

II PARTE

CARCERE E DROGA

Le leggi 309/90 e 230/99 sono il punto di riferimento per ogni discorso giuridico sull'assistenza al tossicodipendente, che si trovi in condizioni di dover rispondere alla giustizia per atti penalmente rilevanti.

Già nelle precedenti Conferenze il tema del rapporto Carcere/Droga e dell'assistenza al detenuto tossicodipendente era stato affrontato e discusso evidenziando, quale comune denominatore, la necessità di offrire spazi e modelli trattamentali adeguati a soggetti che pongono concreti problemi di conciliabilità tra esigenze del Diritto e necessità delle Cure.

Alla Conferenza di Genova già era emersa la constatazione che l'applicazione della legge 230/99 avveniva secondo una ottica interpretativa ritenuta di tipo riduttivo; ai Ser.T. sarebbero state, cioè, riconosciute unicamente le competenze della diagnosi e della cura degli stati di tossicodipendenza, mentre tutte le altre competenze, relative alle condizioni patologiche presentate dal detenuto tossicomane, rimanevano a carico del Servizio Sanitario Penitenziario.

Alla luce di tale interpretazione, tuttavia, tra gli addetti ai lavori emergeva in modo chiaro un quesito: *“cosa aggiunge questa legge alle competenze già previste dalla legge 309/90?”*.

Nel corso del dibattito, parallelamente, si rilevava una riflessione interpretativa più ampia: riconoscere ai Ser.T. la piena competenza per l'assistenza psico-socio-sanitaria, conferendo ad essi la piena titolarità su ogni intervento diagnostico, terapeutico e riabilitativo, riguardante la popolazione detenuta tossicodipendente. Questa esigenza di estensione interpretativa, che pur appare insita nello spirito della legge, nasce, tra l'altro, dalla constatazione quotidiana che sullo stesso detenuto tossicomane insistono figure professionali diverse, in parte del Ser.t., in parte del Servizio Sanitario Penitenziario, in parte rappresentate da specialisti esterni convenzionati, nonché da figure del Volontariato Sociale.

Non è inusuale il riscontro di sovrapposizioni trattamentali, anche farmacologiche, che spesso rendono difficoltoso il monitoraggio di un programma terapeutico adeguato per patologie croniche.

Affinché tutto ciò non si ritorca sul soggetto detenuto, bisognoso di un trattamento, appare, quindi, necessario sostenere l'integrazione dell'assistenza tra Servizi Sanitari Locali e Sanità Penitenziaria. La soluzione ideale sarebbe quella di poter disporre, per ciascun istituto di pena, di una équipe integrata, costituita da membri della Sanità Penitenziaria, del Servizio Sanitario Nazionale e del Privato Sociale. Vista l'entità del fenomeno della cosiddetta “doppia diagnosi” tra i tossicodipendenti, è necessario prevedere la partecipazione di uno psichiatra del D.S.M., specialista in materia di tossicodipendenza. La costituzione di tale équipe, è utile sottolinearlo, non comporterebbe un aggravio di spesa, attingendo il personale tra quello già inquadrato nelle varie istituzioni.

Alla luce delle competenze delle Regioni in materia sanitaria è necessario favorire l'attuazione di programmi condivisi tra Ser.T. e Servizi della Giustizia, attraverso protocolli d'intesa a livello regionale, che disciplinino organicamente le modalità di raccordo operativo e la presa in carico anche a livello finanziario da parte degli enti territoriali, così come previsto dalle norme vigenti L. 230/99 e riforma titolo V parte II della Costituzione.

Ma la questione dell'assistenza al tossicomane, che deve rispondere di atti penalmente rilevanti, non si ferma certo al momento della detenzione. Attualmente il D.P.R. 309/90 prevede agli articoli 89, 90 e 94 dei benefici che bene hanno espresso l'intenzione del Legislatore di ritenere prevalente l'esigenza del recupero personale rispetto alle esigenze della pena, pur prevedendo alcuni limiti.

Questa particolare attenzione ai bisogni della cura del tossicodipendente, rispetto a quelle del Diritto, ha generato problemi e discussioni tuttora dibattuti quali la diagnosi di tossicodipendenza, la certificazione di stato di tossicodipendenza, la possibilità e i limiti di applicazione degli articoli 89, 90 e 94 del DPR 309/90, i residui di pena, la formazione adeguata dei magistrati sulle questioni connesse con le tossicodipendenze e, non ultima, la formazione del personale penitenziario, anche in termini di prevenzione.

Inoltre, accanto alle competenze espresse dall'universo del Servizio Pubblico vi sono le competenze del Privato Sociale, che ancora auspica la pari dignità con il Servizio Pubblico. E' noto che l'integrazione dei Servizi Pubblici con i servizi del Privato Sociale, specie sui temi quali la diagnosi, la certificazione, il progetto terapeutico, non può non tener conto delle consolidate esperienze acquisite da ambedue le parti sulle specifiche competenze.

