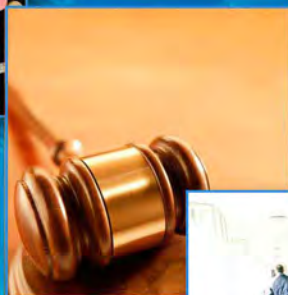




CARCERE & DROGA

Linee di indirizzo per l'incremento della fruizione dei percorsi alternativi al carcere per persone tossicodipendenti e alcolodipendenti sottoposte a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria limitativi o privativi della libertà personale.





Carcere e droga:

linee di indirizzo per l'incremento della fruizione dei percorsi alternativi al carcere per persone tossicodipendenti e alcolodipendenti sottoposte a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria limitativi o privativi della libertà personale.

A cura di:

Dott. Giovanni Serpelloni

Capo Dipartimento Politiche Antidroga - Presidenza del Consiglio dei Ministri

Dott. Roberto Mollica

Dirigente Osservatorio Dipartimento Politiche Antidroga - Presidenza del Consiglio dei Ministri

Dott. Carlo De Luca

Ass.te Capo Polizia di Stato, Unità Operativa Legale Dipartimento Politiche Antidroga - Presidenza del Consiglio dei Ministri

Dott.ssa Maria Condemi

Dirigente del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Supervisione:

Giulio Romano

Magistrato del Tribunale di Sorveglianza di Roma

Ringraziamenti:

Si ringraziano il Gruppo Abele, Forum Droghe, CNCA, Antigone, FICT, il Dipartimento delle Dipendenze dell'ULSS 20 di Verona, l'Unità Operativa Dipendenze "Istituti Penitenziari di Rebibbia" e il Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL Varese per il contributo nella revisione del testo e per gli stimoli forniti.

Progetto grafico e impaginazione a cura di:

Riccardo de Conciliis

Indice

Presentazione	5
Introduzione	7
Premessa	9
Gli ostacoli attuali	11
Processo per l'affidamento in prova	13
Attori	14
1. Il Ser.T	14
2. L'U.E.P.E.	14
3. Il Tribunale di Sorveglianza	15
4. La comunità terapeutica	15
Le tappe per l'affidamento in prova	16
Procedure per l'affidamento in prova e monitoraggio dell'impatto	19
Destinatari dell'affidamento	19
Modalità di presentazione della domanda di affidamento	19
La realizzazione del piano per la fruizione dei percorsi alternativi	19
Monitoraggio e valutazione dell'impatto	20
Risorse	21
Allegato A - Articolo 94: affidamento in prova in casi particolari	23
Allegato B - Scheda diagnostica (ICD IX CM)	25
Allegato C - Dati sui detenuti con uso o dipendenza da sostanze accertati dal Ser.T.	27
Allegato D - Riferimenti normativi concernenti l'assistenza, riabilitazione, cura e reinserimento dei soggetti tossicodipendenti e/o alcolodipendenti	28
Allegato E - Dipendenze da sostanze stupefacenti: principi per la definizione di organizzazioni e processi orientati al recupero e alla guarigione della persona tossicodipendente	31
Allegato F - Premesse e principi generali della posizione Italiana sulla lotta alla droga	42

Presentazione



Sen. Carlo Giovanardi

*Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri
con delega alle Politiche per la Famiglia, al contrasto delle Tossicodipendenze e al Servizio Civile*

La legislazione nel nostro paese è molto precisa relativamente al consumo di droghe e ai reati connessi allo spaccio, al traffico, alla produzione non autorizzata. Come chiaramente riportato nei testi di legge, usare droga non è un reato ma poichè espone a rischi e danni l'individuo che le assume e le terze persone in contatto con lui, viene considerato un illecito amministrativo, comporta sanzioni quali il ritiro della patente, del passaporto e del porto d'armi. Usare droghe quindi non è lecito e viene quindi considerato un comportamento scorretto, giustamente sanzionato e quindi disincentivato in quanto provoca gravi danni al soggetto ma anche a terze persone, oltre che alimentare la criminalità organizzata.

Si parla di reato, invece, con particolare riferimento alla produzione, allo spaccio e alla commercializzazione di sostanze stupefacenti. Reato che, come tale, va giustamente punito con pene che prevedono anche l'arresto.

In questo, però, non possiamo non considerare il fatto che anche le persone tossicodipendenti che commettono reati sono in realtà delle persone malate e che la tossicodipendenza è una malattia prevenibile, curabile e guaribile dalla quale è possibile quindi uscire. Pertanto anche le norme del nostro ordinamento, incentivano e sono orientate alla riabilitazione riconoscendo la possibilità anche ai tossicodipendenti reclusi di utilizzare percorsi alternativi al carcere, previsti dall'art. 94 del DPR 309/90, per rientrare in programmi di cura e riabilitazione presso comunità terapeutiche o strutture territoriali.

Questa alternativa però viene ancora troppo poco utilizzata e, nonostante vi sia stato nell'ultimo anno un incremento delle persone uscite dal carcere per intraprendere percorsi riabilitativi, è necessario incentivare e promuovere ancora di più tale processo.

Si è pensato, quindi, di attivare uno specifico progetto che possa aiutare ad incentivare ancora di più questo percorso virtuoso di riabilitazione e reinserimento sociale lavorativo delle persone tossicodipendenti che hanno commesso reati ma che potrebbero, se in possesso dei requisiti previsti, fruire dei benefici di legge. Per sostenere questo progetto e incrementare la fruizione di questi benefici, sono state scritte queste linee di indirizzo che mi auguro possano essere attivate e recepite su tutto il territorio nazionale al fine di incrementare, il numero delle persone, aventi diritto, che escono dal carcere e intraprendono percorsi di vera riabilitazione.

Introduzione

La presenza di persone tossicodipendenti o alcolodipendenti in carcere, per aver commesso reati di varia natura, comporta da sempre notevoli problemi sia per la gestione di queste persone all'interno di un ambiente di per sé così problematico, sia per la complessità che la cura di tale stato di malattia comporta. Non vi è dubbio che chi è affetto da tale condizione patologica debba e possa trovare opportune cure al di fuori del carcere e che esistano da tempo dispositivi di legge che permettono di poter realizzare tale intervento. Il D.P.R. 309/90 prevede esplicitamente tale possibilità per tutti coloro che siano in possesso di determinati requisiti e che abbiano un bisogno di cure in relazione alla presenza reale di uno stato di tossicodipendenza o alcolodipendenza.

Va registrato però che il ricorso all'art. 94 non è particolarmente presente e molte persone restano in carcere nonostante i loro diritti esigibili ed abbiano i requisiti per poter intraprendere percorsi alternativi finalizzati alla cura e alla riabilitazione.

Per chiarezza va ricordato che le persone tossicodipendenti o alcolodipendenti all'interno delle carceri, sono presenti per aver commesso vari tipi di reati e non per la condizione di tossicodipendenza. La legge punisce penalmente chi traffica o spaccia sostanze stupefacenti o chi commette altri tipi di reati anche non in relazione con il D.P.R. 309/90 ma non punisce penalmente alcuna persona per il suo stato di malattia quale la dipendenza e infatti non vi sono persone carcerate per il solo uso di sostanze stupefacenti.

Questo Dipartimento è fermamente convinto pertanto che il carcere non è e non deve essere un luogo di cura delle tossicodipendenze e, così come peraltro esplicitamente previsto dagli attuali atti normativi, le persone affette da tale condizioni debbano e possano essere inserite in programmi di cura e riabilitazione, sia territoriali che residenziali, al fine di restituirle ad una vita sana e ben integrata sia socialmente che lavorativamente.

I principali problemi che si sono voluti affrontare con questa pubblicazione sono quelli della grande disomogeneità che attualmente esiste nella formulazione della diagnosi di "tossicodipendenza", delle farraginose procedure utilizzate per poter celermente inserire le persone nelle misure alternative, dello scarso coordinamento con la magistratura di sorveglianza ed in ultima analisi della bassa percentuale di persone aventi diritto che fruiscono ad oggi dei benefici previsti dall'art. 94.

Ci auguriamo pertanto che queste linee di indirizzo possano contribuire a far aumentare il flusso delle persone tossicodipendenti e alcolodipendenti dal carcere verso percorsi di cura e riabilitazione, attraverso la partecipazione attiva di tutti gli attori coinvolti: i Sert, le Comunità terapeutiche, la Magistratura di sorveglianza, gli Uffici per l'esecuzione penale esterna, le Regioni e le Province Autonome che devono assumere come priorità l'uscita delle persone tossicodipendenti dal carcere.

Questo Dipartimento sta inoltre studiando la possibilità, al fine di diminuire ancora di più il flusso in carcere di persone tossicodipendenti che commettono reati, di poter attivare procedure d'affidamento nell'immediatezza dell'arresto in modo tale che, chi presenta le condizioni di bisogno di trattamento, possa usufruire di tale percorso alternativo ancora prima di entrare in carcere.

Infine va ricordato che l'effetto auspicato di far incrementare l'inserimento in percorsi alternativi al carcere mediante l'attivazione di percorsi di cura, sarà supportato e monitorato anche mediante l'attivazione di uno specifico progetto nazionale a supporto di questa iniziativa.

Si ringraziano le organizzazioni del privato sociale e del servizio pubblico per l'impulso iniziale dato alla realizzazione di questa pubblicazione anche con propria documentazione.

Dott. Giovanni Serpelloni

Capo Dipartimento Politiche Antidroga
Presidenza del Consiglio dei Ministri

Premessa

Con la legge n. 49 del 2006 sono state introdotte significative innovazioni al D.P.R. n.309 del 1990 in materia di stupefacenti. In particolare, per i condannati definitivi è stata aumentata l'entità della pena che può essere espiata fruendo della misura alternativa del cd. "affidamento terapeutico" ed ancora, coniugando l'esigenza di recupero del tossicodipendente con quelle di tutela sociale, è stata introdotta la possibilità di applicazione provvisoria del beneficio stesso da parte del magistrato di sorveglianza.

Il presupposto normativo

La richiesta volta ad usufruire dei percorsi alternativi al carcere per persone tossicodipendenti e alcolodipendenti sottoposte a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria limitativi o privativi della libertà personale può pervenire generalmente:

L'attuale ricorso alle misure alternative

Da soggetto in stato di libertà:

Se la pena detentiva deve essere eseguita nei confronti di persona tossicodipendente o alcolodipendente che abbia in corso un programma di recupero o che ad esso intenda sottoporsi, l'interessato può chiedere in ogni momento di essere affidato in prova al servizio sociale per proseguire o intraprendere l'attività terapeutica sulla base di un programma da lui concordato con un'azienda unità sanitaria locale o con una struttura privata autorizzata ai sensi dell'articolo 116. del D.P.R. 309/90

L'affidamento in prova in casi particolari può essere concesso solo quando deve essere espiata una pena detentiva, anche residua e congiunta a pena pecuniaria, non superiore a sei anni od a quattro anni se relativa a titolo esecutivo comprendente reato di cui all'articolo 4-bis della legge 26 luglio 1975, n. 354" la carcerazione inoltre ai sensi dell'art. art. 89 del D.P.R. .309/1990, può non essere disposta in caso di soggetto tossicodipendente/alcolodipendente, autore di reati ex art4-bis della legge 26 luglio 1975, n. 354. ,che si trovi agli arresti domiciliari, con in corso un programma terapeutico presso il S.E.R.T. o una struttura privata autorizzata, ai sensi dell'articolo 116. del D.P.R. 309/90, quando l'interruzione del programma può pregiudicare il recupero dell'imputato, ed inoltre la disposizione di cui alla lettera c) del comma 9 dell'articolo 656 del codice di procedura penale non si applica nei confronti di condannati, tossicodipendenti o alcolodipendenti, che abbiano in corso, al momento del deposito della sentenza definitiva, un programma terapeutico di recupero presso i servizi pubblici per l'assistenza ai tossicodipendenti ovvero nell'ambito di una struttura autorizzata nei casi in cui l'interruzione del programma può pregiudicarne la disintossicazione. In tale caso il pubblico ministero stabilisce i controlli per accertare che il tossicodipendente o l'alcolodipendente prosegua il programma di recupero fino alla decisione del Tribunale di sorveglianza e revoca la sospensione dell'esecuzione quando accerta che la persona lo ha interrotto.

Da soggetto agli arresti domiciliari condannato con sentenza definitiva

La pena da espiare deve essere, tuttavia, non superiore al limite previsto dall'art. 656 comma 5 c.p.p..La Procura, se provvede alla sospensione dell'esecuzione della pena, trasmetterà gli atti al Tribunale di Sorveglianza per la decisione di competenza.

Da persona detenuta

Se l'ordine di carcerazione è stato eseguito, la domanda è presentata al magistrato di sorveglianza il quale, se l'istanza è ammissibile, se sono offerte concrete indicazioni in

ordine alla sussistenza dei presupposti per l'accoglimento della domanda ed al grave pregiudizio derivante dalla protrazione dello stato di detenzione, qualora non vi siano elementi tali da far ritenere la sussistenza del pericolo di fuga, può disporre l'applicazione provvisoria della misura alternativa. (art. 94 D.P.R. n. 309/1990.)

Nonostante le procedure descritte, sulla base dei dati rilevati dalla relazione annuale 2010 al Parlamento sull'uso di sostanze stupefacenti e sullo stato delle tossicodipendenze, emerge che il ricorso alla misura alternativa per i condannati tossicodipendenti è ancora modesto producendosi l'effetto, tra gli altri, di non alleggerire l'annoso problema del sovraffollamento carcerario. Ed, infatti, è provato che una buona parte dei detenuti tossicodipendenti attualmente in carcere, e potenzialmente destinatari dell'affidamento ai sensi dell'articolo 94 del D.P.R. n. 309 del 1990, non riesce ad usufruire dei percorsi di cura descritti dalla norma così comportandosi non solo la frustrazione degli obiettivi della legge vigente ma rischiando di compromettere gravemente le potenzialità di recupero della persona ed il fondamentale diritto alla salute. Per ovviare a tale stato di cose e per cercare di incrementare il ricorso alle misure alternative risulta utile elaborare modalità operative delle procedure descritte dalle norme vigenti tali da poter agevolare tali processi riabilitativi ed essere seguite in modo omogeneo sul territorio nazionale.

**Gli obiettivi del Piano
d'Azione Nazionale
Antidroga**

In linea con gli obiettivi del piano di azione nazionale antidroga, che per la parte riguardante la legislazione prevede in sintesi la rimodulazione della normativa in vigore al fine di rendere maggiormente fruibile la possibilità di accesso alle misure alternative al carcere per le persone tossicodipendenti o alcolodipendenti, la promozione e la conclusione di un Atto di intesa Stato Regioni per rendere effettivi ed efficaci su tutto il territorio nazionale i flussi di accesso alle Comunità Terapeutiche in regime di misure alternative al carcere e, contemporaneamente, la creazione di un flusso dati costante all'Osservatorio nazionale per il monitoraggio dell'impatto della variazione della norma ed infine la promozione e l'attivazione di un sistema informatizzato di rilevazione delle disponibilità di inserimento delle comunità di recupero operanti sul territorio italiano, la finalità di questa proposta, è quella di voler articolare una procedura snella ed efficace di accesso da parte del detenuto tossicodipendente alcolodipendente alle misure alternative in modo tale da incrementare il numero delle persone tossicodipendenti/alcolodipendenti così definibili secondo criteri clinici scientificamente accreditati in uscita dal carcere verso percorsi alternativi di tipo riabilitativo.

**Finalità ed obiettivi delle
linee di indirizzo**

Il risultato che ci si prefigge è in buona sintesi quello di garantire la fruizione precoce dei diritti dei detenuti tossicodipendenti alla cura in misura alternativa e di creare un costante e migliore flusso di uscita che eviti il ricrearsi di situazioni di sovraffollamento delle carceri che peggiorano la qualità della vita di tutti i detenuti e contemporaneamente possa fornire un'alternativa terapeutica valida.

In questa ottica è, quindi, necessario stimolare l'attenzione delle Istituzioni Nazionali e Regionali, degli Enti locali, del Volontariato, della società civile sulle problematiche delle persone in esecuzione penale che presentano anche una condizione sanitaria di tossicodipendenza e/o alcol dipendenza, sensibilizzando tutti sugli attuali limiti del procedimento di applicazione dell'affidamento in prova descritto dall'art. 94 del T.U. n.309 del 1990.

Rispetto alla tipologia delle misure alternative accessibili entro le quali si predispone il piano per la singola persona dipendente, sarebbe necessario tener conto delle risorse complessive del piano, diversamente ripartite rispetto al numero degli aventi beneficio, delle disponibilità messe in campo dal privato sociale e della tipologie delle diverse misure previste.

Gli ostacoli attuali

In termini generali, le ragioni che verosimilmente non permettono, ad oggi, un ampio ricorso agli istituti previsti dal D.P.R. n. 309 del 1990 in favore dei tossicodipendenti possono individuarsi, nella mancanza di criteri univoci per l'accertamento e la certificazione dello stato di tossicodipendenza, nelle difficoltà incontrate dall'istituzione sanitaria nella pronta formulazione del programma di trattamento, nella mancanza di informazioni costantemente e in modo coordinato aggiornate sulla disponibilità, nell'ambito territoriale di interesse di programmi di recupero coerenti con le peculiarità dei programmi individualizzati di trattamento e nelle difficoltà della magistratura di sorveglianza a relazionarsi concretamente e in modo coordinato con le altre istituzioni che concorrono alla definizione del programma di recupero e reinserimento. Momento di criticità dell'attuale iter è segnato anche dal fatto che spesso, dopo l'individuazione di percorsi assistenziali idonei da un punto di vista sociosanitario, per ragioni legate alle attività criminali di cui è a conoscenza solo la magistratura di sorveglianza, il programma proposto (spesso faticosamente realizzato) non può essere accettato, invalidando sforzi e impegni non di poco conto.

Le criticità rilevate

Alla presenza dei descritti ostacoli si unisce una ulteriore difficoltà derivante dal fatto che attualmente l'ammissione del detenuto tossicodipendente al cd. "affidamento terapeutico" costituisce il punto di arrivo di un procedimento complesso le cui parti sono, l'istituzione carceraria, l'Uepe, il Ser.T, le Comunità terapeutiche (negli affidamenti residenziali e semiresidenziali) e la Magistratura di sorveglianza.

