamente utili ed efficaci. Non vi è dubbio quindi che nelle politiche Regionali deve trovare posto un articolato e completo piano che preveda il coinvolgimento diretto e responsabile del Volontariato a fronte di una precisa integrazione e coordinamento con i vari Dipartimenti Aziendali. Le organizzazioni esistenti nella nostra Regione sono attive sia nel campo delle tossicodipendenze che delle alcooldipendenze, settore in cui la ricchezza del contributo è particolarmente alta

e qualificata. Si ritiene quindi che vi sia la necessità di mantenere tale risorsa e di supportarla maggiormente per il futuro con appropriati provvedimenti. Da un punto di vista strategico e di programmazione Regionale le attività principali aree dove le organizzazioni del volontariato dovrebbero trovare un più proficuo impiego sono principalmente quelle della prevenzione primaria, dell'auto e mutuo aiuto (sia delle persone con dipendenza da sostanze sia dei loro familiari), del supporto alla riabilitazione e reinserimento sociale nonché l'accompagnamento ed orientamento ai centri di cura (Sert e/o Comunità terapeutiche).

## **15. LA GARANZIA DI UN MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITÀ: la valutazione costante dell'efficacia dei propri interventi, la corretta gestione delle risorse e i sistemi di accreditamento**

Per poter migliorare il sistema delle Dipendenze vi è la necessità di introdurre tecniche in grado di far aumentare la qualità dei Ser.T e delle Comunità. Ai fini di promuovere un continuo miglioramento quindi dei servizi pubblici e privati nel campo delle dipendenze, la Regione Veneto intende continuare ed incentivare la costruzione di un sistema organico che introduca le tecniche di miglioramento continuo della qualità fortemente orientato alla valutazione costante dei risultati sia dei SERT che delle Comunità. Tutto questo implementando ulteriormente anche il livello tecnologico informatico sia dei Sert che delle Comunità Terapeutiche supportandoli con opportune azioni di specifica formazione. Questo sistema dovrebbe essere centrato sul concetto di qualità valutata mediante l'utilizzo di sistemi di verifica e controllo e di metodologie scientifiche, che permettano di valutare oltre alle prestazioni erogate (output) anche i risultati finali ottenuti (outcome) a fronte delle risorse impiegate (input). Tutto questo inserendo quindi nei programmi di formazione ed aggiornamento degli operatori, specifici percorsi per l'acquisizione di queste tecniche che permettano di sviluppare un vero know how interno e permanente orientato al "management clinico e gestionale", indispensabile per garantire efficienza ma soprattutto efficacia.

Sarà inoltre indispensabile valutare gli esiti dei trattamenti puntando soprattutto a determinare, con valutazioni qualitative e quantitative, i risultati su cinque principali aspetti:

- a. discrepanza tra numero di TD stimati presenti sul territorio e numero di TD realmente in carico ai servizi e alle comunità e quelli non assistiti (differenza tra bisogno e reale offerta assistenziale - efficienza allocativa);
- b. durata della sospensione dell'uso delle sostanze stupefacenti valutata in relazione ai trattamenti;
- c. capacità di ridurre l'incidenza delle principali patologie correlate (infezione da HIV, epatiti, malattie sessualmente trasmesse, TBC e overdose) e la presenza di attività sociali devianti (criminalità e prostituzione);
- d. capacità di produrre un reale reinserimento sociale e lavorativo;
- e. costi assistenziali diretti generati con stima degli indiretti.



Per quanto riguarda l'attivazione di sistemi di accreditamento va ribadito che essi sono utili strumenti per migliorare e garantire nel tempo la qualità delle prestazioni. Risulta chiaro però che tali sistemi dovranno riguardare sia le organizzazioni del privato sociale che quelle del pubblico che necessariamente non potranno sottrarsi al rispetto di requisiti minimi e standard di funzionamento atti a garantire interventi di qualità.

Al fine di evitare facili speculazioni da parte di organizzazioni interessate più che a far crescere il sistema delle Dipendenze ad ottenere onerose e redditizie consulenze, vi è però la necessità ed opportunità di investire direttamente sul capitale umano ed organizzativo esistente nelle strutture operative, orientando i finanziamenti in questo campo particolarmente sulle aziende pubbliche evitando quindi, per quanto più possibile, il ricorso "in delega" ad agenzie private esterne che ultimamente prosperano nel nostro paese.

I progetti a valenza nazionale, inoltre, dovrebbero escludere ancora di più tali evenienze che mettono le Regioni e le Province Autonome in gravi difficoltà oltre a creare situazioni di vincolo e dipendenza tecnica fortemente inopportune e sicuramente da evitare. Qualsiasi organizzazione non appartenente alla funzione pubblica andrebbe fortemente controllata e calmierata onde evitare facili (e probabilmente già in atto) speculazioni in questo centrale e particolare campo.

Saranno pertanto da valorizzare, come puntualmente fatto dalla nostra Regione, soprattutto le esperienze e le iniziative derivanti da pubbliche amministrazioni ed aziende sanitarie (a cui saranno chiamate a partecipare attivamente e con ruolo primario le organizzazioni del privato sociale accreditato) che prevedano una gestione diretta ed una autonoma dei prodotti e delle metodologie, che risultino essere inoltre patrimonio comune e gratuitamente diffuso alle altre realtà pubbliche. Tutto questo evitando quindi di realizzare articolati sistemi di business finalizzati esclusivamente al profitto della solita anonima agenzia e non a far realmente crescere l'organizzazione sviluppando all'interno il know how necessario per il mantenimento del sistema in completa autonomia.

Questo documento rappresenta la sintesi delle politiche Regionali in tema di tossicodipendenze per iniziare un nuovo percorso verso una società libera dalle droghe. Quanto qui espresso è la proposta istituzionale della Regione Veneto per avviare una concreta concertazione tra tutti gli operatori del settore del pubblico, del privato sociale accreditato e del volontariato. Tutto questo al fine di trovare risposte concrete, coordinate in nuove e più forti sinergie, da proporre anche alla III Conferenza Nazionale sulla Droga di Genova.

I principi qui riportati rappresentano i moderni orientamenti che si vogliono promuovere per i prossimi anni, finalizzati a concretizzare una risposta sempre più efficace e puntuale alle problematiche di tutte le dipendenze patologiche. Il cammino che ci attende rappresenta la nuova sfida ad un vecchio problema, che ha assunto negli ultimi anni dimensioni sempre più preoccupanti ma che ci trova nuovamente insieme, impegnati e fortemente motivati a vincere questa battaglia, partendo dal valorizzare soprattutto la persona e la sua dignità.

**Antonio De Poli**

Assessore alle Politiche Sociali  
Regione del Veneto