Sta di fatto che l'integrazione della rete dei servizi, pubblici e privati, deve prescindere dal vecchio concetto di “ente ausiliario”, così radicato nella cultura prevalente, riconoscendo ampia valenza a quelle struttu-

re che possono accreditarsi secondo specifici parametri ritenuti idonei.

Lo stesso deve dirsi per quelle strutture pubbliche, che operano ancora in condizioni ben al di sotto dei requisiti minimi previsti dalla legge, per erogare un servizio adeguato e coerente con i compiti che la tossicodipendenza richiede.

Solo in questa ottica si potranno ritenere superati quei problemi pratici di coordinamento e primarietà di intervento, che, spesso, hanno messo in conflitto il Pubblico con il Privato Sociale, oltre che, all'interno del Pubblico, tra professionalità, competenze e appartenenze diverse.

Nell'affrontare le questioni esposte, il gruppo di lavoro s'è dato un canovaccio metodologico rappresentato da una ideale collocazione del tossicodipendente di fronte alla Giustizia inteso come:

1) un primo contatto, allorché il tossicodipendente è chiamato a rispondere di propri atti penalmente rilevanti.

2) Un secondo momento, quando il tossicodipendente è detenuto.

3) Infine un terzo momento, quando il tossicodipendente, espiata la pena, deve affrontare la fase della riabilitazione.

Naturalmente non sono momenti da interpretare come fasi consecutive, ma eventi che possono intrecciarsi con modalità diverse nel corso della storia tossicomana.

E' parere largamente condiviso da chi opera nel settore delle tossicodipendenze, che il carcere non rappresenti il luogo idoneo e favorevole per la cura del tossicodipendente.

Va ribadito che a tutt'oggi il tossicodipendente non entra in carcere per la tossicodipendenza in sé, bensì per reati in cui la tossicodipendenza è un elemento anamnesticamente importante, che per la maggior parte dei casi è stata per lo più causa scatenante del comportamento deviante.

L'attuale normativa affronta, di fatto, il problema con il tossicomane che è già nella veste di detenuto. In Italia, prendendo spunto dalle "Drug Courts" statunitensi, si sta attuando una iniziativa che rappresenta un significativo esempio di integrazione tra processo penale e progetto terapeutico.

Il nucleo centrale dell'esperienza dell'ex Pretura Circondariale di Milano, estesa poi a livello nazionale con finanziamento specifico, è costituita dalla sospensione del giudizio, allorché il tossicodipendente, arrestato, si dichiara tale o venga individuato tale in forza delle caratteristiche del reato.

Su base volontaria e per autorizzazione del giudice si attiva un immediato intervento di risorse e centri accreditati, al fine di acquisire la diagnosi di tossicodipendenza, l'eventuale programma in corso e la valutazione di idoneità del programma terapeutico.

L'estensione di tale iniziativa ad altre città in ambito nazionale è propria di questo anno.

I limiti di questa impostazione, peraltro di notevole valore, sono quelli propri della struttura normativa che richiede l'acquisizione di una certificazione e di un programma operante; ne consegue che finisce per essere riservata, di fatto, ad una popolazione selezionata di tossicodipendenti - quelli già in carico ai Ser.T. - mentre ne restano esclusi quelli non noti ai Servizi o persi di vista.

Per questi ultimi la questione della certificazione e della diagnosi può divenire ardua e la si può affrontare solamente allorché il tossicodipendente è detenuto.

Per i minori la difficoltà di diagnosi è ancora più complessa, in quanto si tratta di soggetti in età evolutiva, spesso consumatori di droghe sintetiche e/o di psicostimolanti di non immediata rilevanza diagnostica.

Altro problema è, altresì, la mancata percezione da parte del minore del proprio stato di tossicodipendenza, consapevolezza necessaria al fine di acquisire il consenso all'intervento specialistico. Molti di questi sono stranieri, privi di identità certa, la maggior parte dei quali minori non accompagnati, entrati clandestinamente nel territorio nazionale e quindi privi di qualsiasi riferimento, ambientale e familiare.

Un'altra significativa esperienza è stata condotta, in via sperimentale, dalla Questura di Milano in collaborazione con la locale Azienda Sanitaria. In questa esperienza le prime valutazioni sullo stato di tossicodipendenza della persona arrestata erano anticipate al momento della restrizione nelle camere di sicurezza. Attraverso una intesa sinergica fra forze di polizia, servizi sanitari e magistratura, si veniva a creare, quindi, un punto di incontro nel rispetto delle prerogative di ciascuno.

Deriva da ciò l'importanza del ruolo svolto dalle forze di polizia nella fase dell'arresto, la cui criticità è spesso amplificata dallo stato di tossicodipendenza della persona e la conseguente necessità di una loro formazione integrata nel settore.