Le Regioni non partecipano direttamente al procedimento ma hanno il fondamentale ruolo di regolamentare ed organizzare tali attività e di individuare e mettere a disposizione delle aziende sanitarie le risorse economiche destinate all'esecuzione della misura alternativa.

Il ruolo delle Regioni

Per il buon esito del procedimento sarebbe necessario pertanto, che coloro che vi prendono parte agiscano in sintonia nella piena consapevolezza del ruolo che ciascuno assume rispetto a quello di tutti gli altri e secondo un protocollo condiviso e conosciuto da tutti: ciò allo stato non costituisce la regola.

Il procedimento, infatti, inizia sulla base dell'istanza dell'interessato, sovente formulata con l'unico obiettivo di "uscire dal carcere" quando ogni altra soluzione "più facile e meno impegnativa" appare priva di prospettive. In questo modo sono presentate, a volte, istanze pretestuose, le quali avviano il procedimento e saranno riconosciute come tali solo quando lo stesso sarà (inutilmente e dispendiosamente) arrivato al magistrato di sorveglianza. Al contempo possono restare privi di opportunità coloro che hanno i requisiti per l'ammissione al beneficio ma sono privi di indicazioni.

L'iter procedurale per l'affidamento in prova

I medesimi soggetti possono rimanere oltremodo penalizzati, così, non solo dalla inadeguatezza dell'organizzazione e del coordinamento tra le parti ma anche dal numero di domande non sostenute dalla ricorrenza dei presupposti giuridici per l'ammissione che rallentano o bloccano le procedure.

Come già segnalato a volte il Ser.T inizia la verifica (secondo criteri non sempre uniformi) della condizione di tossicodipendenza senza sapere se sussistano o meno le condizioni giuridiche affinché (eventualmente) il beneficio possa essere concesso.

L'Uepe svolge un'indagine socio-familiare (che richiede tempi lunghi e condiziona la formulazione dell'ipotesi trattamentale da parte dell'equipe di osservazione, quindi l'intero procedimento) che la magistratura potrebbe non ritenere indispensabile (ad esempio nell'affidamento residenziale).

L'individuazione del tipo di programma a volte non è strettamente correlata al tipo di cure di cui l'interessato è bisognoso bensì all'opportunità che in concreto si presenta (ad esempio per l'interessamento di familiari) con la conseguenza che al termine del procedimento il programma prospettato viene ritenuto non adeguato dal tribunale.

Necessità di un'anagrafe aggiornata

A ciò si aggiunga che manca un'anagrafe (costantemente aggiornata) delle disponibilità semiresidenziali e residenziali come anche delle caratteristiche dei programmi terapeutici attivati, come pure manca l'individuazione e la formalizzazione di criteri predeterminati per l'ammissione al programma terapeutico individuato come idoneo. Il sistema attuale pecca anche di un'analisi quantitativa precisa su scala regionale di coloro che sono realmente tossicodipendenti e che quindi, potenzialmente potrebbero essere ammessi al beneficio (onde non è possibile da parte della competente Regione calcolare i veri costi potenziali e destinare i relativi fondi con cognizione di causa).

Problema ultimo, ma non marginale, è che la magistratura di sorveglianza non "guida" l'iter istruttorio del procedimento già nelle sue fasi iniziali ma interviene solo nella fase finale.

Circostanze come quelle indicate comportano che non tutti coloro che potrebbero essere ammessi al beneficio lo siano, che siano impegnate risorse nello svolgimento di procedimenti che non hanno buon esito, che si verifichino disparità di trattamento, che la magistratura di sorveglianza venga impegnata nella definizione di procedimenti che non si concludono in modo utile.

Processo per l'affidamento in prova

Il nuovo processo per l'affidamento in prova, per superare le criticità e le difficoltà che rendono farraginoso il sistema attuale, prevede, dunque, in buona sintesi, che il primo step sia quello dell'accertamento dei detenuti definitivi ristretti negli istituti penitenziari che risultino tossicodipendenti, nel rispetto del D.M.12 luglio 1990 n.186, secondo l'ICD IX CM. A tale prima verifica segue la redazione di un elenco comprendente i soggetti ritenuti potenziali fruitori del beneficio.

Affinchè però l'iter per l'affidamento in prova possa proseguire occorre che il detenuto dichiari di voler godere della misura alternativa dell'affidamento in prova in modo tale che la struttura carceraria ne possa trasmettere la richiesta al magistrato di sorveglianza al quale spetterà la verifica in ordine alla sussistenza dei presupposti giuridici di ammissibilità al percorso alternativo. All'esito di tale verifica potrà essere redatto un elenco di tossicodipendenti "eleggibili" con eventuale indicazione della collocazione più idonea in base anche ad eventuali ragioni di sicurezza o a motivazioni connesse alla tipologia di reati per i quali sono ristretti.

A questo punto il Ser.T, previo anche raccordo con l'U.E.P.E. procede alla definizione del programma e alla identificazione della struttura di accoglienza per il singolo detenuto. Il percorso di affidamento inizia solo dopo che il Magistrato di sorveglianza autorizza il detenuto alla misura alternativa prescelta. Ovviamente durante lo svolgimento della misura alternativa sono previsti controlli e verifiche all'esito delle quali è subordinata la conferma o la revoca della misura da parte della magistratura di sorveglianza.

È evidente che tale tipo di procedimento nel coinvolgere tanti soggetti (struttura carceraria, Asl, Ser.T, U.E.P.E. e Tribunale di sorveglianza) comporta che tra di essi vi sia collaborazione e veicolazione di informazioni. Ciò si rende indispensabile al fine di velocizzare le procedure, ridurre i costi e raggiungere rapidamente il risultato. Sarà, quindi, possibile che tra i vari soggetti coinvolti nel procedimento vengano stipulati accordi o convenzioni per il miglior funzionamento del procedimento di affidamento.

Il nuovo modello procedurale

Attori

Gli attori del procedimento sono:

1. Il Ser.T

Le competenze del Ser.T

Il trattamento e la riabilitazione della dipendenza da sostanze legali ed illegali sono assicurate dal Servizio Sanitario Regionale attraverso i competenti servizi delle Aziende USL, denominati Ser.T (servizi per le tossicodipendenze). Il Servizio Tossicodipendenze svolge attività di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi da uso/abuso, dipendenza da sostanze psicoattive, legali e illegali. All'interno del Ser.T opera una équipe multidisciplinare, composta da professionisti di differenti competenze (medici, psicologi, assistenti sociali, educatori professionali, infermieri professionali, per garantire una presa in carico globale ed unitaria che valorizza la centralità della persona. Il percorso di osservazione e diagnosi, attuato nella fase iniziale, è finalizzato a proporre trattamenti terapeutico-riabilitativi individualizzati, integrati e flessibili.

Il Ser.T si occupa, inoltre, di tutte le problematiche correlate al trattamento delle dipendenze patologiche, attraverso strategie multidisciplinari di recupero e assistenza, sia dal punto di vista sanitario, sia da quello educativo, sociale e psicologico, mettendo in atto interventi di tutela della salute e di reinserimento nel tessuto sociale. Particolare attenzione è rivolta alla prevenzione delle malattie infettive, alle patologie croniche correlate all'abuso di sostanze, alla qualità della vita e all'integrazione sociale della persona.

Nel procedimento per l'affidamento in prova il Ser.T svolge un ruolo determinante in quanto accompagna il detenuto tossicodipendente sin dal suo ingresso in carcere all'atto della verifica dello stato di dipendenza per poi seguirlo, una volta che il Magistrato di sorveglianza ha dato l'autorizzazione all'affidamento in prova, per la definizione del programma di trattamento e la relativa identificazione della struttura terapeutica.

Il Ser.T resta presente nella storia del soggetto "affidato" anche in corso di trattamento, verificando l'andamento del programma terapeutico redigendo apposite relazioni che occorreranno al tribunale di sorveglianza per disporre la conferma o la revoca della misura alternativa.

2. L'U.E.P.E.

Le competenze dell'U.E.P.E

Gli uffici per l'esecuzione penale esterna, oltre ad altri compiti indicati dall'art.72 della legge 26 luglio 1975, n. 354, concernente le norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà, ricoprono un ruolo importante nell'iter del processo di affidamento ed in particolare:

- a) svolgono le indagini socio-familiari per l'applicazione delle misure alternative alla detenzione ai condannati;
- b) propongono all'autorità giudiziaria il programma di trattamento da applicare ai condannati che chiedono di essere ammessi all'affidamento in prova e alla detenzione domiciliare;
- c) controllano l'esecuzione dei programmi da parte degli ammessi alle misure al-

ternative, ne riferiscono all'autorità giudiziaria, proponendo eventuali interventi di modificazione o di revoca.

3. Il Tribunale di sorveglianza

La Magistratura di sorveglianza è la parte del sistema giudiziario che si occupa della sorveglianza sull'esecuzione della pena, ha il compito di vigilare sull'esecuzione della pena nel rispetto dei diritti dei detenuti e degli internati, interviene in materia di applicazione di misure alternative alla detenzione, di esecuzione di sanzioni sostitutive, di applicazione ed esecuzione di misure di sicurezza.

Con specifico riferimento alla materia di interesse, il tribunale di sorveglianza concede e revoca l'affidamento in prova al servizio sociale e dichiara l'estinzione delle pene a seguito dell'esito positivo della misura. Più specificatamente, la magistratura di sorveglianza interviene nel procedimento per l'affidamento in prova nel momento in cui dalla struttura carceraria giunge l'indicazione della richiesta di ammissione al beneficio da parte dei soggetti che sono stati verificati essere potenziali fruitori della misura alternativa. A tal punto spetta al magistrato di sorveglianza verificare la sussistenza dei criteri giuridici richiesti dalla norma (art. 94 D.P.R. 309/90) per ammettere i soggetti richiedenti alla misura alternativa ed eventualmente segnalare al Ser.T quale sia la migliore e più idonea collocazione anche in ragione di eventuali motivi di sicurezza. Al Tribunale di sorveglianza spetta l'autorizzazione per l'affidamento in prova e il provvedimento per la conferma e la revoca della misura.

Le competenze della
Magistratura di sorveglianza

4. La comunità terapeutica

Garantisce un servizio residenziale di secondo livello prevedendo che la permanenza degli ospiti sia finalizzata allo svolgimento di un percorso terapeutico volto al recupero ed al reinserimento.

La comunità terapeutica, nel processo di affidamento in prova, svolge un ruolo determinante interagendo con gli altri soggetti (Ser.T, Magistrato di sorveglianza ed U.E.P.E.) ed accogliendo il detenuto tossicodipendente/alcolodipendente ai fini dell'espiazione della pena.

Attesa la particolare posizione giuridica soggettiva del soggetto ristretto, la comunità terapeutica mantiene i rapporti con l'autorità giudiziaria alla quale invia relazioni sull'andamento del trattamento terapeutico anche sulla scorta di quanto evidenziato dagli uffici dell'U.E.P.E.

La comunità che accoglie il soggetto affidato assume su di sé la responsabilità della cura dello stesso sia con riferimento al rispetto delle norme che garantiscono l'espiazione della pena (divieto di incontro limitazioni della libertà.) sia per quanto consta più specificatamente lo svolgimento del programma di recupero.

Tanto è che l'art.94, comma 6 ter, prevede che il responsabile della struttura presso cui si svolge il programma terapeutico di recupero e socio-riabilitativo è tenuto a segnalare all'autorità giudiziaria le violazioni commesse dalla persona sottoposta al programma. Qualora tali violazioni integrino un reato, in caso di omissione, l'autorità giudiziaria ne dà comunicazione alle autorità competenti per la sospensione o revoca dell'autorizzazione di cui all'articolo 116 e dell'accreditamento di cui all'articolo 117, ferma restando l'adozione di misure idonee a tutelare i soggetti in trattamento presso la struttura.

Il ruolo delle comunità
terapeutiche

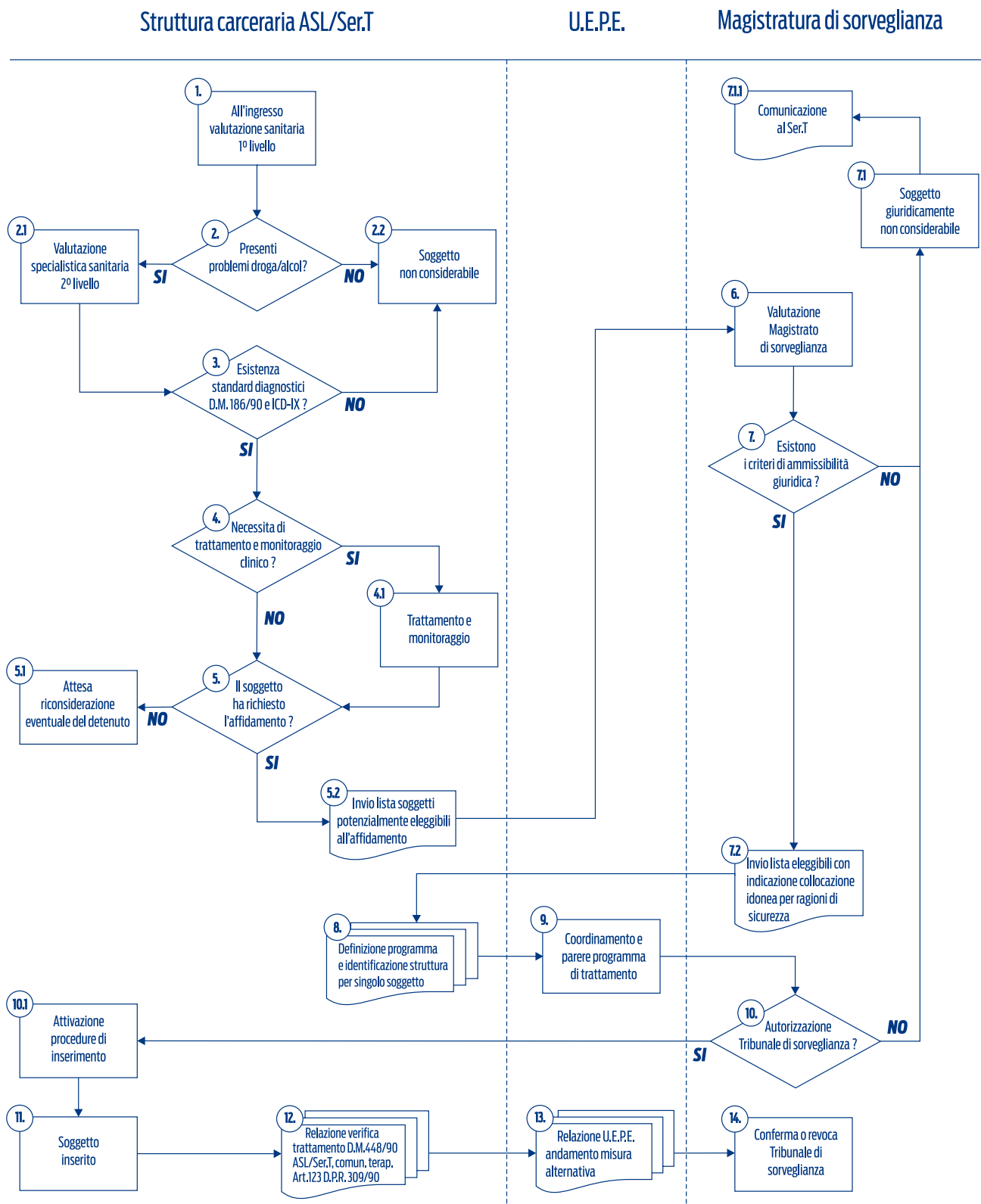
Le tappe per l'affidamento in prova

Prima di entrare nel cuore della proposta e degli indirizzi individuati si ritiene necessario riportare schematicamente il processo di definizione per l'accesso delle persone tossicodipendenti reclusi alle misure alternative (vedi algoritmo successivo).

Quello che segue è il procedimento che riguarda i tossicodipendenti detenuti o internati: e sarà attuato se compatibile ai percorsi alternativi al carcere per persone tossicodipendenti e alcolodipendenti sottoposte a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria limitativi o privativi della libertà personale precedentemente descritti.

1. L'art. 23 del DPR 30 giugno 2000 n. 230, regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario sulle misure privative e limitative della libertà personale, stabilisce che all'ingresso un esperto dell'osservazione e trattamento effettui un colloquio con il detenuto o internato, per verificare se può affrontare la detenzione ed eventualmente quali interventi effettuare, viene quindi effettuata la visita medica che deve rilevare eventuali problemi di salute, compresa la dipendenza da alcool o da sostanze stupefacenti.
2. È il momento in cui si verifica se il soggetto è o meno tossicodipendente/ alcolodipendente.
 - 2.1. Se si verifica che il detenuto ha problemi di tossicodipendenza / alcolodipendenza, è segnalato al Servizio tossicodipendenze operante all'interno dell'istituto.
 - 2.2. Il soggetto non risultato tossicodipendente / alcolodipendente viene escluso dal potenziale iter per l'affidamento e segue il normale iter per la reclusione.
3. Il Servizio tossicodipendenze operante all'interno dell'istituto verifica lo stato di tossicodipendenza / alcolodipendenza. attraverso il controllo della ricorrenza dei criteri individuati nel D.M.186/90 e secondo l'ICD - IX .
4. È il momento in cui si procede con la verifica della necessità di sottoporre il soggetto al trattamento clinico e al relativo monitoraggio.
 - 4.1. Il Servizio tossicodipendenze operante all'interno dell'istituto carcerario effettuerà il trattamento terapeutico nei confronti del soggetto tossicodipendente/ alcolodipendente.
5. Il soggetto ha la possibilità di richiedere l'affidamento in prova ai sensi dell'art.94 del D.P.R. 309/90.
 - 5.1. Il soggetto decide di non richiedere l'affidamento in prova ai sensi dell'art.94 del D.P.R. 309/90 e continua l'esecuzione della pena in carcere.