In generale la possibilità di certificare uno stato di tossicodipendenza è normato dal D.M. 186/90, che sembra, però, aver preso a modello per la definizione diagnostica e certificatoria la dipendenza da eroina.

Allo stato attuale è constatazione comune che i criteri indicati dal D.M.186/90 non corrispondano più alla realtà clinica, sia perché il fenomeno tossicomane si è oltremodo diversificato sia perché alcune sostanze oggi oggetto di abuso sono di difficile rilevanza analitica.

Inoltre, la diagnosi di tossicodipendenza effettuata secondo i criteri del D.M. 186/90 non solo non corrisponde completamente alla diagnosi clinica, in quanto non tiene conto delle differenze tra i vari quadri clinici

indotti da sostanze diverse, legali o non, ma può, essa, assumere valenze legali indipendenti dallo stesso D.M. 186/90.

Si veda, ad esempio, la proposta di una terapia nell'ambito di una diagnosi di tossicodipendenza posta nei confronti di un minore, che può essere accettata o rifiutata dal genitore o da chi per esso. E ancora, il profilo psicologico assume risvolti legali, allorquando ad essere in gioco è l'imputabilità o la valutazione dell'idoneità genitoriale.

Il D.M. 186/90, inoltre, non contiene indicazioni in merito così come non dà indicazioni relative alla certificazione di cessazione dello stato di tossicodipendenza. Attualmente tale valutazione viene fatta sulla base di criteri clinici.

In ogni modo, l'apertura di una cartella clinica, sulla base delle sole dichiarazioni dell'interessato, può costituire un criterio per la certificazione di cui al D.M. 186/90. Infine un elemento poco discusso ma significativo è dato dalla certificazione di assenza dello stato di tossicodipendenza richiesto dalla normativa in diversi settori della vita sociale.

E' certamente competenza del Ser.T. diagnosticare e certificare l'assenza dello stato di tossicodipendenza, avvalendosi anche del contributo della medicina legale e delle indagini di laboratorio. Allo stato attuale il D.M. 186/90 appare superato dalla diversificazione delle sostanze d'abuso e dei conseguenti comportamenti tossicomani, nonché dalle esigenze cliniche della diagnostica differenziale. In tal senso è auspicabile una modifica del decreto che tenga conto delle evoluzioni della clinica.

Dunque, allorquando Diritto e Clinica si incontrano, Diagnosi e Certificazione di stato di tossicodipendenza assumono un rilievo particolare con implicazioni medico-legali specifiche e, se da un lato non vi sono problemi per i soggetti noti e in carico ai Servizi, dall'altro tali problemi si pongono nella loro interezza nei casi in cui l'interessato si autodefinisce tossicodipendente.

Vi sono casi in cui l'interessato si dichiara tossicodipendente da sostanze di difficile rilevabilità analitica, come gli amfetamino-simili o che comunque sfuggono alle indagini di screening, risultando necessarie per la loro individuazione l'applicazione di specifiche metodiche di conferma (II livello), quali la gascromatografia/spettrometria di massa, che per la loro natura richiedono tempi lunghi ed esperienza professionale specifica. Trattandosi di indagini analitiche con implicazioni sociali e giudiziarie è necessario anche affrontare il problema dell'accreditamento dei laboratori abilitati a tali tipologie di analisi.

Certamente il problema della certificazione di tossicodipendenza divide le strutture del privato sociale: una parte di esse è favorevole a mantenere la delega al servizio pubblico per questa delicata operazione mentre altri, tra cui la Fondazione Villa Maraini, ritengono che le strutture che rientrino nei criteri previsti dagli accordi di intesa Stato-Regioni e riguardanti l'accreditamento dei vari servizi per le tossicodipendenze debbano avere la possibilità di organizzare un servizio con le stesse caratteristiche professionali ed operative del Ser.t. ivi compresa la diagnosi, la terapia e la certificazione.

In effetti la mole di lavoro, la professionalità profusa dall'ambulatorio di Villa Maraini negli ultimi sette anni in qualità di "ente ausiliario" di Roma e provincia, nonché i dati di affluenza e l'apertura sulle 24 ore giustificano una tale assimilazione. E' chiaro che l'ambulatorio della Fondazione è a conoscenza di possibili usi strumentali che la certificazione di stato di tossicodipendenza può assumere, per cui va richiesta la più rigida e conforme adesione ai parametri di accreditamento con adeguati controlli da parte dell'Istituto a ciò preposto.

D'altra parte il ruolo del Servizio Pubblico per le tossicodipendenze, tenendo presente che per sua natura privilegia la cura e la riabilitazione, rispetto alle esigenze della pena, porta a considerare la necessità di creare un momento particolare, definito per tempi e per spazi, nel quale attraverso una più prolungata osservazione clinica e l'applicazione di risorse e strumenti diagnostici validati, in un regime di sospensione del giudizio, si possa addivenire alla formulazione di una corretta diagnosi di stato di tossicodipendenza, cui possa seguire l'applicazione dei benefici di legge.

Questa proposta nasce dalla constatazione, da un lato, che la sospensione dell'esecuzione della pena o la concessione degli arresti domiciliari per i minorenni le misure della permanenza in casa e del collocamento in comunità, danno luogo frequentemente a problemi maggiori di quelli che vorrebbero risolvere e, dall'altro, dalla convinzione che un intervento che privilegi la cura e la riabilitazione debba subentrare prima che il tossicodipendente si trasformi in detenuto, tenendo soprattutto in considerazione la quota di popolazione tossicomane che sfugge ai Servizi.

Naturalmente una ipotesi di questo genere richiederebbe la piena partecipazione del Privato Sociale Accreditato, sia per le competenze espresse, sia per la disponibilità delle risorse strutturali necessarie allo scopo. In questo senso il modello organizzativo auspicabile potrebbe essere quello del Dipartimento Funzionale, in quanto solo in un'ottica dipartimentale si potrebbero meglio e più tempestivamente affrontare i problemi che si pongono quando il tossicodipendente è chiamato a rispondere di propri atti penalmente rilevanti.

Si ritiene inoltre auspicabile che l'intervento destinato ai minori assuntori di sostanze stupefacenti ed entrati nei circuiti penali, preveda, al pari delle esperienze ormai consolidate in alcuni Tribunali Ordinari, un "presi-

dio" del Ser.T. nei tribunali per i minorenni in sede di udienza, al fine di una presa in carico congiunta con i Servizi Minorili.

Quando il tossicodipendente si trova nelle vesti di detenuto è necessario che sia garantito un servizio di assistenza pari a quello territoriale, compresa la continuità terapeutica in occasione dei trasferimenti e dell'uscita dall'istituto penitenziario.

La legge 230/99 si ispira a questa equivalenza ma è constatazione comune che la presenza dei Ser.T. all'interno degli istituti penitenziari sia largamente difforme sul territorio nazionale. E' necessario e non ulteriormente procrastinabile che all'interno degli istituti penitenziari operino costantemente professionisti del Ser.T. in grado di assicurare la continuità terapeutica e che siano responsabili dei programmi e dei progetti terapeutici specifici.

Anche nel contesto dell'istituzione penitenziaria si sente il bisogno di linee guida per l'assistenza al detenuto tossicodipendente e, richiamando le conclusioni della Conferenza di Oldenburg su Carcere e Tossicodipendenza (12/14 marzo 1999), si può, oggi, ad avviso del gruppo di lavoro, condividerle nella quasi totalità. Prevenzione delle ricadute, trattamenti drug-free, trattamento sostitutivo, sostegno tra pari e programmi di riabilitazione sono attività professionali che dovrebbero essere garantite.

La questione dell'assistenza al tossicodipendente in regime di espiazione della pena pone problemi in ordine alla formazione del personale del Ministero della Giustizia operante all'interno degli Istituti Penitenziari e alla formazione del personale convenzionato, quali i professionisti sanitari.

Sarebbe auspicabile che in forza del passaggio di competenze previsto dalla legge 230/99, anche il tema della formazione non venisse tralasciato, ma che assumesse un profilo univoco nell'ambito del mandato dell'Azienda Sanitaria Locale.

Si supererebbero, in tal modo, le dispersioni attualmente presenti e che vedono spesso le tre istituzioni, Dipartimento per la Giustizia Minorile, Amministrazione Penitenziaria e Azienda USL, percorrere strade non comunicanti.

Se da un lato occorre ribadire che anche in regime di espiazione della pena si possono realizzare percorsi riabilitativi è necessario prendere atto che la storia delle sezioni a custodia attenuata s'è conclusa con un sostanziale fallimento su scala nazionale, pur riconoscendo la realizzazione di significative esperienze locali.

Del resto la norma vigente parla di acquisizioni di strutture intere da destinare alla riabilitazione del tossicodipendente. Su questi temi gli animi sono divisi.

Il detenuto tossicodipendente ha diritto alla continuità terapeutica, al pari di qualunque altro cittadino in trattamento terapeutico, mentre spesso avviene che il tossicodipendente detenuto sia scarcerato o trasferito senza che ne sia data tempestiva informazione al Ser.T. di competenza. Ciò può esporre il tossicodipendente a rischi diversi, specie se è in trattamento sostitutivo scalare o abbia terminato un trattamento analogo.

La comunicazione al Ser.T. dovrebbe essere un atto dovuto ed espresso in tempi coerenti con le esigenze della cura.