- 5.2. Viene completato un elenco con i soggetti ritenuti potenziali fruitori del beneficio che ne hanno fatto richiesta ed inviato al Magistrato di sorveglianza.
6. Valutazione da parte del Magistrato di sorveglianza su ogni singola richiesta pervenuta concernente il godimento della misura alternativa dell'affidamento in prova.
7. Il Magistrato di sorveglianza valuta se ricorrono i criteri richiesti dall'art.94 del D.P.R. 309/90 per procedere con l'affidamento (limiti di pena, numero di concessioni del beneficio).
- 7.1. Individuazione dei soggetti non in possesso dei requisiti giuridici di ammissibilità.
 - 7.1.1. Comunicazione al Ser.T dei soggetti individuati al punto 7.1.
- 7.2. Individuazione dei soggetti che possono essere ammessi al beneficio corredato dalle indicazioni da parte del Magistrato di sorveglianza di eventuali indicazioni in ordine alla migliore collocazione utile per garantire la corretta esecuzione della misura alternativa.
- 8 e 9. È la fase in cui il Ser.T. definisce, con il raccordo dell'U.E.P.E., il programma terapeutico studiato per il singolo e indica la struttura (comunità terapeutica) più idonea per l'esecuzione e lo svolgimento dello stesso.
10. Il Tribunale di sorveglianza previa verifica del programma terapeutico e vagliata la conformità della struttura identificata ad accogliere il detenuto da affidare per il raggiungimento del fine del recupero e della riabilitazione, autorizza la misura alternativa.
- 10.1. Si mette in moto la macchina per l'inserimento in comunità terapeutica o in programmi territoriali a favore del detenuto.
11. Il detenuto viene inserito nel programma terapeutico ed inizia, ove questo non sia già in corso, il percorso terapeutico.
- 12 e 13. Il Ser.T e l'U.E.P.E. controllano l'andamento del programma terapeutico. Il direttore dell'U.E.P.E, in quanto responsabile del programma di trattamento ed il coordinatore Ser.T in quanto responsabile degli obiettivi terapeutico riabilitativi, monitorizzano costantemente il detenuto affidato con il fine di produrre le relazioni necessarie per consentire al Magistrato di sorveglianza l'opportunità di far proseguire l'iter terapeutico- riabilitativo presso la comunità.
14. Preso atto delle relazioni di cui ai punti 12.0 e 13.0 il Magistrato di sorveglianza può confermare o revocare la misura alternativa.



Procedure per l'affidamento in prova e monitoraggio dell'impatto

Destinatari dell'affidamento

I tossicodipendenti aventi diritto saranno, indipendentemente dalla sostanza di abuso, quelli che presentano una condizione di dipendenza come prevista dall'ICD IX CM: dovranno essere certificati da parte del medico del Ser.T mediante l'applicazione di criteri diagnostici rilevati con procedure di accertamento standardizzate, formali e condivise. Sono da considerare come criteri di esclusione:

Criteri diagnostici di
inclusione

- a) l'assenza di richiesta formale da parte del detenuto avente diritto;
- b) un residuo pena che si collochi all'interno del tempo di definizione ed approvazione del percorso individuale di misura alternativa, quantificabile in 30 giorni;

Criteri di esclusione

Modalità di presentazione della domanda di affidamento

L'istanza può provenire solo dai soggetti ritenuti ad un primo screening "elegibili" in quanto in espiazione di pena definitiva e ritenuti tossicodipendenti/alcolodipendenti. La domanda va presentata al Magistrato di sorveglianza del luogo di detenzione. La prassi valutativa del Tribunale di sorveglianza si dovrà basare, nel rispetto di quanto stabilito dal comma 4 dell'art.94, su una valutazione dell'adeguatezza del programma terapeutico, non solo sotto il profilo della sua idoneità al recupero, ma anche sotto l'aspetto della sua rispondenza alla prevenzione del pericolo di commissione di reati. Momento fondamentale è l'accertamento in ordine alla seria, non strumentale e motivata intenzione di percorrere l'iter terapeutico in quanto da questo dipende la probabilità dell'interruzione dell'iter di recupero. Il Tribunale può peraltro disporre ogni opportuno accertamento in ordine al programma terapeutico concordato e richiedere notizie rispetto allo svolgimento effettivo del programma di recupero.

La valutazione di idoneità del percorso riabilitativo effettuata dal Ser.T secondo parametri essenzialmente terapeutico riabilitativi sarà quindi parte integrante del giudizio di idoneità definitivo.

La promozione e l'attivazione delle linee di indirizzo per la fruizione dei percorsi alternativi

L'applicazione delle linee di indirizzo prevede, tra le altre azioni, l'attivazione di un tavolo tecnico nazionale, presso il Dipartimento politiche antidroga, composto da:

Coordinamento nazionale

- Il Dipartimento politiche antidroga.
- Rappresentanti del Ministero della Giustizia.
- Le rappresentanze regionali.
- Le rappresentanze del privato sociale (Enti accreditati).

- Operatori dei Ser.T.

I compiti principali di questo gruppo saranno quelli di fornire un supporto al coordinamento generale, promozione dell'applicazione delle linee di indirizzo e la verifica e valutazione dei risultati ottenuti.

Gruppi regionali

L'applicazione concreta delle linee di indirizzo prevede una articolazione operativa a livello regionale. Per ogni regione è necessario e auspicabile si costituisca un gruppo di coordinamento regionale composto da:

- ufficio regionale delle dipendenze;
- rappresentanza dei Ser.T;
- rappresentanza del privato sociale e del volontariato coinvolto nelle attività in carcere;
- rappresentanza della Magistratura di sorveglianza e dei giudici di merito;
- rappresentanza dell'Ufficio per l'Esecuzione Penale Esterna (UEPE);
- garante regionale dei detenuti.

Monitoraggio e valutazione dell'impatto

Macroindicatori

L'applicazione del piano dovrà essere sottoposta a monitoraggio e valutazione al fine di poterne misurare l'impatto in termini di efficacia. In termini generali il monitoraggio dovrà considerare i seguenti macro indicatori sia per i tossicodipendenti che per gli alcoldipendenti, escludendo i soggetti con applicazione della legge 199/2010 concernente disposizioni relative all'esecuzione presso il domicilio delle pene detentive non superiori ad un anno:

- N° totale di detenuti tossicodipendenti che hanno richiesto l'affidamento in prova (art. 94 DPR 309/90);
- N° totale di detenuti tossicodipendenti che al momento della richiesta possedevano i requisiti (pena < 6 anni, non aver già beneficiato 2 volte dell'affidamento) per l'affidamento in prova (art. 94 DPR 309/90);
- N° totale di detenuti tossicodipendenti che sono usciti dal carcere in base ad un'ordinanza del Tribunale di sorveglianza per l'affidamento in prova (art. 94 DPR 309/90);
- N° totale di detenuti alcoldipendenti che hanno richiesto l'affidamento in prova (art. 94 DPR 309/90);
- N° totale di detenuti alcoldipendenti che al momento della richiesta possedevano in requisiti (pena < 6 anni, non aver già beneficiato 2 volte dell'affidamento) per l'affidamento in prova (art. 94 DPR 309/90);
- N° totale di detenuti alcoldipendenti che hanno ottenuto un'ordinanza del Tribunale di Sorveglianza per l'affidamento in prova (art. 94 DPR 309/90);

Questo permetterà di monitorare meglio l'andamento del fenomeno osservato e di analizzare l'evoluzione temporale della numerosità dei soggetti stessi, in particolare:

- percentuale di soggetti con dipendenza sul totale dei soggetti con problemi droga/alcol correlati detenuti
- distribuzione delle tipologie dei soggetti per
 - sesso e classe di età
 - sostanza primaria

Ulteriori dati a supporto di analisi più approfondite sono la percentuale di soggetti per cui vi è stata l'esecuzione del drug test all'ingresso e il suo esito, la provenienza geografica dei soggetti e la loro posizione giuridica, la tipologia di trattamento erogato e la situazione sierologica per HIV ed epatiti e clinica complessiva.

In fase di preparazione all'avvio dell'intervento a favore dei detenuti aventi diritto, sarebbe preliminarmente necessario:

Fase preliminare conoscitiva

- Definire il numero dei soggetti beneficiari su base regionale, anche tramite un lavoro capillare, di informazione dei detenuti e di raccolta attiva di domande di avviamento alla misura alternativa.
- Definire le risorse territoriali e di comunità potenzialmente disponibili per ogni singolo territorio;
- Quantificare le risorse di budget necessarie alla realizzazione dei programmi di alternativa alla pena rispetto al numero di richieste e calcolare la differenza.

Questa fase di ricognizione della domanda e dell'offerta, quindi è finalizzata alla quantificazione del numero di persone tossicodipendenti che mediamente accedono ogni mese agli istituti penitenziari regionali per meglio calcolare le risorse necessarie a regime; la predisposizione dei progetti individuali è sottoposto alla approvazione da parte della magistratura di competenza.

Risorse

A decorrere dal 14 giugno 2008, in attuazione del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1 aprile 2008, sono state trasferite al Servizio Sanitario Nazionale tutte le competenze sanitarie della medicina generale, specialistica, i rapporti di lavoro e le risorse economiche e strumentali finora in capo al Ministero della Giustizia (le materie relative alle tossicodipendenze e alla medicina preventiva erano già state affidate al SSN con il D. Lgs. n. 230/1999).

Le competenze regionali

Detto trasferimento costituisce un processo particolarmente impegnativo per tutte le istituzioni interessate, in primo luogo per le Regioni e le Province Autonome che diventano titolari dell'assistenza e dell'attivazione delle misure alternative dei soggetti reclusi. Alle Regioni si richiederà di indicare le risorse dedicate e vincolate per sostenere l'applicazione delle linee di indirizzo e l'incremento dell'applicazione dell'art.94, anche in considerazione di un adeguamento delle rette delle comunità terapeutiche.

Una parte delle risorse disponibili dovrebbe riguardare la fase più delicata del piano terapeutico, vale a dire il passaggio dalla comunità al territorio per fine pena o per fine programma. Al momento dell'archiviazione del provvedimento alcuni soggetti potrebbero trovarsi nella situazione di mancanza di un domicilio e /o assenza di una attività lavorativa: è pertanto necessario, nella valutazione del singolo caso, prevedere quindi le necessità oggettive e soggettive dell'individuo e programmarne gli interventi specifici. Vi è poi il problema dei cittadini di Paesi non aderenti all'Unione Europea che, una volta terminata la pena, possono essere espulsi anche a programma in corso e dopo aver magari ottenuto buoni risultati. L'azione di inserimento e di reinserimento sociale richiede un forte impegno da parte degli attori coinvolti direttamente nel piano e da parte delle reti territoriali che dovrebbero farsi carico della persona una volta terminato il percorso previsto. Per quanto riguarda gli affidamenti territoriali, queste risorse dovrebbero essere approntate contestualmente all'inizio del programma terapeutico.



Allegati

Allegato A

Articolo 94: Affidamento in prova in casi particolari

1. Se la pena detentiva deve essere eseguita nei confronti di persona tossicodipendente o alcolodipendente che abbia in corso un programma di recupero o che ad esso intenda sottoporsi, l'interessato può chiedere in ogni momento di essere affidato in prova al servizio sociale per proseguire o intraprendere l'attività terapeutica sulla base di un programma da lui concordato con un'azienda unità sanitaria locale o con una struttura privata autorizzata ai sensi dell'articolo 116. L'affidamento in prova in casi particolari può essere concesso solo quando deve essere espiata una pena detentiva, anche residua e congiunta a pena pecuniaria, non superiore a sei anni od a quattro anni se relativa a titolo esecutivo comprendente reato di cui all'articolo 4-bis della legge 26 luglio 1975, n. 354, e successive modificazioni. Alla domanda è allegata, a pena di inammissibilità, certificazione rilasciata da una struttura sanitaria pubblica o da una struttura privata accreditata per l'attività di diagnosi prevista dal comma 2, lettera d), dell'articolo 116 attestante lo stato di tossicodipendenza o di alcolodipendenza, la procedura con la quale è stato accertato l'uso abituale di sostanze stupefacenti, psicotrope o alcoliche, l'andamento del programma concordato eventualmente in corso e la sua idoneità, ai fini del recupero del condannato. Affinchè il trattamento sia eseguito a carico del Servizio sanitario nazionale, la struttura interessata deve essere in possesso dell'accREDITAMENTO istituzionale di cui all'articolo 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, ed aver stipulato gli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies del citato decreto legislativo.
2. Se l'ordine di carcerazione è stato eseguito, la domanda è presentata al magistrato di sorveglianza il quale, se l'istanza è ammissibile, se sono offerte concrete indicazioni in ordine alla sussistenza dei presupposti per l'accoglimento della domanda ed al grave pregiudizio derivante dalla protrazione dello stato di detenzione, qualora non vi siano elementi tali da far ritenere la sussistenza del pericolo di fuga, può disporre l'applicazione provvisoria della misura alternativa. Si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni di cui al comma 4. Sino alla decisione del tribunale di sorveglianza, il magistrato di sorveglianza è competente all'adozione degli ulteriori provvedimenti di cui alla legge 26 luglio 1975, n. 354, e successive modificazioni.
3. Ai fini della decisione, il tribunale di sorveglianza può anche acquisire copia degli atti del procedimento e disporre gli opportuni accertamenti in ordine al programma terapeutico concordato; deve altresì accertare che lo stato di tossicodipendenza o alcolodipendenza o l'esecuzione del programma di recupero non siano preordinati al conseguimento del beneficio. Si applicano le disposizioni di cui all'articolo 92, commi 1 e 3.
4. Il tribunale accoglie l'istanza se ritiene che il programma di recupero, anche attraverso le altre prescrizioni di cui all'articolo 47, comma 5, della legge 26 luglio 1975, n. 354, contribuisce al recupero del condannato ed assicura la prevenzione del pericolo che egli commetta altri reati. Se il tribunale di sorveglianza dispone l'affidamento, tra le prescrizioni impartite devono essere comprese quelle che determinano le modalità di esecuzione del programma. Sono altresì stabilite le prescrizioni e le forme di controllo per accertare che il tossicodipendente o l'alcolodipendente inizi immediatamente o prosegua il programma di recupero. L'esecuzione della pena si considera iniziata dalla data del verbale di affidamento, tuttavia qualora il programma terapeutico al momento della decisione risulti già positivamente in corso, il tribunale, tenuto conto della durata delle limitazioni alle quali l'interessato si è spontaneamente sottoposto e del suo comportamento, può determinare una diversa, più favorevole data di decorrenza dell'esecuzione.

5. L'affidamento in prova al servizio sociale non può essere disposto, ai sensi del presente articolo, più di due volte.
6. Si applica, per quanto non diversamente stabilito, la disciplina prevista dalla legge 26 luglio 1975, n. 354, come modificata dalla legge 10 giugno 1986, n. 663.
- 6-bis. Qualora nel corso dell'affidamento disposto ai sensi del presente articolo l'interessato abbia positivamente terminato la parte terapeutica del programma, il magistrato di sorveglianza, previa rideterminazione delle prescrizioni, può disporre la prosecuzione ai fini del reinserimento sociale anche qualora la pena residua superi quella prevista per l'affidamento ordinario di cui all'articolo 47 della legge 26 luglio 1975, n. 354.
- 6-ter. Il responsabile della struttura presso cui si svolge il programma terapeutico di recupero e socio-riabilitativo è tenuto a segnalare all'autorità giudiziaria le violazioni commesse dalla persona sottoposta al programma. Qualora tali violazioni integrino un reato, in caso di omissione, l'autorità giudiziaria ne dà comunicazione alle autorità competenti per la sospensione o revoca dell'autorizzazione di cui all'articolo 116 e dell'accreditamento di cui all'articolo 117, ferma restando l'adozione di misure idonee a tutelare i soggetti in trattamento presso la struttura.

Allegato B

Scheda Diagnostica

Il periodo di riferimento per le osservazioni clinico-anamnestiche è quello immediatamente precedente la carcerazione

A. Documentazione disponibile sulla possibile assunzione di sostanze o sullo stato di dipendenza

1. Documentazione del Ser.T

☐ Sì

☐ No

2. Autodichiarazione del paziente

☐ Sì

☐ No

B. Osservazione e accertamento all'ingresso

1. presenza segni e/o sintomi di astinenza psico-fisica rilevati dal medico all'ingresso

☐ Sì

☐ No

2. analisi tossicologiche

Non eseguito

Negativo

Positivo

Eroina

☐
☐
☐

Cocaina

☐
☐
☐

Amfetamine

☐
☐
☐

Metadone

☐
☐
☐

Cannabis

☐
☐
☐

Altro: _____

☐
☐
☐

C. Criteri diagnostici per la dipendenza secondo DSM-IV

SOSTANZA PRIMARIA: _____

Una modalità patologica d'uso della sostanza che conduce a menomazione o a disagio clinicamente significativi, come manifestato da tre (o più) delle condizioni seguenti, che ricorrono in un qualunque momento dello stesso periodo di 12 mesi:

1. Tolleranza, come definita da ciascuno dei seguenti:

a. Il bisogno di dosi notevolmente più elevate della sostanza per raggiungere l'intossicazione o l'effetto desiderato

☐ Sì

☐ No

b. Un effetto notevolmente diminuito con l'uso continuativo della stessa quantità della sostanza

☐ Sì

☐ No

2. Astinenza, come manifestata da ciascuno dei seguenti:

a. La caratteristica sindrome di astinenza per la sostanza (riferirsi ai Criteri A e B dei set di criteri per Astinenza dalle sostanze specifiche)

☐ Sì

☐ No

b. La stessa sostanza (o una strettamente correlata) è assunta per attenuare o evitare i sintomi di astinenza

☐ Sì

☐ No

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 3. La sostanza è spesso assunta in quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto | ☐ SÌ | ☐ No |
| 4. Desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso della sostanza | ☐ SÌ | ☐ No |
| 5. Una grande quantità di tempo viene spesa in attività necessarie a procurarsi la sostanza (per es., recandosi in visita da più medici o guidando per lunghe distanze), ad assumerla (per es., fumando "in catena"), o a riprendersi dai suoi effetti | ☐ SÌ | ☐ No |
| 6. Interruzione o riduzione di importanti attività sociali, lavorative o ricreative a causa dell'uso della sostanza | ☐ SÌ | ☐ No |
| 7. Uso continuativo della sostanza nonostante la consapevolezza di avere un problema persistente o ricorrente, di natura fisica o psicologica, verosimilmente causato o esacerbato dalla sostanza (per es., il soggetto continua ad usare cocaina malgrado il riconoscimento di una depressione indotta da cocaina, oppure continua a bere malgrado il riconoscimento del peggioramento di un'ulcera a causa dell'assunzione di alcool). | ☐ SÌ | ☐ No |

D. Tipo di dipendenza (selezionare le condizioni appropriate se presenti)

Codice ICD IX	Testo	Continua	Episodica	In remissione
303	Sindrome di dipendenza da alcool	☐	☐	☐
304.0	Dipendenza da oppioidi	☐	☐	☐
304.2	Dipendenza da cocaina	☐	☐	☐
304.3	Dipendenza da cannabinoidi	☐	☐	☐
304.4	Dipendenza da amfetamina e altri psicostimolanti	☐	☐	☐
304.5	Dipendenza da allucinogeni	☐	☐	☐
304.6	Altra dipendenza da droghe specificata: _____	☐	☐	☐

Nota: criteri diagnostici per il tipo di dipendenza secondo ICD IX CM

- | | |
|---------------|--|
| Continua | <ul style="list-style-type: none"> per l'alcool si intende l'assunzione giornaliera di grandi quantità o la consumazione elevata in ogni fine settimana o in giorni non lavorativi per le droghe si intende l'assunzione giornaliera, o quasi giornaliera, di droghe |
| Episodica | <ul style="list-style-type: none"> per l'alcool si intende abuso continuo nel corso di settimane o mesi, seguito da lunghi periodi di sobrietà per le droghe si intende uso per brevi periodi o nei fine settimana |
| In remissione | <ul style="list-style-type: none"> si riferisce alla completa cessazione di assunzione di alcool o droghe o al periodo in cui il paziente sta diminuendo l'assunzione e sta andando verso la cessazione |

Allegato C

Dati sui detenuti con uso o dipendenza da sostanze accertati dal Ser.T.