E' necessario, inoltre, che si approntino studi epidemiologici di settore, per analizzare l'esito delle applicazioni dei benefici di legge in ordine agli articoli 90 e 94 del DPR 309/90. E', altresì, necessario che si adottino anche all'interno del carcere gli stessi criteri di gestione del tossicodipendente presso il Ser.T., è, infatti, incomprensibile la disparità di trattamento in tema di terapia sostitutiva che si verifica tra il territorio e l'interno del carcere, dove al 2003 solo il 10% dei detenuti tossicodipendenti risultava in trattamento sostitutivo.

Analogamente dovrebbe essere migliorata la comprensione dell'incidenza, prevalenza e trattamento delle patologie infettive, specie quelle a trasmissione sessuale, nell'ambito della popolazione specifica e, coerentemente, dovrebbero essere accessibili quei presidi medico-chirurgici di prevenzione quali i profilattici.

Un coerente programma terapeutico, svolto in condizioni intramurarie, dovrebbe avere la possibilità di organizzarsi anche nel suo prosieguo sul piano del reinserimento socio-lavorativo.

Uno strumento valido può essere quello del protocollo d'intesa tra CSSA, Ministero della Giustizia e Azienda USL e ugualmente tra USSM, Ministero della Giustizia e Azienda USL.

Il reinserimento socio-lavorativo ha il suo razionale nella prevenzione della recidiva delinquenziale, che porta il tossicodipendente a ripetere numerose volte il ciclo della detenzione. A questo proposito si pone la questione dei costi.

Attualmente, sia per l'inserimento in Comunità del detenuto sia per il sostegno socio-lavorativo, vi sono delle grandi discrepanze territoriali in ordine agli importi e un comune fattore dato dai grandi ritardi nei pagamenti, ciò pone il Privato Sociale in enormi difficoltà. Sarebbe auspicabile che le competenze e i pagamenti fossero a carico dell'Azienda USL con relativo trasferimento di fondi.

Una attenzione particolare va data al mondo della Giustizia minorile, dove si registra per il 2004 un incremento del 10% del numero di soggetti assuntori di sostanze stupefacenti, dato che tendenzialmente si conferma anche per l'anno in corso.

I Centri per la Giustizia Minorile intrattengono collaborazioni proficue con enti pubblici, del privato sociale

e mondo del volontariato, molto spesso attraverso accordi di programma e protocolli. E' auspicabile la diffusione in tutti i contesti territoriali di protocolli d'intesa in grado di disciplinare organicamente le modalità di raccordo operativo, così come è utile l'estensione a tutto il territorio nazionale di intese tra Centri per la Giustizia Minorile e le Regioni di riferimento, dirette a garantire la presa in carico del minore da parte della Azienda USL sia sul versante terapeutico, sociale, riabilitativo, di reinserimento lavorativo, sia sul versante finanziario così come sancito dalle normative in materia.

III PARTE

DOPPIA DIAGNOSI

1. Introduzione

L'assunzione occasionale, l'abuso e la dipendenza da sostanze psicoattive, legali ed illegali, interessa un numero relativamente elevato di soggetti che per questo motivo vanno incontro a modificazioni cognitive, emozionali e comportamentali di vario grado e di varia natura. L'assunzione di sostanze psicoattive, anche quando non implica conseguenze evidenti sul piano sociale, può essere riconosciuta come concausa importante, come conseguenza o come fenomeno concomitante di manifestazioni psicopatologiche. In alcuni casi i disturbi possono essere indipendenti; più spesso un disturbo psichico pre-esistente aumenta il rischio di esposizione alle sostanze psicotrope d'abuso; in altre condizioni ancora, può esistere un rapporto di causalità diretto tra assunzione di sostanze psicoattive e manifestazioni psicopatologiche, ovvero i due disturbi possono riconoscere matrici patogenetiche comuni.

Soprattutto negli ultimi anni la "doppia diagnosi", la coesistenza cioè di abuso/dipendenza da sostanze e di un disturbo mentale (intesi come entità distinte che soddisfino i criteri diagnostici di un sistema di classificazione di riferimento), ha quasi assunto le connotazioni di entità nosografia autonoma, suscitando particolare interesse sia nel campo clinico che nel campo della ricerca. Nella pratica clinica è sempre più frequente una associazione diversificata tra abuso di sostanze psicoattive e disturbi mentali, sia in Asse I (DSM IV) nelle aree dell'umore, dell'ansia, della psicosi, dell'alimentazione e del controllo degli impulsi che in Asse II, riferito ai disturbi di personalità in particolare del cluster B (disturbo di personalità antisociale, borderline e narcisistico). La "doppia diagnosi" può manifestarsi con quadri clinici complessi e non immediatamente identificabili, sia come comorbilità vera che come comorbilità spuria (*disturbi indotti dalle sostanze*). Questi ultimi in genere scompaiono con il cessare dell'esposizione alla sostanza d'abuso, ma talvolta possono permanere nel tempo come disturbi persistenti. La complessità della "doppia diagnosi", concetto ormai sostanzialmente condiviso dalla comunità scientifica, pone quindi molteplici problemi di natura patogenetica, diagnostico-clinica, terapeutica, riabilitativa e organizzativa.

2. Storia, definizione, epidemiologia

La storia dell'approccio alla "doppia diagnosi" in Italia è parallela all'evoluzione delle strategie diagnostico terapeutiche per le tossicodipendenze e comprensibile con una chiave di lettura complessa che emerge dai recenti cambiamenti dei Servizi pubblici e del Privato Sociale, dai manifesti mutamenti del fenomeno e degli stili di consumo.

Per ridefinirne i "percorsi" ed identificare le appropriate opzioni terapeutiche è necessario considerare alcuni passaggi essenziali degli ultimi trent'anni. Una lettura sociologica del fenomeno della tossicodipendenza ha contribuito a una attenzione ridotta rispetto alle condizioni psico-biologiche individuali e alla sofferenza psichica della persona. Ne è derivato un sostanziale isolamento del settore rispetto alle altre discipline mediche, caratterizzato da empirismo e da iniziative volontaristiche lodevoli, ma avulse da riferimenti scientifici. Tale approccio è giustificato da condizioni storiche che hanno orientato le scelte di parte degli operatori e dell'opinione pubblica

Tra queste condizioni è opportuno citare, quali esempi paradigmatici, alcuni elementi-chiave che ancora oggi influenzano le risposte del sistema ai nuovi bisogni degli utenti.

1. La sostanziale separazione della psichiatria dall'area delle tossicodipendenze ad opera della prima legge di riordino del settore (n° 685/1975), avvenuta peraltro in concomitanza ad un periodo di profonda discussione della stessa disciplina psichiatrica. Basti pensare all'intensità del dibattito nel corso degli anni Settanta sugli aspetti nosografici della malattia mentale e sul ruolo dell'istituzione, con i rilevanti investimenti legislativi e organizzativi sulla trasformazione dell'assistenza psichiatrica. In quegli anni i disturbi da uso di sostanze uscivano rapidamente dalla area di interesse della psichiatria, insieme con i disturbi di personalità, i disturbi dell'alimentazione e diverse "patologie del controllo degli impulsi".

2. Nel decennio tra la metà degli anni settanta e la fine degli anni ottanta il ruolo inizialmente vicariante assunto dal "privato sociale", proprio in relazione alle incertezze e ai rallentamenti che hanno segnato la cos-

tutuzione della rete dei servizi pubblici per le tossicodipendenze. Le implicazioni psicopatologiche del fenomeno non risultavano percepibili a chi stava ridisegnando un sistema ancora carente di risorse “ufficiali” e di investimenti istituzionali.

3. Il dibattito sulle cause del fenomeno, e sulle possibili strategie per affrontarlo, improntato più a forme di strumentalizzazione a carattere ideologico che non a posizioni scientifiche e a motivazioni cliniche oggettive. Tale confronto valorizzava gli strumenti terapeutici uni-dimensionali, spesso trascurando le variegate caratteristiche cliniche e comportamentali dei pazienti e le necessarie risposte diversificate e multi-dimensionali.

La attuale aspecificità del concetto di “doppia diagnosi” ancora oggi risente di tale percorso storico-culturale e continua ad incontrare molteplici difficoltà in relazione a:

- competenze degli operatori nel campo della psicopatologia
- difficoltà nel superamento di modelli riduzionistici utilizzati nell'affrontare il fenomeno
- mancanza di riferimenti a linee-guida accreditate scientificamente nella progettazione dei percorsi diagnostico-terapeutici.
- costi per corrispondere fattivamente ad una reale professionalizzazione degli operatori nel sistema di cura e di assistenza.

Il termine “doppia diagnosi” definisce la concomitanza di disturbi da uso di sostanze (uso problematico, dipendenza e abuso) e disturbi mentali conclamati, quando essi si presentino insieme indipendentemente dagli stati acuti di intossicazione ed astinenza, facendo riferimento a quell'evidenza diagnostica che deriva dal concetto di comorbidità (termine appropriato per indicare la coesistenza di malattie diverse). Una accurata verifica anamnestica può evidenziare se i disturbi mentali concomitanti siano pre-esistenti, associati o conseguenti all'esposizione alle sostanze nell'evoluzione clinica, anche se la doppia diagnosi non implica in sé la definizione certa di rapporti causali. In ogni caso, la condizione di comorbidità dovrà essere riservata a quei quadri in cui il disturbo psichiatrico mantenga una propria autonomia rispetto agli effetti delle droghe e dell'alcool.