Scheda 1: Distribuzione dei soggetti accertati per sesso e classi di età:

classi di età	Totale dei soggetti con uso o dipendenza da sostanze accertati		di cui:			
	Maschi	Femmine	detenuti con dipendenza (diagnosi ICD-IXCM)		detenuti consumatori (in assenza di diagnosi di dipendenza)	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
18-24 anni						
25-34 anni						
35-44 anni						
45-54 anni						
55-64 anni						
> 64 anni						

Scheda 2: Distribuzione dei soggetti con uso o dipendenza da sostanze, in base alla sostanza primaria utilizzata

Sostanza	Totale dei soggetti con uso o dipendenza da sostanze accertati		di cui:	
			detenuti con dipendenza (diagnosi ICD-IXCM)	detenuti consumatori (in assenza di diagnosi di dipendenza)
Oppiacei				
Cocaina				
Amfetamine				
Cannabinoidi				
Altro: (specificare)				

Scheda 3: Dati sui detenuti con alcoldipendenza accertata dal Ser.T

Di cui detenuti con alcol dipendenza (diagnosi ICD-IX-CM)		
classi di età	Maschi	Femmine
18-24 anni		
25-34 anni		
35-44 anni		
45-54 anni		
55-64 anni		
> 64 anni		

Allegato D

Riferimenti normativi concernenti l'assistenza, riabilitazione, cura e reinserimento dei soggetti tossicodipendenti e/o alcooldipendenti

Legge 26 luglio 1975, n. 354

concernente “Norme sull’ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà.” riferito in particolare all’art. 1 concernente trattamento e rieducazione, all’art.13 concernente l’ Individualizzazione del trattamento, all’art.72 concernente le competenze degli Uffici locali di esecuzione penale esterna che in particolare propongono all’autorità giudiziaria il programma di trattamento da applicare ai condannati che chiedono di essere ammessi all’affidamento in prova e alla detenzione domiciliare;

DPR n. 230 del 30 giugno 2000

concernente il regolamento di attuazione delle norme sull’ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà;

Titolo VIII Capo II del DPR 9 ottobre 1990 n. 309

concernente le disposizioni processuali e di esecuzione attraverso cui si disciplina la presa in carico, la cura e la riabilitazione dei cittadini tossicodipendenti e/o alcooldipendenti.

DPR 9 ottobre 1990 n. 309, art. 94

disciplina le prestazioni socio-sanitarie per tossicodipendenti detenuti;

Titolo X del DPR 9 ottobre 1990 n. 309

concernente le attribuzioni regionali, provinciali e locali e i servizi per le tossicodipendenze.

DPR 9 ottobre 1990 n. 309, art. 113

concernente l’attività di prevenzione, cura e riabilitazione delle tossicodipendenze;

DPR 9 ottobre 1990 n. 309, art. 114

concernente il perseguimento di obiettivi in tema di prevenzione e recupero dei tossicodipendenti;

DPR 9 ottobre 1990 n. 309, art. 115

concernente la disciplina delle attività degli enti ausiliari con finalità di prevenzione del disagio psico-sociale, assistenza, cura, riabilitazione e reinserimento dei tossicodipendenti;

DPR 9 ottobre 1990 n. 309, art. 116

secondo cui le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano assicurano, la libertà di scelta di ogni singolo utente relativamente alla prevenzione, cura e riabilitazione delle tossicodipendenze;

DPR 9 ottobre 1990 n. 309, art. 117

concernente l’accreditamento istituzionale e accordi contrattuali, in materia di convenzione finalizzate all’esercizio delle funzioni di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale rivolte ai soggetti tossicodipendenti;

DPR 9 ottobre 1990 n. 309, art. 118

concernente l'organizzazione dei servizi per le tossicodipendenze presso le unità sanitarie locali;

Decreto legislativo 22 giugno 1999 n. 230

concernente il riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'articolo 5 della legge 30 novembre 1998, n. 419, l'art. 1 stabilisce che i detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali e uniformi di assistenza individuati nel piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali;

Legge 30 novembre 1998, n. 419, art. 5

recante la delega al Governo ad emanare uno o più decreti legislativi di riordino della medicina penitenziaria;

Decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230

recante norme per il riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'art. 5, della legge 30 novembre 1998, n. 419;

Decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230 art. 5, comma 2

prevede che il progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario ha durata triennale ed è approvato con decreto, di natura non regolamentare, del Ministro della sanità e del Ministro della giustizia, di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'art. 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281;

Decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230 art. 8

prevede il trasferimento al servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie svolte dall'amministrazione penitenziaria con riferimento ai soli settori della prevenzione e della assistenza ai detenuti e agli internati tossicodipendenti;

Accordo Stato-Regioni del 21 gennaio 1999

concernente la "Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti";

DM sanità 21 aprile 2000

concernente l'approvazione del progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario che stabilisce in particolare all'art. 3.2. fra le attività di cura quelle indirizzate all'assistenza ai detenuti tossicodipendenti;

DPCM 29 novembre 2001

concernente la "definizione dei livelli essenziali di assistenza" che stabilisce che la presa in carico delle persone tossicodipendenti e/o alcolodipendenti a vario titolo entrate nell'area penale si realizza in collaborazione tra i Servizi Penitenziari e Servizi dell'Azienda USL, che a tal fine si avvale del Ser.T.;

Titolo XI del DPR 9 ottobre 1990 n. 309

concernente gli interventi preventivi, curativi e riabilitativi;

DPR 9 ottobre 1990 n. 309, art. 122

concernente la definizione del programma terapeutico e socio-riabilitativo;

DM 12 luglio 1990, n. 186

concernente il regolamento per la determinazione delle procedure diagnostiche e medico-legali per accertare l'uso abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope, delle metodiche per quantificare l'assunzione abituale nelle 24 ore e dei limiti quantitativi massimi di principio attivo per le dosi medie giornaliere;

Legge 24 dicembre 2007, n. 244

concernente le disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato per l'anno 2008 che determina il trasferimento al Servizio sanitario nazionale di tutte le funzioni sanitarie svolte dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia, ivi comprese quelle concernenti il rimborso alle comunità terapeutiche delle spese sostenute per il mantenimento, la cura e l'assistenza medica dei detenuti di cui all'articolo 96, commi 6 e 6-bis, del testo unico di cui al DPR 9 ottobre 1990, n. 309.

DPCM 1 aprile 2008

concernente disciplina, modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria, e la disciplina delle Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio Sanitario nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale e gli Obiettivi di salute e Livelli essenziali di assistenza.

Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196

concernente il "Codice in materia di protezione dei dati personali";

Legge 4 novembre 2010, n. 183

di modifica agli articoli 1 e 19 del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196.

Accordo conferenza unificata del 18 maggio 2011

Concernente le schede relative alla rilevazione dei detenuti adulti, minori e giovani adulti tossicodipendenti e alcolodipendenti integrativo dell'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata nella seduta dell'8 luglio 2010.

Allegato E

Dipendenze da sostanze stupefacenti: principi per la definizione di organizzazioni e processi orientati al recupero e alla guarigione della persona tossicodipendente

Nella definizione di una nuova organizzazione e programmazione degli interventi nell'ambito delle dipendenze, riveste una particolare importanza definire chiaramente alcuni aspetti chiave in grado di condizionare tale definizione. Si ritiene necessario, pertanto, fornire alcuni principi di base come “driver” per la definizione di un nuovo approccio, e di conseguenza assetti organizzativi, più orientati al recupero e alla guarigione della persona tossicodipendente.

1. Vision generale sulla dipendenza da sostanze (vedi anche Allegato F)

1.1. Tossicodipendenza come malattia.

Si riconosce la tossicodipendenza come una “malattia prevenibile, curabile e guaribile, che spesso ha andamento cronico e recidivante”. Altresì si considera l'uso anche occasionale di sostanze stupefacenti come un “comportamento a rischio per la salute fisica, mentale e sociale dell'individuo” che è necessario prevenire e cessare se già in atto. A supporto di tale orientamento, le persone tossicodipendenti e le loro famiglie possono trovare assistenza sanitaria e sociale gratuita presso le strutture del sistema sanitario pubblico. I cittadini tossicodipendenti possono infatti usufruire di una serie di offerte terapeutiche personalizzate e cioè selezionate in base ai loro bisogni e alle loro caratteristiche (offerte di prevenzione delle patologie correlate, terapie farmacologiche integrate con supporto psicosociale in ambulatorio o trattamenti residenziali presso comunità terapeutiche, ecc.) anche in considerazione del loro stato di cambiamento comportamentale.

1.2. Prevenzione, diagnosi e trattamento precoce.

Gli interventi di prevenzione sono da considerare come prioritari e fondamentali per la riduzione della domanda di droga. La diffusione dell'uso delle sostanze stupefacenti è da considerarsi un problema di sanità pubblica e sicurezza sociale: le azioni di prevenzione devono pertanto essere sostenute e mantenute nel tempo per promuovere ambienti sani e sicuri e per proteggere il potenziale intellettuale, creativo, produttivo e spirituale delle giovani generazioni. In particolare, la prevenzione selettiva ed ambientale sono da promuovere e sostenere costantemente. Un fattore strategico nella prevenzione dello sviluppo della tossicodipendenza è la possibilità e la necessità di anticipare la scoperta dell'uso di sostanze da parte di adolescenti e giovani (early detection). Un intervento terapeutico precoce è più efficace perché limita i tempi di esposizione alle sostanze e a rischi correlati al loro impiego e, nel lungo periodo, riduce i costi della tossicodipendenza (in termini di servizi e infrastrutture) sul sistema sanitario e sociale.

1.3. Evidenze scientifiche ed etica.

Si riconosce inoltre che le azioni e gli interventi nel campo dell'addiction devono essere basati sulle evidenze scientifiche, su una costante valutazione della efficacia in pratica (effectiveness) degli interventi, ma anche e contemporaneamente fondati sull'etica, sui valori sociali e culturali della comunità ed il rispetto dei diritti umani.

1.4. Neuroscienze dell'addiction: dalla ricerca scientifica alla clinica.

Si sottolinea, al fine di assicurare un intervento efficace ed innovativo, l'importanza della ricerca scientifica soprattutto nell'ambito delle neuroscienze dell'addiction. Si ritiene fondamentale la traduzione dei risultati delle ricerche nel campo clinico ed educativo e si considera indispensabile incentivare il contatto e la creazione di network di collaborazione tra ricercatori, clinici e professionisti della riabilitazione al fine di rendere sempre più efficaci gli interventi terapeutici ed orientare le ricerche verso aree di utilità pratica. A questo fine risultano di fondamentale importanza anche lo sviluppo e l'attivazione di trials clinici finalizzati a valutare nuovi ed innovativi farmaci, e nuovi processi educativi che possano essere di aiuto ai trattamenti integrati della tossicodipendenza.

1.5. Terapie integrate.

Inoltre le terapie farmacologiche integrate con il supporto psicologico e sociale offerte dal sistema sanitario pubblico italiano riguardano sia il trattamento delle tossicodipendenze, sia le patologie infettive correlate (in particolare l'infezione da HIV e le epatiti), oltre che le patologie psichiatriche.

1.6. Bilanciamento delle azioni.

La strategia globale italiana è pertanto bilanciata e cioè fortemente orientata a ridurre il consumo di droga attraverso attività integrate di prevenzione, di trattamento/riabilitazione, di reinserimento sociale e lavorativo e tramite l'applicazione della normativa e delle azioni di contrasto del traffico e dello spaccio. Tali azioni sono orientate a favorire il contatto precoce delle persone tossicodipendenti dei consumatori occasionali, specialmente dei più giovani, con le strutture di cura e a promuovere l'inserimento in adeguati percorsi terapeutici finalizzati al recupero (recovery) e alla guarigione (healing).

1.7. Forte orientamento al recupero e alla guarigione.

La riabilitazione ed il reinserimento sociale e lavorativo sono processi indispensabili e fondamentali su cui orientare i sistemi assistenziali per le persone tossicodipendenti. Gli operatori devono poter strutturare le loro attività e le loro organizzazioni con un approccio globale fortemente orientato, fin dal primo contatto con i pazienti, al recupero e alla guarigione.

2. Principi guida per la cura della dipendenza da sostanze orientata al recupero (recovery) e alla guarigione (healing)

2.1. Definizione di recupero e guarigione.

Il recupero della persona tossicodipendente con la guarigione dalla malattia della dipendenza da sostanze, è il risultato di processi terapeutico-riabilitativi incrementali che perseguono l'affrancamento totale dall'uso di sostanze stupefacenti e alcoliche, il raggiungimento di una vita appagante e uno stato di benessere globale e di vera autonomia della persona tossicodipendente. Si tratta non solo di ristabilizzare una condizione di salute ma anche di rilanciare un'identità positiva e relazioni e ruoli significativi nella propria famiglia, gruppo dei pari e comunità. Il recupero e la guarigione sono facilitati, oltre che dal trattamento, da relazioni e da ambienti incentivanti e positivi che alimentano la speranza di miglioramento della propria condizione, l'empowerment personale, le scelte con-

sapevoli e le opportunità di una vita libera, sana, equilibrata e socialmente integrata. Tutto questo a supporto della piena espressione del potenziale individuale delle persone tossicodipendenti che attraverso questo percorso di guarigione possono diventare e diventano, a tutti gli effetti, membri attivi e produttivi della comunità.

2.2. Il recupero è possibile.

Il recupero della persona con problemi derivanti da dipendenza da sostanze stupefacenti o da alcol è un processo di cambiamento possibile e sostenibile, attraverso cui un individuo può raggiungere l'astinenza totale da tali sostanze, il miglioramento della salute, del benessere psicosociale e della qualità della vita.

2.3. Orientamento dei trattamenti:

verso il recupero della persona tossicodipendente e la guarigione.

Tutti i trattamenti della dipendenza da sostanze stupefacenti e alcol (e di conseguenza i processi assistenziali a tal fine utilizzati) devono essere orientati e finalizzati fin dall'inizio al recupero della persona e alla guarigione della malattia. Questo si ottiene, di norma, nel medio lungo periodo, con il raggiungimento e il mantenimento dello stato di sobrietà dalle sostanze stupefacenti e contestualmente con la riabilitazione e il reinserimento sociale e lavorativo, della persona nella società e nella famiglia, permettendogli e aiutandola quindi a costruirsi e mantenere una vita dignitosa, autonoma e soddisfacente lontano dalle sostanze stupefacenti. L'accesso e la permanenza in trattamento non devono essere comunque condizionati all'accettazione perentoria da parte del paziente, della cessazione immediata dell'uso di sostanze stupefacenti. Questo in quanto i trattamenti devono tenere conto della fase di cambiamento comportamentale della persona e di eventuali e temporanei stati di refrattarietà al cambiamento che necessitano di una corretta gestione senza inficiare la possibilità di restare in trattamento.

2.4. Esistono percorsi differenziati per arrivare alla guarigione.

Gli individui sono unici con specifiche esigenze, specifici punti di forza, propri e differenziati atteggiamenti verso la salute, comportamenti e aspettative di guarigione. I percorsi di recupero sono estremamente personali e generalmente comportano una ridefinizione dell'identità della persona di fronte alle crisi o un processo di cambiamento progressivo. Inoltre, i percorsi hanno spesso una base sociale, sono fondati su convinzioni culturali, credenze o tradizioni e coinvolgono le risorse informali della comunità. Il percorso di recupero potrebbe includere uno o più cicli di trattamento psicosociale e/o farmacologico. E' un processo di cambiamento che permette di fare scelte sane e migliorare la qualità della vita.

2.5. Il recupero deve essere autodeterminato e consapevole, sotto la propria responsabilità e definito in base alle proprie caratteristiche.

La volontà della persona con dipendenza da sostanze stupefacenti e la capacità di fare e mantenere scelte consapevoli e di salute nel tempo, è molto compromessa e fragile. Per questo da una parte il percorso verso il recupero può prevedere uno o più periodi di tempo in cui le attività (sempre nel rispetto dei diritti della persona) sono supportate, dirette o guidate sostanzialmente da altri, ma è necessario che la persona sviluppi la consapevolezza che il recupero è fondamentalmente un processo autodeterminato. La persona in trattamento è "l'agente del recupero" e ha e deve poter avere l'autorità di esercitare scelte e prendere decisioni consapevoli e razionali basate sui suoi obiettivi di guarigione che hanno un impatto sul processo. Il processo di recupero deve portare gli individui verso il loro massimo livello di autonomia di cui loro sono capaci. Attraverso la loro autodeterminazione e responsabilizzazione, gli individui diventano ottimisti e fiduciosi rispetto ai loro obiettivi di vita e alla possibilità di raggiungerli.