Il DSM IV-TR dell'Associazione Americana di Psichiatria e l'ICD-10 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità riprendono precedenti modelli di classificazione dei disturbi (non necessariamente eziopatogenetici) e li rigenerano alla luce della ricerca dei criteri di inclusione/esclusione, se possibile anche suffragati da indicatori temporali, per crearne delle categorie patologiche il più possibile distinte e autonome. Tali categorizzazioni possono non essere pienamente esaustive in particolare di quelle realtà complesse che, in termini evolutivi, caratterizzano il continuum tra adolescenza ed età adulta, nell'ambito del quale si manifestano prevalentemente sia la tossicodipendenza o l'alcoolismo che un disturbo mentale. Le patologie mentali ed i loro precursori infatti possono indurre un incremento del rischio per lo sviluppo dei disturbi da uso di sostanze che, a loro volta, possono essere in grado di produrre o slatentizzare quadri clinici riconducibili a disturbi mentali.

In sintesi, partendo dal fatto che le classificazioni internazionali (DSM IV e ICD 10) considerano il disturbo da abuso di sostanze psicotrope (compreso l'alcol) nella categoria dei disturbi mentali, si parla di doppia diagnosi quando in un soggetto “dipendente” viene riscontrato un altro disturbo mentale specifico (che risponda, cioè, ai criteri diagnostici indicati nelle classificazioni internazionali).

Le ricerche epidemiologiche disponibili sono numerose e, soprattutto nelle realtà anglosassone, rivelano la diffusione del fenomeno “doppia diagnosi” e la sua importanza come fattore prognosticamente negativo per il trattamento e per i suoi esiti. Se si sommano i disturbi psichiatrici maggiori e i disturbi di personalità la letteratura scientifica indica che poco meno del 50% dei pazienti tossicodipendenti sono affetti da comorbidità psichiatrica.

La comorbidità psichiatrica tra i tossicodipendenti del nostro paese mostra valori di prevalenza non dissimili da quelli registrati dalla comunità scientifica internazionale anche se tali risultanze sono limitate dalla bassa numerosità dei campioni indagati o dalla visione “puntiforme” del fenomeno che non si giova della possibilità di generalizzare il dato attraverso il confronto tra bacini di utenza diversi.

Ricerche epidemiologiche italiane, più o meno recenti, mostrano che circa il 30% dei soggetti in trattamento presso i Servizi per le Tossicodipendenze è affetto da disturbo psichiatrico maggiore (Asse I) e circa il 50% da disturbi della personalità (Asse II). Non raramente i disturbi da uso di sostanze, i disturbi di personalità e disturbi maggiori coesistono in forme di comorbidità multipla.

I dati sulla doppia diagnosi nei pazienti in trattamento presso i DSM, pur non potendo riferirsi ad evidenze quantitativamente significative, confermano l'incremento della prevalenza di pazienti primariamente psichiatrici (affetti da schizofrenia, disturbi dell'umore, PTSD, ADHD adulti) che si avvicinano alle sostanze. Inoltre pazienti gravi e dai “percorsi terapeutici” complessi (affetti da disturbi della personalità) divengono ancora più problematici a causa del concomitante disturbo da uso di sostanze. In particolare appare sempre più evidente che pazienti giovani affetti da disturbi psichiatrici sono fortemente a rischio per disturbo da uso di sostanze.

Tra i soggetti valutati presso le Comunità terapeutiche o presso gli Istituti penitenziari i tassi di prevalenza della “doppia diagnosi” sembrano ancora più rilevanti e indicano che, qualora si possa arrivare ad una stratificazione per tipologia di trattamento, la prevalenza di patologia psichiatrica diviene ancora più consistente.

3. Fattori di rischio ed evoluzione

I disturbi da uso di sostanze psicoattive si esprimono nel contesto clinico con una fenomenologia estremamente complessa e diversificata, condizionata dalle interazioni tra sostanza e organismo in un determinato contesto socio ambientale.

Ciò ha reso tali disturbi oggetto di studio e d'interesse da parte di aree scientifiche e culturali diverse, quali tra le altre, la neurobiologia, la farmacologia, la psichiatria, la psicologia e la sociologia. In tale dimensione le tossicodipendenze e le situazioni di comorbidità psichiatrica si collocano all'interno di un modello bio-psico-sociale, in cui molteplici fattori concorrono, in proporzioni e modalità differenti, all'instaurarsi e al mantenimento del fenomeno in modo dinamico.

In quest'ottica si inserisce quindi la nozione di “psicopatologia delle dipendenze” che si delinea proprio in funzione dei fattori biologici, psicologici e sociali che possono influire sulla storia naturale, sul decorso, sulla prognosi e sul trattamento del disturbo.

1) Tra i fattori biologici appare di particolare rilevanza il ruolo della vulnerabilità genetica, capace di influenzare significativamente il temperamento: un assetto temperamentale problematico può divenire, in associazione ad altri fattori di rischio ambientali, uno degli antecedenti essenziali per l'instaurarsi dei disturbi da uso di sostanze e dei disturbi psichiatrici concomitanti.