2.6. Il percorso di guarigione è fortemente supportato dagli operatori.

All'interno dell'autonomia decisionale, è necessario che la persona tossicodipendente abbia un buon supporto dagli operatori soprattutto nell'analizzare la propria situazione al fine di rendersi consapevole e di poter operare scelte e decisioni nel migliore dei modi. Gli operatori possono giocare un ruolo molto importante nel supportare questo processo di cambiamento e maturazione, anche facendo in modo di aiutare la persona a rispettare le regole base utilizzate per la corretta gestione dei trattamenti, i rapporti di cura e le relazioni interpersonali.

2.7. Recupero e consapevolezza.

L'inizio di un percorso di guarigione implica prima di tutto il riconoscimento personale della problematicità dell'uso di sostanze (consapevolezza dell'esistenza di una condizione di salute negativa) e della necessità di cambiamento e trasformazione. Le persone prima di tutto devono riconoscere e accettare di avere un problema di salute derivante dall'uso di sostanze ed essere disposti a prendere le iniziative necessarie per affrontarlo; tra queste iniziative in genere è compresa la ricerca di aiuto per i disordini derivanti dall'uso di sostanze. Il processo di cambiamento può riguardare aspetti fisici, emotivi, intellettuali e spirituali della vita di una persona.

2.8. Il recupero è olistico, un processo globale di equilibrio e armonizzazione.

Il recupero di un individuo è un processo attraverso il quale egli raggiunge un equilibrio nella relazione tra corpo, mente (dimensione individuale), ambiente circostante ovvero la famiglia, il gruppo dei pari, il contesto sociale e lavorativo (dimensione sociale), e comunità (dimensione culturale).

2.9. Il recupero ha anche dimensioni culturali.

Il processo di recupero di ogni persona è unico ed influenzato anche dalle sue credenze e dalle tradizioni culturali. Gli operatori devono considerare che l'esperienza culturale di un individuo determina o condiziona spesso il percorso di recupero adatto a lui.

2.10. Un processo incrementale di miglioramento.

Il recupero consiste in un miglioramento continuo ed incrementale della salute e del benessere. Il recupero non è un processo lineare. Consiste in una crescita continua ed un miglioramento del funzionamento generale della persona. Ci possono essere ricadute e ritorni alla situazione precedente che devono essere considerati parte connaturata nel processo di affrancamento da sostanze, ma sicuramente gestibili. Il benessere della persona è il risultato di una migliore cura ed equilibrio della mente, del corpo e dello spirito, e questo è un prodotto del processo di recupero.

2.11. Il percorso verso la guarigione viene rinforzato dalla speranza e dalla gratitudine.

Le persone che seguono un percorso di recupero spesso trovano la speranza in coloro che condividono e supportano la loro ricerca o l'esperienza del recupero. In questo modo si sentono compresi nei loro intenti di recupero, percepiscono che è possibile superare gli ostacoli che si presentano, coltivano la gratitudine per le opportunità che ogni giorno le persone che li supportano e che il percorso di recupero offre.

2.12. Recupero significa anche affrontare la discriminazione e superare la vergogna e lo stigma.

Il recupero è un processo mediante il quale le persone si confrontano e si sforzano di superare la stigmatizzazione e i sentimenti negativi in grado di compromettere la propria autostima, quali la vergogna e lo stigma.

2.13. Il recupero può essere supportato dai pari già guariti e dalle persone alleate.

Un denominatore comune nel processo di recupero è la presenza e il coinvolgimento delle persone che contribuiscono a dare speranza e supporto e a suggerire strategie e risorse per il cambiamento.

I pari (che hanno già intrapreso e superato il percorso di recupero), così come i familiari (se positivi) e gli altri alleati, costituiscono reti di sostegno vitali per coloro che sono in via di guarigione. Essere d'aiuto agli altri e sperimentare la guarigione reciproca contribuisce a creare una comunità di supporto positivo tra coloro che stanno seguendo un percorso di recupero.

2.14. Recupero significa rientrare con ruolo attivo nella società e ricostruire la propria vita nella comunità.

Il recupero implica un processo di costruzione o ricostruzione di ciò che una persona ha perso o non ha mai avuto a causa della sua condizione e delle conseguenze della tossicodipendenza. Il recupero prevede la creazione di una vita nelle reali possibilità esistenti in relazione a molteplici condizioni della persona (risorse individuali e sociali, stati di malattia, condizioni legali, ecc.). Recupero è costruzione o ricostruzione di una famiglia sana e di relazioni sociali e personali. Coloro che seguono un percorso di recupero spesso mettono in atto un miglioramento della qualità della loro vita, nell'ambito dell'istruzione, dell'occupazione e dell'abitazione. Inoltre, ricoprono sempre più ruoli costruttivi all'interno della comunità aiutando gli altri e dedicandosi ad attività produttive.

2.15. Il recupero deve essere dimostrabile.

I trattamenti e gli interventi orientati al recupero devono trovare costanti conferme di efficacia, sicurezza, eticità e sostenibilità finanziaria, mediante un monitoraggio continuo degli esiti e in grado di fornire dati quantitativi e scientifici.

2.16. Il recupero verso la guarigione è una realtà.

Può succedere e succede.

3. Descrizione degli elementi di base per lo sviluppo di sistemi di assistenza orientati al recupero (recovery oriented system)

3.1. Necessità di applicare un nuovo paradigma nella costruzione dell'organizzazione di assistenza alle persone tossicodipendenti.

L'approccio (e di conseguenza l'organizzazione dedicata all'assistenza) ai disturbi da uso di sostanze dovrebbe evolvere da un modello prevalentemente basato sulla gestione degli episodi acuti e sulla cronicizzazione gestita della malattia (ritenzione di lungo termine in trattamento, mantenimento) ad uno più orientato al trattamento attivo dei disturbi finalizzato fin da subito alla riabilitazione e al recupero, con molta attenzione quindi alla prevenzione e gestione precoce delle ricadute, durante tutto il corso della vita e soprattutto nel periodo post trattamento. Questo non esclude affatto l'utilizzo di farmaci sostitutivi ma implica che tali trattamenti vengano sempre integrati con percorsi riabilitativi e di reinserimento ben strutturati, supportati e valutati nel tempo.

3.2. Interventi centrati sulla persona.

I sistemi orientati al recupero supportano approcci di cura centrati sulla persona e autodeterminati che vanno ad accrescere i punti di forza e di resilienza individuali, delle famiglie e della comunità aumentando la loro responsabilità rispetto alla salute e al benessere permanenti, sostenibili e al recupero da problemi di alcol e droga. I sistemi orientati al recupero tengono in considerazione, e di conseguenza orientano i propri processi, il sistema valoriale dell'individuo e delle sue caratteristiche.

3.3. Approccio sanitario e sociale globale.

L'efficienza e l'efficacia di questo modello di sistema si basano sulla presenza di servizi continui e

duraturi, finalizzati ad esiti concreti, basati sul monitoraggio e sulla ricerca, flessibili ed adeguatamente finanziati e valorizzati. Rendere più accessibili i servizi di prevenzione, trattamento e riabilitazione, potenziare l'aspetto individuale del recupero, coinvolgere anche le risorse delle comunità nei processi di recupero sono gli elementi chiave per un approccio sanitario globale, efficace ed orientato al recupero. L'organizzazione dipartimentale risulta pertanto la più idonea a garantire questo approccio.

3.4. Prevenzione delle patologie correlate.

Le persone che consumano sostanze stupefacenti hanno un rischio aumentato sia di overdose, sia di acquisizione e trasmettere varie infezioni virali (HIV, HCV, HBV) e altre malattie trasmesse sessualmente (sifilide, gonorrea, ecc.). Pertanto, affinché il recupero della persona sia totale, è dovere degli operatori offrire e promuovere (quanto più precocemente possibile e periodicamente) specifiche offerte che preventive della mortalità droga correlata e, tra i pazienti e il loro partner, test di screening per queste infezioni, perseguendo così una strategia di diagnosi precoce e assicurando, di conseguenza, una tempestiva entrata in terapia per gli aventi bisogno, oltre che un miglior contenimento dell'eventuale diffusione inconsapevole delle infezioni. Si ritiene di estrema importanza, inoltre, al fine di poter migliorare la diagnosi precoce e la corretta gestione clinica delle patologie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti, che i dipartimenti possano garantire ai pazienti, oltre alle modalità operative mirate agli accertamenti sierologici, anche un adeguato supporto medico e psicologico (counselling) per queste infezioni, nella stessa sede dove viene eseguito il trattamento della dipendenza. Grazie alla corretta gestione anche di questi aspetti sarà possibile quindi ridurre il rischio di acquisizione di malattie infettive o di controllarne l'evoluzione clinica, se già acquisite, al fine di promuovere ulteriormente il completo recupero della persona.

3.5. Molteplicità delle offerte.

Nei sistemi di cura orientati al recupero gli individui disporranno di una gamma di offerte terapeutiche appropriate alle loro caratteristiche ed esigenze e in grado di soddisfare i loro bisogni di salute, durante l'intero percorso di guarigione. Le scelte possono includere anche il supporto spirituale adatto alle esigenze di recupero dell'individuo.

3.6. Coinvolgimento della famiglia e degli altri alleati.

I sistemi di cura orientati al recupero riconoscono il ruolo importante che le famiglie e gli altri alleati possono ricoprire. La famiglia e gli altri alleati parteciperanno, se esistenti condizioni positive che rendano possibile e utile il loro coinvolgimento, alla progettazione e alla realizzazione del processo di recupero e di sostegno. Essi possono essere di supporto nell'aiutare gli individui ad accedere al percorso di recupero e a mantenerlo. Inoltre, i sistemi devono occuparsi anche del trattamento e degli altri bisogni delle famiglie e degli altri alleati.

3.7. Servizi personalizzati e completi per l'intero corso della vita.

I sistemi di cura orientati al recupero saranno personalizzati, completi, adattati alle esigenze dei vari momenti di cambiamento, e flessibili. Entro certi limiti, si adatteranno quindi ai bisogni individuali piuttosto che pretendere che siano le persone ad adattarsi al sistema. Saranno progettati in modo da supportare il recupero durante tutto il percorso di trattamento e prevenzione delle ricadute nella vita.

3.8. Sistemi integrati nella comunità.

I sistemi di cura orientati al recupero dovranno essere saldamente inseriti ed integrati nella comunità allo scopo di rafforzare la disponibilità e il sostegno delle famiglie, di reti sociali, delle istituzioni della comunità e di altre persone coinvolte nel processo di recupero.

3.9. Continuità della cura.

I sistemi orientati al recupero offriranno una continuità di cure, compresi il pretrattamento (primo contatto e intake), il trattamento, la prevenzione delle patologie correlate e delle ricadute e il supporto continui durante tutto il percorso. Gli individui avranno una gamma completa di servizi appropriati alle varie fasi assistenziali, cui poter accedere in qualsiasi momento del programma. La loro possibilità di scelta andrà supportata ed aiutata dagli operatori anche in relazione alla caratteristiche psicologiche (fase del cambiamento) e sociali (risorse attivabili) della persona tossicodipendente, sostenendo soprattutto lo sviluppo della sua consapevolezza.

3.10. Counseling partecipativo e alleanza terapeutica.

I sistemi di cura orientati al recupero si conformeranno ad un modello di counseling partecipativo e cooperante tra paziente e operatore, più focalizzato sulla collaborazione e meno sulla gerarchia, senza perdere l'autorevolezza. I sistemi saranno progettati in modo tale che gli individui si sentano e diventino sempre di più responsabili delle loro scelte comportamentale e di guidare consapevolmente il loro recupero, all'interno di un rapporto basato su un'alleanza terapeutica consapevole e ricercata.

3.11. Processi assistenziali che enfatizzano i punti di forza del paziente.

I sistemi e i processi di cura e riabilitazione orientati al recupero enfatizzeranno e valorizzeranno i punti di forza, le risorse e le resilienze individuali dei pazienti attraverso processi assistenziali e riabilitativi che sviluppino e potenzino le life skills del paziente.

3.12. Sistemi culturalmente sensibili e rispettosi delle credenze personali.

I sistemi di cura orientati al recupero saranno culturalmente sensibili e cioè adeguati e in grado di dare risposte tenendo conto della cultura e rispettando gli orientamenti della persona. Verranno riconosciute e considerate le diverse credenze e i diversi costumi e il loro impatto sugli esiti dei percorsi di recupero. Inoltre, va considerato e ben gestito che le culture e le credenze degli operatori e delle persone di aiuto che supportano il recupero della persona tossicodipendente, influiscono sul processo di guarigione. I sistemi di cura orientati al recupero rispetteranno anche le credenze spirituali, religiose e/o laiche di coloro a cui sono destinati e forniranno collegamenti ad una serie di opzioni terapeutiche che siano coerenti e rispettosi di tali valori.

3.13. Inclusione di supporto tra pari, di testimonianze e di esperienze di individui in via di recupero e delle loro famiglie.

I sistemi di cura orientati al recupero comprenderanno anche servizi, supervisionati da operatori esperti e di supporto tra pari. Gli individui con esperienza personale di guarigione, metteranno a disposizione la loro preziosa testimonianza. Le testimonianze e le esperienze di persone in via di guarigione e dei loro familiari saranno utili alla progettazione e all'implementazione dei sistemi di cura. Le persone che seguono un percorso di recupero e i loro familiari saranno anch'essi parte attiva nelle decisioni. Saranno rappresentati pienamente e autenticamente nei consigli consultivi, nelle commissioni, nei gruppi di lavoro e nei comitati a livello locale, regionale e nazionale.

3.14. Supporto costante alla motivazione del paziente.

I sistemi di cura orientati al recupero forniranno un costante monitoraggio e feed-back dei risultati del paziente, avendo cura di attuare una costante sensibilizzazione assertiva per promuovere una persistente partecipazione, motivazione e coinvolgimento del paziente nei processi di cura. A tal fine i sistemi prevedono specifici processi e linee di indirizzo orientate al supporto motivazionale.

3.15. Servizi integrati.

I sistemi di cura orientati al recupero coordineranno e/o integreranno gli sforzi per realizzare un

processo integrato che risponda efficacemente ai molteplici punti di forza, desideri e bisogni individuali. L'integrazione avviene anche tra le diverse unità operative presenti sul territorio in modo da assicurare la continuità assistenziale e un omogeneo e coerente approccio al paziente, oltre a creare delle importanti economie di risorse e di tempo.

3.16. Sistemi di cura orientati dagli esiti dei trattamenti.

I sistemi di cura orientati al recupero saranno guidati da indicatori quantitativi e qualitativi di processo e di esito. Questi indicatori saranno sviluppati anche in collaborazione con i soggetti in recupero. Gli indicatori di outcome rifletteranno gli effetti globali a medio-lungo termine del processo di recupero sull'individuo, sulla famiglia, sulla comunità, e non solo la remissione dei sintomi biomedici. I risultati saranno misurabili e comprenderanno, oltre al rilevamento del non uso di sostanze e la riduzione del rischio infettivo e di overdose, anche parametri di riferimento delle variazioni della qualità della vita e del grado di reinserimento sociale e lavorativo del paziente.

3.17. Sistemi basati sulla ricerca scientifica e sulle neuroscienze.

I sistemi di cura orientati al recupero saranno basati sulla ricerca scientifica e sulle neuroscienze. E' necessario sostenere ed implementare nuovi studi sugli individui in guarigione, sui luoghi di recupero e sui processi di recupero, compresi gli aspetti culturali e spirituali. La ricerca terrà conto e sarà completata anche con dati derivanti dalle esperienze delle persone in recupero, oltre che di quelle degli operatori.

3.18. Sistema di accreditamento e formazione.

A garanzia della persistenza dell'orientamento dei sistemi al recupero e alla riabilitazione, tali sistemi garantiranno che i concetti di recupero, di riabilitazione e di benessere costituiscano elementi fondamentali dei programmi di formazione, di studio, di accreditamento/certificazione, di autorizzazione e di controllo. Gli operatori del settore dovranno disporre inoltre di una formazione continua ad ogni livello, per rafforzare e mantenere i principi dei sistemi di cura "recovery oriented" nelle loro prassi professionali.

Bibliografia

A Recruiting and Hiring Manual for Addictions Professionals, TASC, Inc.

Access to Recovery (ATR) Approaches to Recovery-Oriented Systems of Care: Three Case Studies, Abt Associates Inc., August 2009

Addictions Treatment and Recovery Workforce Retention and Promising Practices Pilot Study, Mxolisi Siwatu, Ph.D., NASADAD, March 2008

Addressing the Substance Use Disorder (SUD) Service Needs of Returning Veterans and Their Families: The Training Needs of State Alcohol and Other Drug Agencies and Providers, NASADAD and Abt Associates Inc., September 2009

An Emerging Framework - A Recovery-Oriented Systems Approach, PowerPoint, Shannon Taitt and Melanie Whitter, NAADAC Annual Meeting, August 2008

Approaches to Recovery-Oriented Systems of Care at the State and Local Levels: Three Case Studies, Angela Halvorson, August 2009

Briefing on Substance Use Treatment and Recovery in the United States (http://pfr.samhsa.gov/docs/Briefing_Substance_Use_Treatment.pdf)

Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri, e Ministero della Salute, Linee di indirizzo. Screening e diagnosi precoce delle principali patologie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti, gennaio 2011.

Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Piano di Azione Nazionale (PAN) sulle Droghe, ottobre 2010

Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Sintesi degli orientamenti espressi dagli operatori nella 5ª Conferenza Nazionale - Relazioni conclusive della conferenza e delle successive consultazioni permanenti, 2009

Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Modello teorico-pratico per la riabilitazione e il reinserimento sociale e lavorativo della persona tossicodipendente, in press

Environmental Scan of Measures of Recovery, Dr. Alexandre Laudet and Abt Associates Inc., March 2009

Financing Recovery Support Services, Report, Legal Action Center and Abt Associates, March 2010

Guiding Principles and Elements of Recovery-Oriented Systems of Care: What Do We Know from the Research?, Abt Associates Inc., August 2009

Helpful Resources to Address Discrimination Against People in Medication-Assisted Treatment, Legal Action Center, May 21, 2009

Informing Marketing Strategies for Recruitment into the Addictions Treatment Workforce, Abt Associates Inc. (http://pfr.samhsa.gov/docs/informing_marketing_strategies.pdf)

“It’s Time for a New Approach”, PowerPoint, Melanie Whitter, National TASC Conference, 2009

Know Your Rights Brochure: Rights for Individuals on Medication-Assisted Treatment, Legal Action Center, 2009

Know Your Rights: Employment Discrimination Against People with Alcohol/Drug Histories, PowerPoint, Legal Action Center, 2009

Know Your Rights: Housing, Health Care, and Other Forms of Discrimination Against People with Alcohol/Drug Histories, PowerPoint, Legal Action Center, 2009

Know Your Rights: Legal Rights of People with Alcohol and Drug Histories and Criminal Records, PowerPoint, Legal Action Center, March 2008

Know Your Rights: Legal Rights of People with Criminal Conviction Histories, PowerPoint, Legal Action Center, 2009

Know Your Rights: Medication-Assisted Treatment-Special Anti-Discrimination Issues, PowerPoint, Legal Action Center, 2009

Know Your Rights: New Federal Parity Legislation for Insurance Coverage of Addiction Treatment, PowerPoint, Legal Action Center, 2009

Minority Recruitment for the 21st Century: An Environmental Scan, Abt Associates Inc., May 2010

Pathways to Healing and Recovery: Perspectives from Individuals with Histories of Alcohol and Other Drug Problems, Abt Associates Inc. and Hart Research Associates, November 2010

PFR Fact Sheet, Abt Associates Inc., 2010

PFR Steering Committee - Roster of Members (http://pfr.samhsa.gov/docs/PFR_steering_members.pdf)

PFR Update, April 2010 (http://pfr.samhsa.gov/docs/PFR_Update_042610.pdf)

Promoting rehabilitation and reintegration-oriented strategies in response to drug use disorders and their consequences that are directed at promoting health and social well-being among individuals, families and communities, Commission on Narcotic Drugs, Vienna 21-25 March 2011 (<http://www.politicheantidroga.it/comunicazione/notizie/2011/aprile/risoluzioni-onu-cnd-.aspx>)

Provider Approaches to Recovery-Oriented Systems of Care: Four Case Studies, Angela Halvorson and James. E. Skinner, August 2009

Provider Networks: Strategies to Strengthen Addiction Treatment and Prevention Service Systems, PowerPoint, July 2009 (http://pfr.samhsa.gov/docs/Provider_Network_Models_Presentation_0709.pdf)

Provider Network Models: Strategies to Strengthen Addiction Treatment and Prevention Service Systems, PowerPoint, October 2009 (http://pfr.samhsa.gov/docs/Provider_Network_Models_Presentation_0709.pdf)

Q&A Fact Sheet from “Know Your Rights” Webinar on Employment Discrimination Against People with Alcohol/Drug Histories, Legal Action Center (http://pfr.samhsa.gov/docs/QA_Employment_Discrimination.pdf)

Q&A Fact Sheet from “Know Your Rights” Webinar on Housing and Other Forms of Discrimination Against People with Alcohol/Drug Histories, Legal Action Center (http://pfr.samhsa.gov/docs/QA_Housing_Healthcare_Discrimination.pdf)

Q&A Fact Sheet from “Know Your Rights” Webinar on Legal Rights of People with Criminal Convictions, Legal Action Center (http://pfr.samhsa.gov/docs/QA_Legal_Rights_with_Criminal_Conviction_Histories.pdf)

Q&A Fact Sheet from “Know Your Rights” Webinar on Medication-Assisted Treatment: Special Anti-Discrimination Issues, Legal Action Center (http://pfr.samhsa.gov/docs/QA_Medication-Assisted_Treatment_Anti-Discrimination.pdf)

Recovery in the Community: An Emerging Framework - A Recovery-Oriented Systems Approach, PowerPoint, Melanie Whitter, NASADAD Annual Meeting, June 6, 2008

Recovery-Oriented Systems of Care (ROSC) Resource Guide, Abt Associates 2010

Recruitment Ad Instructions, 2010 (http://pfr.samhsa.gov/docs/Recruitment_ad_instructions.pdf)

Recruitment Advertisement, 2010 (http://pfr.samhsa.gov/docs/PFR_HeroAd_042610.pdf)

Strategies for Strengthening Substance Use Prevention, Treatment, and Recovery Systems: Provider Networks and Impact on the Workforce, SAAS and Abt Associates Inc., January 2009

Strengthening Professional Identity: Challenges of the Addictions Treatment Workforce, Abt Associates Inc., December 2006

Summary of the Center for Substance Abuse Treatment's (CSAT's) Regional Recovery Meetings, Abt Associates Inc., May 8, 2008

Supporting Our Greatest Resource: Addressing Substance Use, Misuse and Relapse in the Addiction Treatment Workforce, TASC, Inc. and Greenisland Media

Understanding the Military: The Institution, the Culture, and the People, Angela Halvorson, 2010

User's Guide, for “Know Your Rights” PowerPoint Presentation on Legal Rights of People with Alcohol and Drug Histories and Criminal Records, Legal Action Center, March 2008

Working Definition of Recovery, Center for substance Abuse Treatment, National Summit on Recovery Conference Report, 2005 (<http://pfr.samhsa.gov/recovery.html>)

Allegato F

Premesse e principi generali della posizione Italiana sulla lotta contro l'uso di droghe

La prevenzione come arma vincente.

Prevenzione permanente

Le azioni di prevenzione, soprattutto per le giovani generazioni e i genitori, devono essere mantenute in forma permanente al fine di ridurre il consumo di sostanze stupefacenti, l'abuso alcolico e lo sviluppo di altre forme di dipendenza.^{1 2}

Prevenzione selettiva

La prevenzione selettiva sulle persone particolarmente vulnerabili, coinvolgendo nel contempo e supportando attivamente i genitori e gli insegnanti, è risultata un'arma particolarmente efficace e sostenibile.³ La prevenzione deve essere più precoce, a partire quindi dall'età scolare, attraverso la trasmissione di regole e stili di vita sani che escludono quindi l'uso di tutte le sostanze stupefacenti, l'abuso alcolico, il tabagismo e il consumo di farmaci non prescritti.

Diagnosi precoce per un intervento precoce

Contemporaneamente la diagnosi precoce (early detection) diretta agli adolescenti, finalizzata ad un intervento precoce (early intervention), è una strategia vincente e fattibile per ridurre il numero delle persone vulnerabili che intraprendono, dall'uso occasionale o abitudinario, percorsi evolutivi verso forme di addiction.^{4 5 6 7}

Azione irrinunciabile

Le azioni di prevenzione sono da considerarsi irrinunciabili anche alla luce del fatto che le sostanze stupefacenti, soprattutto se assunte in giovane età, possono interferire fortemente con i fisiologici processi di maturazione cerebrale (che vanno a completarsi verso i 21 anni) ed in particolare quelli della mielinizzazione, della sinaptogenesi e del "pruning" (cioè il processo cerebrale di attivazione e selezione delle sinapsi durante l'accrescimento), compromettendo così lo sviluppo di importanti funzioni neurocognitive quali la memorizzazione, la motivazione, l'attenzione e conseguentemente le capacità di

Proteggere la maturazione cerebrale

¹ Serpelloni G., Bonci A., Rimondo C., Cocaina e minori. Linee di indirizzo per le attività di prevenzione e l'identificazione precoce dell'uso di sostanze, Dipartimento per le Politiche antidroga - PCM, Giugno 2009. Scaricabile da www.dronet.org

² National Institute on Drug Abuse (NIDA), Preventing Drug use among children and adolescents. A research based guide for parents, educators and community leaders, U.S. Department of health and human services, Bethesda, 2003. Versione Italiana scaricabile da www.dronet.org

³ Serpelloni G., Gilberto G., Vulnerabilità all'addiction. Prevenzione Primaria: nuovi strumenti agli operatori sia nell'ambito delle conoscenze che delle metodologie, Regione Veneto, 2002. Scaricabile da www.dronet.org

⁴ Cfr nota 1

⁵ CDC, Learn the Signs, Act Early Campaign, Indian J. Med. Sci., vol. 59(2), 82-3, Febbraio 2005

⁶ EMCDDA (2008), Prevention of substance abuse, EMCDDA Insights, Lisbona, 2008. Scaricabile da: <http://www.emcdda.europa.eu/publications>

⁷ EMCDDA, Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents. A review of the theory and evidence base of indicated prevention, Thematic papers, Lisbona, 2009.

apprendimento, di decision making e di stima del pericolo.^{8 9 10 11 12 13 14}

È necessario quindi favorire programmi educativi fondati su una informazione *evidence based* e su interventi che si concentrino sullo sviluppo e il rinforzo di abilità sociali e di vita, (life and social skills).

Oltre a questo una prevenzione ambientale esplicita e coerente contro l'uso di droghe, l'abuso alcolico e il tabagismo, risulta importante per mantenere alto il grado di disapprovazione sociale dell'uso di sostanze e la percezione del rischio e del danno (che si sono dimostrati importanti fattori per ridurre l'uso) derivante dal consumo anche occasionale.¹⁵

Evidence based

Prevenzione ambientale

La vulnerabilità dell'addiction.

È necessario prendere in considerazione e riconoscere che nella popolazione esistono fasce di persone particolarmente vulnerabili a sviluppare dipendenza se entrano in contatto con sostanze stupefacenti. Le persone possono essere diversamente a rischio in base a caratteristiche neuropsicobiologiche individuali e alla diversificata presenza di fattori sociali ed ambientali protettivi o incrementanti il rischio.

I principali fattori di rischio, in grado di incrementare la vulnerabilità all'addiction, sono:

- alcuni particolari assetti genetici,
- un profilo temperamentale e caratteriale “novelty seeker”,
- la presenza di disturbi comportamentali e deficit di attenzione,
- le violenze e i traumi e gli abbandoni infantili,
- la mancanza o l'inadeguatezza delle cure parentali nell'infanzia,
- la carenza di “monitoring o tutoring” parentale durante l'adolescenza,
- la mancanza o l'inadeguatezza di regole educative,
- l'uso precoce di alcool e tabacco,
- la bassa consapevolezza del rischio
- la bassa disapprovazione sociale,
- l'alta disponibilità di sostanze sul territorio.¹⁶

Vulnerabilità e
maggiore rischio di
percorsi evolutivi

Le persone vulnerabili hanno un rischio molto maggiore in caso di uso di sostanze, anche occasionale, di intraprendere percorsi evolutivi verso la dipendenza, ma la condizione di vulnerabilità non è una “predestinazione”. Questa condizione di rischio differenziale può essere ridotta ed evitata con azioni ed interventi familiari, scolastici, sociali ed ambientali in grado di contrastare l'evoluzione prognostica negativa e modificare positivamente il destino di queste persone.

8 Asato M.R., Terwilliger R., Woo J, Luna B. White Matter Development in Adolescence: A DTI Study. Cereb Cortex.2010 Jan 5.

9 White T., Su S., Schmidt M., Kao C.Y., Sapiro G. The development of gyrification in childhood and adolescence. Brain Cogn. 2010 Feb; 72(1): 36-45. Epub 2009 Nov 25.

10 Serpelloni G., Diana M., Gomma M., Rimondo C., Cannabis e danni alla salute. Aspetti tossicologici, neuropsichici, medici, sociali e linee di indirizzo per la prevenzione e il trattamento, Dipartimento per le Politiche antidroga -PCM, Gennaio 2011. Scaricabile da www.dronet.org

11 Bussi M., Trimarchi M., Serpelloni G., Rimondo C., Uso di cocaina e lesioni distruttive facciali: linee di indirizzo per gli specialisti otorinolaringoiatri, Dipartimento per le Politiche Antidroga -PCM, Maggio 2011. Scaricabile da www.dronet.org

12 G. Serpelloni, T. Macchia, G. Gerri, COCAINA Manuale di aggiornamento tecnico scientifico, Progetto START, 2006. Scaricabile www.dronet.org

13 <http://conseguenzemediche.dronet.org/>

14 <http://www.drugfreedom.org/>

15 Keyes KM, Schulenberg JE, O'Malley PM, Johnston LD, Bachman JG, Li G, Hasin D. The social norms of birth cohorts and adolescent marijuana use in the United States, 1976-2007. Addiction. 2011 May 6.

16 Cfr. nota 1.

La tossicodipendenza è una malattia prevenibile, curabile e guaribile.

La tossicodipendenza
è una malattia

E' una complessa
malattia del cervello
con gravi conseguenze
fisiche, psichiche e
sociali

La malattia è generata
da un uso iniziale
volontario di sostanze

Forte difficoltà a
mantenere lo stato di
sobrietà

Coinvolti i meccanismi
neurobiologici

Recidivante

Se non trattata è
progressiva con alto
rischio di invalidità e
morte prematura

L'uso di sostanze e la
tossicodipendenza
sono un problema di
sanità pubblica oltre
che sociale

Sistemi orientati alla
prevenzione, alla cura
della malattia e al
recupero della persona

La posizione ufficiale del Dipartimento per le Politiche Antidroga relativamente alle strategie antidroga, ben espressa nel Piano di Azione Nazionale approvato dal Consiglio dei Ministri nell'ottobre 2010, riconosce prima di tutto che “la tossicodipendenza è una malattia prevenibile, curabile e guaribile che spesso ha andamento cronico e recidivante”.^{17 18}

La tossicodipendenza è una malattia del cervello, complessa e fortemente invalidante, correlata a disturbi comportamentali, rischi infettivi e psichiatrici con gravi conseguenze sociali per l'individuo.¹⁹

La tossicodipendenza è una malattia conseguente all'espressione di un iniziale comportamento volontario di assunzione di sostanze che mette ad alto rischio la salute della persona. Le persone vulnerabili, e cioè portatori di caratteristiche neuro-psicobiologiche e socio ambientali particolari (vedi avanti), hanno una maggior probabilità di sviluppare dipendenza in seguito all'uso di sostanze stupefacenti.

Lo stato di malattia quindi viene generato dall'uso di queste sostanze, che in un primo momento l'individuo decide di utilizzare volontariamente mediante un comportamento di ricerca e sperimentazione di nuove fonti di stimolo e gratificazione (tipico della popolazione giovanile). In questo modo si crea nel tempo una condizione di alterazione neuropsicobiologica e di sofferenza patologica in grado di ridurre l'autonoma capacità di analisi della realtà e di decisione e quindi l'esercizio della libera volontà del soggetto per la presenza di un comportamento compulsivo caratterizzato dalla spirale “desiderio-ricerca-assunzione” (craving) della sostanza.

La dipendenza è quindi caratterizzata da un'incapacità (causata dal craving) a mantenere uno stato di sobrietà continuativo e regolare, da disturbi nel controllo del comportamento, da una scarsa percezione di problemi nei propri comportamenti e nelle relazioni con gli altri e da una disfunzione nei meccanismi di risposta emozionali.

La dipendenza da un punto di vista neurobiologico è principalmente legata all'alterazione dei meccanismi di “ricompensa” (reward) del cervello, della motivazione, della memoria e dei circuiti collegati. La presenza di una disfunzione in questi circuiti comporta peculiari manifestazioni biologiche, comportamentali, sociali e spirituali.

Come tutte le malattie croniche, la dipendenza spesso alterna cicli di ricaduta a periodi di remissione dei sintomi. Senza un efficace trattamento e un pieno coinvolgimento in attività orientate al recupero (recovery), la dipendenza è progressiva e può degenerare in forme di inabilità o alla morte prematura.²⁰ Pertanto, nel nostro Paese tutte le politiche e le strategie sono impostate a riconoscere che l'uso di qualsiasi sostanza stupefacente, anche occasionale, è un comportamento pericoloso e ad alto rischio per la salute, che la tossicodipendenza è una condizione che costituisce, oltre un problema sociale e di sicurezza, anche un serio problema di sanità pubblica che riguarda non solo la salute delle persone dipendenti dalle droghe, ma anche terze persone che possono venire danneggiate dai loro comportamenti a rischio mediante, per esempio, la guida di autoveicoli o lo svolgimento di lavori che comportino rischi per terzi. Il riconoscimento di questi concetti comporta che tutti i sistemi assistenziali e di cura siano orientati a rapportarsi con le persone che usano in maniera occasionale o periodica (ma in assenza

¹⁷ Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Piano di Azione Nazionale (PAN) sulle Droghe, 2010. Scaricabile da www.politicheantidroga.it e www.dronet.org

¹⁸ Serpelloni G., Frighetto R., Dalla Chiara R., Linee di indirizzo e modello teorico-pratico per la riabilitazione e il reinserimento sociale e lavorativo della persona tossicodipendente, Dipartimento per le Politiche antidroga –PCM, Manuale RELI, 2011, in press.

¹⁹ National Institute of Drug Abuse, monograph “Drugs, Brains, and Behavior - The Science of Addiction”, Bethesda, 2007.

²⁰ American Society of Addiction Medicine, Public Policy Statement: definition of addiction, ASAM, August 2011.

di dipendenza) sostanze come soggetti con comportamenti a rischio per la salute con la necessità di interventi precoci per prevenire l'instaurarsi di una dipendenza e sospendere l'uso, e le persone con dipendenza da sostanze come soggetti malati con necessità di cure mediche, psicologiche e supporti sociali facilmente accessibili e mantenibili sia per la dipendenza che per le patologie ad essa correlate. Questi sistemi dovranno essere orientati, oltre che alla cura, anche al recupero e alla guarigione della persona e non solo al "controllo sociale" della malattia.

La necessità di un approccio integrato verso droghe, alcol, tabacco, farmaci non prescritti, comportamenti compulsivi (es. gambling patologico).

Sempre di più si riconosce la necessità di integrare le politiche e gli interventi (nonché le strutture) relative alle problematiche derivanti dall'uso di alcol, droghe, fumo, farmaci non prescritti e comportamenti compulsivi patologici quali il "gambling patologico". L'approccio globale e integrato verso tutte queste forme di dipendenza comporta una nuova strategia ed organizzazione orientata a fronteggiare sia comportamenti, sia (in termini preventivi, terapeutici e riabilitativi) tutte le varie forme di dipendenza che spesso presentano percorsi evolutivi e contemporanei.²¹

Approccio integrato
su tutte le dipendenze
patologiche

L'uso di sostanze è un comportamento ad alto rischio per la salute, evitabile e prevenibile, da disapprovare socialmente e sanzionabile.

L'uso di sostanze stupefacenti (anche occasionale), soprattutto nei giovani e sulla base delle evidenze scientifiche sempre più numerose anche nel campo delle neuroscienze, deve essere considerato, da un punto di vista sanitario, un "comportamento ad alto rischio per la salute fisica, mentale e sociale dell'individuo, evitabile e prevenibile". Questo comportamento pertanto è quindi assolutamente da evitare creando e mantenendo campagne di prevenzione orientate soprattutto a creare un alto grado di consapevolezza sul rischio droga e sui comportamenti corretti da tenere. L'uso di droghe non può essere socialmente considerato uno stile di vita positivo ed accettabile in quanto pericoloso per se stessi e le altre persone.

È inoltre importante supportare lo sviluppo del senso di responsabilità nei giovani verso la propria salute e quella altrui, di sostegno alla famiglia e alla scuola. Contemporaneamente è però necessario mantenere anche deterrenti sociali, legali e movimenti culturali antidroga positivi, affinché si realizzi e si mantenga un alto grado di disapprovazione sociale di tale consumo.^{22 23} Questo importante fattore è effettivamente in grado di produrre una riduzione dei consumi, soprattutto di nicotina, di marijuana e di cocaina che, in adolescenti vulnerabili, si sono dimostrate droghe "gateway" in grado cioè di attivare percorsi evolutivi verso l'addiction, come è stato scientificamente dimostrato da studi trentennali.²⁴

Uso (anche occasionale) di
sostanze: comportamento
ad alto rischio per la salute
fisica, mentale e sociale
dell'individuo, evitabile e
prevenibile

Deterrenti e disapprovazione
sociale del consumo

21 Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimenti delle Dipendenze: linee di indirizzo e orientamenti organizzativi, in press.

22 Cfr nota 1

23 Weeks M.R. et al., Changing drug users' risk environments: peer health advocates as multi-level community change agents, *American Journal of Community psychology*, 43 (3-4): 300-44, Giugno 2009

24 Keyes KM, Schulenberg JE, O'Malley PM, Johnston LD, Bachman JG, Li G, Hasin D., The social norms of birth cohorts and adolescent marijuana use in the United States, 1976-2007. *Addiction*. 2011 May 6.

Il diritto alle cure gratuite per le persone tossicodipendenti.

No alla discriminazione.
Persone tossicodipendenti =
malati con bisogno di cure

Terapie farmacologiche
integrate

No all'uso dell'eroina

Cure anche in carcere

I tossicodipendenti, in quanto tali, non vengono e non devono essere quindi discriminati, emarginati, stigmatizzati o trattati come criminali ma come malati bisognosi di cure a cui lo Stato italiano e le Regioni garantiscono gratuitamente un'ampia gamma di offerte terapeutiche sia in regime di libertà che all'interno delle carceri, nel caso queste persone vi si trovino per aver commesso dei reati (tra i quali nel nostro paese non è contemplato l'uso di sostanze). Al tossicodipendente in carcere verrà comunque garantito un adeguato trattamento sanitario. I trattamenti farmacologici con sostanze sostitutive (esclusa l'Eroina), fanno parte di queste terapie sempre integrate con offerte e supporti psicologici e sociali.²⁵ La somministrazione controllata di Eroina viene esclusa per la bassa aderenza al trattamento riscontrata nel medio-lungo termine, per la necessità di assumerla per via endovenosa ben 4 volte al giorno e per la necessità di eseguire questa terapia da parte del paziente sempre in ambiente sanitario controllato con la necessità di valutazione per almeno 60 minuti post iniezione con ciò che comporta per il paziente in termini di tempo/ore dedicate (dalle 5 alle 7 ore al giorno compresi gli spostamenti). L'eroina inoltre non viene utilizzata anche per l'aumentato rischio di overdose rispetto al metadone e per la presenza di farmaci alternativi (metadone, buprenorfina) che si sono dimostrati più sicuri, efficaci e maneggevoli.^{26 27 28 29 30 31 32}

La legislazione italiana prevede inoltre espressamente che i tossicodipendenti in carcere per aver commesso reati, abbiano un diritto esigibile e possano e debbano essere curati (su adesione volontaria e se esistano determinati requisiti sia clinici che giuridici previsti per legge) inoltre essi, in alternativa alla pena, posso anche uscire dal carcere per curarsi presso strutture socio-sanitarie esterne.

Rivalutare l'applicazione dei trattamenti "condizionati" nelle gravi forme di addiction con manifestazioni violente verso terzi.

Violenza su genitori e
bambini in relazione a
gravi forme di addiction:
necessaria una soluzione

In alcune persone tossicodipendenti, in particolare nei consumatori di stimolanti e/o allucinogeni in presenza di forti crisi astinenziali da oppiacei in pazienti con comorbidità psichiatrica, la malattia può essere accompagnata da gravi manifestazioni di violenza sistematica e ripetuta verso se stessi e verso i propri conviventi (genitori, coniugi, figli). Questa problematica si è verificata di frequente in questi anni all'interno dei nuclei familiari, nei casi riscontrati, spesso persiste per lunghi periodi procurando forti sofferenze a persone vulnerabili quali bambini, genitori anziani o parenti non in grado di reagire o

25 Serpelloni G., Pirastu R., Brignoli O., Medicina delle Tossicodipendenze. Manuale specifico per i Medici di Medicina Generale sul tema generale della tossicodipendenza, La Grafica, Vago di Lavagno, 1996. Scaricabile da www.dronet.org

26 Dipartimento per le Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Linee guida per la prevenzione delle patologie correlate all'uso di sostanze stupefacenti, Dipartimento per le Politiche Antidroga – PCM, 2009. Scaricabile da www.dronet.org.

27 Ridge G., Gossop M., Lintzeris N., Witton J., Strang J., Factors associated with the prescribing of buprenorphine or methadone for treatment of opiate dependence, J Subst Abuse Treat. 2009 Jul; vol. 37(1) pp. 95-100.

28 Senbanjo R., Wolff K., Marshall E.J., Strang J., Persistence of heroin use despite methadone treatment: poor coping self-efficacy predicts continued heroin use, Drug Alcohol Rev. 2009 Nov; vol. 28(6) pp. 608-15.

29 Strang J., Hall W., Hickman M., Bird S.M., Impact of supervision of methadone consumption on deaths related to methadone overdose (1993-2008): analyses using OD4 index in England and Scotland, BMJ. 2010; vol. 341 pp. e4851.

30 Senbanjo R., Hunt N., Strang J., Cessation of groin injecting behaviour among patients on oral opioid substitution treatment, Addiction. 2011 Feb; vol. 106(2) pp. 376-82.

31 Cornish R., Macleod J., Strang J., Vickerman P., Hickman M., Risk of death during and after opiate substitution treatment in primary care: prospective observational study in UK General Practice Research Database, BMJ. 2010; vol. 341 pp. e5475.

32 Day E., Strang J., Outpatient versus inpatient opioid detoxification: a randomized controlled trial, J Subst Abuse Treat. 2011 Jan; vol. 40(1) pp. 56-66.

difendersi adeguatamente. Alcune situazioni sono esitate anche in tragici fatti. Questi episodi spesso si associano e vengono aggravati dalla presenza contemporanea all'addiction di malattie psichiatriche, non infrequenti in queste persone. In questi casi, dove l'addiction presenta una componente fortemente violenta, distruttiva e pericolosa, è necessario prendere in considerazione la possibilità e l'opportunità di introdurre temporaneamente trattamenti sanitari "condizionati" con adeguate forme di tutela per questi gruppi familiari. A tale proposito, sempre nel rispetto dei diritti umani dell'individuo, è possibile prevedere particolari ambienti di tipo residenziale specialistici per le persone tossicodipendenti (differenti dai reparti di psichiatria). Tali trattamenti dovrebbero essere mantenuti mediante atti in grado di imporre temporaneamente soluzioni contenitive e cure adeguate a ridurre tali rischi alla persona e al suo nucleo familiare. È chiaro che l'introduzione di soluzioni di questo tipo devono essere approfonditamente studiate e riflettute in tutti i loro aspetti, sia di efficacia terapeutica, sia di capacità di ridurre effettivamente il problema delle violenze sui familiari, e nel contempo di essere rispettosi dei principi bioetici. In Italia, oltre alla necessità, vi potrebbe essere una condizione particolarmente favorevole a sperimentare tale soluzione considerata la forte presenza di strutture residenziali e l'alto accreditamento e l'alta specializzazione di alcune di esse nella gestione della comorbidità psichiatrica e, contemporaneamente, della tossicodipendenza. Un atteggiamento di estrema prudenza nell'affrontare questi temi è, però, sicuramente necessario. Tutto ciò al fine di assicurare al paziente un'adeguata assistenza per superare questo stato di malattia in grado di produrre danni sia da un punto di vista sanitario che sociale all'individuo e a terze persone. Al pari di alcune condizioni limite presenti nelle malattie psichiatriche dove si ritiene opportuno applicare trattamenti sanitari obbligatori temporanei, anche in questo caso varrebbe la pena di riflettere sull'opportunità (valutandone l'efficacia anche in termini di riduzione della storia naturale della malattia, nonché sulla sicurezza dei provvedimenti) di inserire anche nel campo dell'addiction analoghe e temporanee forme di tutela per quelle persone che presentino queste condizioni estreme.

Addiction, patologie psichiatriche concomitanti e manifestazioni violente

Necessità di supportare il paziente con trattamenti temporanei "condizionati"

Rivalutare la possibilità di utilizzo sulla base dei criteri evidence based ed etici

No all'emarginazione, criminalizzazione e alla stigmatizzazione sociale della persona tossicodipendente.

I diritti umani di queste persone devono quindi essere rispettati al pari di qualsiasi altro cittadino malato. Pertanto è da combattere ed evitare qualsiasi forma di emarginazione delle persone tossicodipendenti, la loro criminalizzazione (semplicemente perché consumatori di sostanze) e ancora di più la loro stigmatizzazione essendo la tossicodipendenza una vera e propria malattia. Pertanto l'Italia non condivide l'utilizzo di pratiche quali la detenzione forzata, gli abusi fisici o psicologici sulle persone tossicodipendenti compiuti in virtù di un supposto intervento terapeutico o riabilitativo, salvo per i casi riportati al punto 7, il trattamento deve essere costantemente rispettoso dei diritti della persona, su adesione consapevole e volontaria e rispettoso del diritto all'autodeterminazione.^{33 34 35}

No all'emarginazione e alla criminalizzazione dei tossicodipendenti

33 Cfr nota 16

34 Memorandum di intenti fra Repubblica Italiana e Stati Uniti d'America nell'area della ricerca, dei servizi e delle strategie politiche per la riduzione della domanda di droga, 11 luglio 2011. Scaricabile da www.politicheantidroga.it e www.dronet.org

35 Cfr nota 17

L'uso di sostanze non è un diritto individuale esigibile.

L'assumere sostanze stupefacenti non può essere considerato come facente parte dei diritti individuali esigibili dalla persona, proprio per le conseguenze negative che questo comportamento può avere oltre che sulla propria salute anche sui diritti e l'integrità degli altri. L'uso di sostanze rientra quindi in comportamenti a rischio per la propria ed altrui salute, socialmente disapprovati, non accettabili e pertanto amministrativamente sanzionabili.

Il consumo individuale di sostanze e le conseguenze sia verso il singolo che verso terze persone ricadono quindi sotto la diretta responsabilità dell'individuo consumatore che, in caso fosse tossicodipendente, avrebbe comunque garantito il diritto alle cure.

Esiste per contro un diritto individuale esigibile dai cittadini non consumatori di sostanze relativo alla necessità di essere protetti dalla diffusione e dallo spaccio di sostanze stupefacenti e dai comportamenti di chi usa sostanze mettendo a rischio la salute e l'integrità di terze persone.

Interventi e strutture orientate a prevenire le patologie correlate e il recupero della persona tossicodipendente.

**Prevenzione delle
patologie correlate:
una azione prioritaria
e dovuta**

Si ritiene inoltre che tutte le cure debbano essere fortemente orientate al recupero integrale e alla autonomizzazione della persona e che debbano sempre essere associate alla prevenzione delle patologie correlate quali l'infezione da HIV, le epatiti, la TBC e le overdose.³⁶ Queste azioni devono essere considerate prioritarie ma complementari e non alternative alla cura della dipendenza, e "atti dovuti" dai sistemi sanitari per la tutela della salute, non solo delle persone tossicodipendenti ma dell'intera comunità. La politica e gli interventi di "harm reduction" (riduzione del danno), se applicati da soli e al di fuori di un contesto sanitario orientato alla cura, alla riabilitazione ed al reinserimento delle persone, risultano, nel lungo termine, fallimentari, costosi, e di scarso effetto preventivo, oltre al fatto che sono in grado di cronicizzare lo stato di tossicodipendenza. Inoltre, le terapie farmacologiche non possono essere considerate mere azioni di riduzione dei rischi e dei danni ma veri e propri strumenti di cura e riabilitazione finalizzate, in tempi diversificati in base alle caratteristiche del paziente, alla terapia integrata della dipendenza. Va chiaramente evidenziato che le vere misure che si sono dimostrate realmente efficaci nel medio e lungo termine per la riduzione del rischio infettivo (HIV, Epatiti, TBC, ecc.) e delle overdose, sono le terapie per la dipendenza e quelle antiretrovirali che devono quindi essere offerte quanto più precocemente possibile e gratuitamente, anche promuovendo un contatto attivo e precoce con le persone che fanno uso di droghe.^{37 38 39}

³⁶ Cfr. nota 26

³⁷ Dipartimento Politiche Antidroga e Ministero della Salute, Linee di indirizzo. Screening e diagnosi precoce delle principali patologie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti, Dipartimento per le Politiche antidroga Gennaio 2011. Scaricabile da www.dronet.org

³⁸ Serpelloni G., HIV/AIDS e droga: Manuale per operatori di prevenzione, 1998. Scaricabile da www.dronet.org

³⁹ Serpelloni G., Simeoni E., Contact-tracing & Partner notification, progetto della Commissione Europea, 2000. Scaricabile da www.dronet.org

Interventi e strutture orientate al recupero totale della persona tossicodipendente.

Il recupero della persona con problemi derivanti da dipendenza da sostanze stupefacenti o da alcol è possibile ed è un processo di cambiamento possibile sostenibile, attraverso cui un individuo può raggiungere l'astinenza totale da tali sostanze, il miglioramento della salute, del benessere psicosociale e della qualità della vita.

Tutti i trattamenti della dipendenza da sostanze stupefacenti e alcol (e di conseguenza i processi assistenziali a tal fine utilizzati) devono essere orientati e finalizzati fin dall'inizio al recupero della persona (*recovery*) e alla guarigione della malattia (*healing*). Questo si ottiene, di norma, nel medio-lungo periodo, con il raggiungimento e il mantenimento dello stato di sobrietà dalle sostanze stupefacenti e contestualmente con la riabilitazione e il reinserimento sociale e lavorativo della persona nella società e nella famiglia, permettendole ed aiutandola quindi a costruirsi e mantenere una vita dignitosa, autonoma e soddisfacente lontano dalle sostanze stupefacenti.

Il recupero della persona tossicodipendente con la guarigione dalla malattia della dipendenza da sostanze, è il risultato di processi terapeutico-riabilitativi incrementali non rinunciabili. Si tratta non solo di ristabilizzare una condizione di salute ma anche di promuovere un'identità positiva e relazioni e ruoli significativi nella propria famiglia, con un nuovo gruppo dei pari e di comunità. Il recupero e la guarigione sono facilitati, oltre che dal trattamento, da relazioni e da ambienti sociali incentivanti e positivi che alimentano la speranza di miglioramento della propria condizione, l'empowerment personale, le scelte consapevoli e le opportunità di una vita libera, sana, equilibrata e socialmente integrata. Tutto questo a supporto della piena espressione del potenziale individuale delle persone tossicodipendenti che attraverso questo percorso di guarigione possono diventare e diventano, a tutti gli effetti, membri attivi e produttivi della comunità.

Il recupero è possibile

Orientamento primario
dei trattamenti

Il recupero è un processo
incrementale non
rinunciabile

L'importanza delle
relazioni sociali

Scelte basate su criteri di scientificità ed etici.

È fondamentale basare le scelte degli interventi, le programmazioni delle azioni, dei sistemi preventivi ed assistenziali nel campo della droga, sulle evidenze scientifiche di sicurezza, efficacia e sostenibilità ma è altrettanto importante integrare e bilanciare queste scelte con criteri etici e di accettabilità sociale nel contesto di appartenenza.⁴⁰

Le prove di efficacia (evidence based approach) così come le analisi economiche di costo beneficio e costo efficacia, non possono da sole bastare a giustificare la scelte strategico-politiche di programmazione sanitaria per la prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie quali la dipendenza da sostanze. Queste scelte devono essere basate, oltre che sulle evidenze scientifiche, anche su criteri di tipo etico e cioè sulla necessità di assicurare il totale rispetto dei principi di solidarietà sociale, di legalità, di conservazione del diritto umano di avere cure adeguate a raggiungere e mantenere il massimo grado possibile di una vita dignitosa, socialmente integrata e libera da sofferenze. Necessariamente inoltre le scelte devono tenere conto dei doveri dello Stato di tutelare e promuovere la salute e l'integrità fisica, psichica e sociale dell'individuo, ancor più se malato, e quindi la promozione del suo benessere globale.

Se queste scelte utilizzeranno solo il criterio evidence based potrebbero portare a soluzioni ciniche, decise in virtù di priorità finanziarie, interessi di mercato o di mero controllo sociale di fasce deboli della popolazione. Queste scelte pertanto potrebbero risultare lesive dei diritti delle persone malate e del loro diritto di avere accesso a reali cure appropriate e risolutive e supporti sociali realmente orientati al recupero e alla guarigione. Scelte che potrebbero essere discriminanti e generanti condizioni socialmente

Approccio evidence
based bilanciato con
criteri etici

⁴⁰ National Institute on Drug Abuse (NIDA), Preventing Drug use among children and adolescents. A research based guide for parents, educators and community leaders, U.S. Department of health and human services, 2003. Versione Italiana scaricabile da www.dronet.org

Costi o “investimenti”?

ed eticamente non accettabili quali ad esempio la cronicizzazione in “quieti” stati di dipendenza cronica invece di intraprendere, anche se inizialmente più costosi ed impegnativi, percorsi di riabilitazione per il recupero totale della persona. Gli impegni finanziari necessari per sostenere queste azioni dovrebbero essere considerati veri e propri “investimenti” e non solo meri costi che lo Stato sostiene a favore dei propri cittadini e le loro potenzialità anche al fine di ridurre l'emergenza di reali costi più tardivi per l'assistenza di queste persone durante tutto lo svolgimento della loro vita.

Non può essere quindi solo il criterio evidence based a guidare le nostre scelte né un mero criterio economico-finanziario in quanto il diritto umano da rispettare come prioritario nelle persone malate di addiction, al pari di ogni malato, è il diritto di potersi tempestivamente curare con le migliori terapie, di poter così recuperare il più alto grado di salute possibile, di prevenire ed evitare le patologie correlate e di potersi completamente reinserire nella comunità in piena autonomia e dignità.^{41 42}

Il diritto ad essere tutelati dall'offerta di droga

Parimenti, il diritto prioritario della popolazione, soprattutto giovanile, è quello di essere tutelata rispetto all'offerta di droga sia con azioni di prevenzione sia con azioni di contrasto del traffico e dello spaccio.

Nessuna opzione che preveda la possibilità (regolamentata o no) di un aumento della disponibilità di sostanze stupefacenti (e quindi in grado di far aumentare il numero dei consumatori e delle persone con evoluzione verso forme di addiction) può essere eticamente e socialmente accettabile, anche in presenza di evidenze scientifiche che comprovino la diminuzione dei costi sociali e sanitari.

Costi per la prevenzione: indifferibili

Pertanto, i costi/investimenti per la prevenzione e il contrasto devono essere considerati costi indifferibili e in nessun modo sacrificabili.

L'uso di sostanze è un problema di sanità pubblica.

Uso di droghe e Sanità Pubblica

L'uso di sostanze comporta pericoli e danni diretti ed indiretti alla salute della comunità nel suo intero. La presenza di malattie infettive, di condizioni psicologiche e psichiatriche, di rischi per l'integrità psicofisica derivanti dalla guida o dallo svolgere mansioni lavorative sotto l'effetto di sostanze^{43 44 45 46 47 48 49 50 51} fa sì che tale condizione sia da considerare un rilevante problema di sanità pubblica che merita quindi specifici, strutturati e permanenti programmi pubblici e strutture sanitarie organizzate di intervento, in tale ambito sia a livello regionale che nazionale in maniera coordinata.

41 Cfr 25

42 Cfr 17

43 Serpelloni G., Bricolo F., Gomma M., Elementi di Neuroscienze e Dipendenze, 2° edizione. Manuale per operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze, Dipartimento per le Politiche antidroga - PCM, Giugno 2010. Scaricabile da www.dronet.org

44 Asato M.R., Terwilliger R., Woo J., Luna B. White Matter Development in Adolescence: A DTI Study. Cereb Cortex. 2010 Jan 5

45 White T., Su S., Schmidt M., Kao C.Y., Sapiro G. The development of gyrification in childhood and adolescence. Brain Cogn. 2010 Feb; 72(1): 36-45. Epub 2009 Nov 25.

46 Cfr 10

47 Bussi M., Trimarchi M., Serpelloni G., Rimondo C., Uso di cocaina e lesioni distruttive facciali: linee di indirizzo per gli specialisti otorinolaringoiatri, Rotoform, Roma, maggio 2011. Scaricabile da www.dronet.org

48 G. Serpelloni, T. Macchia, G. Gerra, COCAINA Manuale di aggiornamento tecnico scientifico, La Grafica, Vago di Lavagno (VR), 2006. Scaricabile da www.dronet.org

49 <http://conseguenzemediche.dronet.org/>

50 <http://www.drugfreedu.org/>

51 <http://www.nida.nih.gov/drugpages>

L'uso di sostanze è anche un problema di sicurezza pubblica.

Contemporaneamente, azioni illegali quali la produzione, il commercio e lo spaccio delle sostanze stupefacenti, costituiscono un rilevante problema di sicurezza pubblica, di sviluppo sociale ed economico del paese a cui è necessario dare risposte concrete e permanenti in termini di prevenzione e contrasto, senza criminalizzazione delle persone tossicodipendenti per il loro uso di sostanze (così come specificatamente già previsto dalla normativa italiana in materia) in quanto portatori di malattia, ma nel contempo senza tolleranza verso lo spaccio, il traffico di sostanze, la produzione illegale e la coltivazione domestica di cannabis.

Sicurezza pubblica in
pericolo

Chi consuma sostanze e compra droga deve essere pienamente consapevole che finanzia le organizzazioni criminali e il terrorismo.

Chi acquista droga sia per consumi occasionali sia per la presenza di dipendenza, deve essere fortemente consapevole che fornisce un supporto finanziario diretto alle organizzazioni criminali e al terrorismo. Gli introiti di queste organizzazioni vengono generati da azioni individuali di acquisto che ricadono sotto la responsabilità individuale dell'acquirente e non c'è scusante neppure per chi ha uno stato di dipendenza se si considera la possibilità, almeno nel nostro paese, di accedere (in alternativa all'uso di sostanze), in tempi brevissimi e gratuitamente, a trattamenti e cure appropriate. Pur considerando la tossicodipendenza una malattia e ritenendo non condivisibile connotare tale stato patologico come "problema morale", si considera comunque che lo specifico comportamento di dare denaro ad uno spacciatore sia prima di tutto moralmente inaccettabile e socialmente disapprovabile, anche se comprensibile, visto lo stato patologico. Soprattutto per coloro che non hanno una dipendenza, e quindi per i quali non sussista una condizione di impellenza e di necessità psico-fisica di acquisto, questo concetto è particolarmente reale e va sempre ben rappresentato e comunicato.

Finanziamenti alle mafie

Considerare il "potenziale nocivo globale" (e non solo la tossicità acuta) delle singole sostanze stupefacenti, ed in particolare della cannabis, per la definizione delle strategie e delle politiche antidroga.

Tutte le sostanze stupefacenti sono da considerarsi sempre potenzialmente nocive per la salute fisica, psichica e sociale dell'individuo anche se assunte occasionalmente.^{52 53 54} È inutile e dannoso voler graduare i danni delle diverse sostanze stupefacenti al fine di voler giustificare la legalizzazione o la liberalizzazione di alcune (es. la cannabis) trascurando il potenziale evolutivo di nocività nelle persone vulnerabili, che vengono sensibilizzate dall'uso anche occasionale di queste droghe, strumentalmente ed erroneamente definite "leggere".⁵⁵

Pertanto, al fine di strutturare politiche ed interventi per la riduzione del consumo di sostanze, la valutazione globale del potenziale nocivo dell'uso di droghe deve tenere

Tutte le sostanze sono
tossiche

52 Cfr nota 1

53 Cfr nota 10

54 Cfr nota 11

55 Cfr nota 10

Persone a rischio e vulnerabili

conto sia delle caratteristiche tossicologiche della sostanza, sia ma anche di altri ed importanti fattori in grado di attivare, differenziare e rendere più pericolosi i percorsi evolutivi delle persone vulnerabili. Tali fattori sono: le caratteristiche di vulnerabilità della persona consumatrice (fattori neuropsicobiologici individuali), l'ambiente sociale in cui avviene il consumo (fattori di vulnerabilità ambientale), la presenza o assenza di fattori di protezione (famiglia, scuola, condizioni affettive, ecc.). Questi fattori infatti possono influenzare la capacità di creare un percorso evolutivo più o meno grave del consumatore verso forme di addiction o verso l'utilizzo di sostanze ad alta capacità legante e rischio diretto di decesso per tossicità acuta.

Un'ulteriore importante osservazione è che, oltre a questo, va considerato, nella valorizzazione di questo potenziale nocivo globale, anche la facilità di accesso alla sostanza, l'alto numero di consumatori esistenti nella comunità e soprattutto la bassa percezione del rischio e del danno derivante dall'uso della sostanza che hanno i potenziali assuntori (soprattutto se adolescenti).^{56 57}

Sulla base di queste considerazioni, la cannabis e i suoi derivati, proprio per le caratteristiche che presentano ed, in particolare, per la bassa percezione del rischio tra i giovani e la conseguente facilità di utilizzo, non possono pertanto essere considerate sostanze a bassa pericolosità sociale e sanitaria. Per queste ragioni va respinta anche la proposta di una loro legalizzazione sostenuta spesso da errate motivazioni di bassa pericolosità e nocività in quanto non considerano il grande potenziale evolutivo e di mortalità correlata all'incidentalità che l'uso di questa sostanze comporta. Il danno sociale e sanitario, infatti, derivante da questo uso di sostanze, va valutato, oltre che per le sole caratteristiche tossicologiche, anche sempre in prospettiva, globalmente e in relazione alle persone vulnerabili presenti nella comunità.

Una politica ben bilanciata: prevenzione, cura, riabilitazione, sanzione del consumo, contrasto e penalizzazione del traffico e dello spaccio.

Bilanciamento delle azioni

La politica nei confronti dell'uso di droghe si basa sul riconoscere la necessità di mantenere l'uso di sostanze stupefacenti una azione illegittima e sanzionata amministrativamente dalla legislazione. L'approccio globale deve necessariamente prevedere un bilanciamento tra le azioni di prevenzione, cura e riabilitazione e le azioni di sanzione dell'uso, repressione e contrasto del traffico e dello spaccio con un sistema generale basato soprattutto sui diritti di salute delle persone, in particolare se minorenni e vulnerabili, ad essere difese dall'offerta di sostanze stupefacenti, ad essere curate precocemente se tossicodipendenti, ma con un orientamento alla piena riabilitazione ed al reinserimento sociale. È quindi un dovere dello Stato fare in modo, con permanenti azioni di contrasto, che le organizzazioni criminali vengano perseguite costantemente sia nelle fasi di produzione e traffico, sia nelle fasi dello spaccio.

⁵⁶ Dipartimento per le Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Relazione annuale al Parlamento sull'uso di sostanze stupefacenti e sulle tossicodipendenze in Italia, Roma, 2011. Scaricabile da www.politicheantidroga.it e www.dronet.org.

⁵⁷ EMCDDA, Annual report on the state of the drugs problem in Europe, Lisbona, Novembre 2010. Scaricabile da: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2010>.

La repressione del traffico e dello spaccio per minare il potere del crimine organizzato: un atto dovuto ed efficace nel medio e lungo termine.

Mantenere una costante pressione per il contrasto delle attività delle organizzazioni criminali sia per quanto riguarda il traffico che il micro-spaccio, risulta essere una importante ed irrinunciabile azione per non consentire a queste organizzazioni di svilupparsi e radicarsi ulteriormente nel tessuto sociale e tutelare i cittadini da questi pericoli. Le politiche di repressione delle organizzazioni criminali, compresi i coltivatori, i corrieri e i piccoli spacciatori, in questo contesto bilanciato di azione, sono quindi un atto dovuto e non precludono né impediscono affatto le misure di sanità pubblica per le tossicodipendenze e per l'infezione da HIV o le epatiti.

A questo proposito contrastare l'immigrazione clandestina e attivare contestualmente politiche di forte integrazione ed inclusione sociale e lavorativa delle persone immigrate legalmente risulta fondamentale anche per la prevenzione del crimine organizzato correlato al traffico e allo spaccio di droga. Una particolare attenzione deve essere rivolta al nuovo mercato delle droghe su internet e tramite farmacie on-line che hanno necessità, al fine di essere realmente efficaci, di essere fortemente contrastate anche con nuove forme di azione telematica. Va segnalata però la difficoltà oggettiva di dover agire sulla rete internet a livello globale e non solo nazionale, con la necessità quindi di supportare e valorizzare il coordinamento e la cooperazione internazionale delle Forze dell'Ordine.⁵⁸ Una particolare rilevanza riveste inoltre lo sviluppo e il rafforzamento di strategie e procedure agevolate per utilizzare, al fine di sostenere finanziariamente soprattutto le attività di prevenzione, dei fondi sequestrati alle mafie. Questi ingenti somme dovrebbero trovare un rapido ed agevolato utilizzo mediante atti specifici a sostegno delle organizzazioni impegnate nel settore della prevenzione e recupero delle persone tossicodipendenti.

Fondamentale e strategico infine sarà il rafforzamento delle attività tese al contrasto del riciclaggio del denaro sporco, avendo ben presente che tali azioni devono trovare, per poter essere realmente efficaci, un accordo tra tutti gli stati membri. Questo in considerazione del fatto che le organizzazioni criminali e il loro affari sono sicuramente transfrontaliere e i flussi finanziari non restano certo solo all'interno dei confini nazionali.

Contrasto del traffico e dello spaccio

Contrastare l'immigrazione clandestina e contestuale inclusione

Lotta alla droga in internet: una azione globale

Finalizzazione alla prevenzione dei fondi sequestrati alle mafie

Contrasto del riciclaggio del denaro sporco

La necessità di monitoraggio e valutazione costante dei risultati e dei costi.

Tutte le strategie e gli interventi devono poter essere valutati nella loro sicurezza, efficacia (outcome) e sostenibilità economica-finanziaria. Le organizzazioni sanitarie e di governo (nazionali e regionali) devono possedere sistemi idonei al fine di poter valutare permanentemente i loro risultati, nel senso di outcome ottenuto, e i costi sostenuti. Questo deve costituire criterio di finanziabilità degli stessi interventi e progetti proposti. Inoltre la messa in comune dei dati di outcome e il confronto delle prassi permetterà di migliorare i sistemi di risposta e di far crescere l'efficacia degli interventi nel loro complesso.^{59 60}

Risulta rilevante per ogni settore di intervento possedere un sistema di rilevamento ed elaborazione dei dati quanto più centralizzata possibile, che permetta soprattutto una tempestiva e precisa ricostruzione dell'andamento del fenomeno e dell'impatto globale,

Valutazione costante dei risultati (outcome) Criterio di finanziabilità

Monitoraggio epidemiologico dell'andamento del fenomeno

⁵⁸ International Narcotics Control Board, guidelines for governments on preventing the illegal sale of internationally controlled substances through the Internet, United Nations Publication, New York, 2009.

⁵⁹ Serpelloni G., Macchia T., Mariani F., OUTCOME La valutazione dei risultati e l'analisi dei costi nella pratica clinica nelle tossicodipendenze, progetto NOP (National Outcome Project) del Ministero della Solidarietà Sociale 2006. Scaricabile da www.dronet.org.

⁶⁰ Dipartimento per le Politiche Antidroga e Ministero della Salute, Manuale operativo SIND, Maggio 2011. Scaricabile da www.dronet.org.

nel tempo, degli interventi oltre che dei costi. Sono pertanto da considerare strategici i sistemi informativi e le indagini epidemiologiche sulla popolazione a rischio e nelle acque reflue oltre che il mantenimento del sistema d'allerta precoce per l'individuazione delle nuove sostanze stupefacenti e la loro tabellazione.⁶¹

La ricerca, la formazione specialistica e continua degli operatori e le collaborazioni internazionali.

Ricerca e neuroscienze per una nuova comunità scientifica

Si ritiene fondamentale sostenere e finanziare la ricerca soprattutto nel campo delle neuroscienze, dei trattamenti e della riabilitazione. L'approccio neuro-scientifico anche nelle tossicodipendenze porterà a sviluppare nuovi ed importanti punti di vista e modelli interpretativi che saranno in grado di far comprendere meglio non solo la malattia e i comportamenti correlati, ma anche gli interventi più efficaci ed adeguati sia di tipo preventivo, terapeutico e riabilitativo. La traslazione dei risultati delle ricerche alla pratica clinica risulta inoltre fondamentale e di rilevanza strategica mediante opportune attività di formazione permanente degli operatori e il loro coinvolgimento in "community" scientifiche, specifici e finalizzati network professionali che coinvolgano molte unità operative sul territorio nazionale, attraverso specifici progetti multicentrici. Oltre a questo, risulta fondamentale promuovere anche il coinvolgimento e la collaborazione di organizzazioni scientifiche internazionali nel campo dell'addiction.

I risultati positivi possono migliorare.

Diminuzione dei consumi, delle overdose, delle infezioni

Aumento delle persone che vogliono entrare in trattamento Aumento dei trattamenti in alternativa alla pena

Depenalizzazione del consumo

In questi ultimi 10 anni, grazie agli sforzi congiunti di tutte le Amministrazioni centrali, regionali, locali e le organizzazioni pubbliche, del privato sociale e del volontariato, che hanno fondamentalmente condiviso questa impostazione di azione bilanciata, i consumi di sostanze stupefacenti nel nostro Paese sono diminuiti con particolare riguardo alle fasce giovanili, le overdose sono fortemente calate (da 1002 all'anno nel 1999 a 374 nel 2010) e sono in costante decremento, le nuove infezioni da HIV nei tossicodipendenti si sono fortemente ridotte e la diffusione dell'infezione da HIV nei tossicodipendenti è sicuramente sotto controllo.⁶² Sono inoltre diminuite le incidenze di nuove infezioni di epatiti. Sono aumentate contemporaneamente le persone tossicodipendenti che chiedono aiuto ed entrano in trattamento presso le strutture pubbliche e del privato sociale accreditato. Inoltre, negli ultimi tre anni, sono diminuite le persone tossicodipendenti entrate in carcere e aumentate quelle che ne escono per intraprendere percorsi alternativi di cura.⁶³ Nessuna persona tossicodipendente è stata arrestata semplicemente per aver usato sostanze stupefacenti, ma sempre e solo in relazione alla violazione delle leggi che puniscono penalmente il traffico, lo spaccio, la coltivazione illegale, ecc. di sostanze stupefacenti, oltre che altre violazioni delle altre leggi non in relazione con le droghe.⁶⁴

⁶¹ Cfr. nota 17.

⁶² Cfr. nota 56.

⁶³ Cfr. nota 56.

⁶⁴ Cfr. nota 56.



PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Dipartimento Politiche Antidroga

Via Po, 16/A - 00198 - Roma
Tel. 06/67796350 - Fax 06/67796843
e-mail: dipartimentoantidroga@governo.it

Siti istituzionali:

<http://www.politicheantidroga.it>
<http://www.allertadroga.it>
<http://www.droganograzie.it>
<http://cannabis.dronet.org>
<http://cocaina.dronet.org>
<http://www.drugsonstreet.it>

<http://www.dronet.org>
<http://www.droganews.it>
<http://www.drugfreedu.org>
<http://www.neuroscienzedipendenze.it>
<http://alcoldronet.org>
<http://www.dreamonshow.it>