2) Tra i fattori psicologici non può essere trascurato il ruolo del carattere, dei tratti della personalità, in grado di costituire la base per l'emergere di forme di disagio psichico e sociale. Tale disagio si può esprimere in uno spettro di manifestazioni che vanno da condizioni sintomatiche aspecifiche a veri e propri disturbi mentali (disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, disturbi psicotici e schizofrenia) fino ai disturbi della personalità. Sui fattori psicologici influiscono quindi in modo talvolta determinante gli eventi traumatici, le problematiche dell'attaccamento parentale, le forme di abuso emotivo, fisico e sessuale, le condizioni di negligenza e di abbandono.

3) Tra i fattori sociali si collocano condizioni di esposizione ambientale quali, ad esempio, l'appartenenza ad una famiglia multi-problematica, a un contesto di emarginazione sociale o a gruppi etnici svantaggiati, la disponibilità delle sostanze, le pressioni dei gruppi di coetanei.

La possibile interazione tra i fattori di rischio è comunque da interpretare alla luce di una condizione individuale, multifattoriale, suscettibile anche di forti variazioni secondo un concetto non deterministico.

Fattori biologici, psicologici e ambientali possono spiegare anche la comparsa di manifestazioni comorbili tra le dipendenze e i disturbi dell'umore, i disturbi d'ansia, i disturbi psicotici e la schizofrenia, conferendo un valore all'ipotesi dell'automedicazione, frequentemente citata in letteratura.

4. Assessment del paziente in “doppia diagnosi”

Implica una valutazione multidimensionale che definisca un profilo di gravità a partire dall'esame delle aree problematiche. L'assessment tende a superare la semplice categorizzazione diagnostica dei due disturbi, prendendo in considerazione il funzionamento psico-sociale, gli aspetti relazionali, i fattori di rischio individuali ed ambientali, secondo una dimensione temporale longitudinale. Tale valutazione si declina in funzione della compatibilità con un sistema di interventi adeguati ai bisogni terapeutici e riabilitativi del paziente, invertendo la tendenza attuale ad adattare le esigenze del paziente alle risorse disponibili. Questo indirizzo dovrebbe essere esteso a tutti i pazienti ma appare irrinunciabile per quelli in “doppia diagnosi” per i quali gli elementi di complessità impongono una maggiore articolazione e approfondimento del processo valutativo. La flessibilità clinica dovrebbe cioè governare qualsiasi scelta terapeutica, inducendo a rinunciare ad una rigidità concettuale e culturale che ha contribuito alla realizzazione di un modello di sostanziale omologazione diagnostica e terapeutica. Questo obiettivo deve prevedere uno standard formativo-professionale adeguato per i professionisti del pubblico e del privato, appropriato alle varie figure professionali. Devono essere condivise procedure e metodologie validate che permettano, tra l'altro, un linguaggio comune tra operatori del Ser.T. e del Dipartimento di Salute Mentale (DSM), delle Comunità Terapeutiche e delle strutture carcerarie.

L'approfondimento diagnostico si deve avvalere di strumenti clinici di base quali le interviste strutturate secondo le correnti nosografie psicopatologiche, dei test psico-diagnostici, dei test laboratoristici bio-umoral, strumentali e tossicologici, in un setting “dinamico” che permetta una osservazione personalizzata del paziente nel tempo. E' possibile che, in base alle necessità di valutazione di ciascun caso, si creino delle “equipe affidatarie” che coinvolgano gli operatori di diversi servizi specialistici e/o del privato sociale.

In particolare, lo screening psicopatologico dell'alcolista e del tossicodipendente richiedono l'integrazione della valutazione psichiatrica con quella internistica e neurologica.

L'assessment psicopatologico non può essere definitivo non può essere effettuato durante la crisi astinenziale, o nei giorni appena successivi alla disassuefazione, e può richiedere una osservazione del paziente in ambito residenziale.

In particolare, per i pazienti in doppia diagnosi, un'indagine anamnestica che tenga conto anche delle informazioni raccolte dai congiunti del paziente consente spesso un punto di vista più approfondito, proprio rispetto agli antecedenti problematici durante l'infanzia-adolescenza. Analogamente la valutazione diagnostica dei famigliari e delle dinamiche in famiglia costituiscono un notevole arricchimento della valutazione del paziente.

5. Evoluzione e integrazione dei servizi

Esiste nella prassi d'intervento dei Servizi per le Tossicodipendenze (SER.T), una modalità di condivisione e di discussione delle ipotesi diagnostiche prodotte dai singoli professionisti che consente quell'approccio multifattoriale tipico della disciplina delle farmacotossicodipendenze. La formulazione diagnostica si presenta come una sintesi "ragionata" delle conoscenze acquisite sui singoli casi dai diversi "tecnici" negli specifici settori disciplinari e si configura come l'ipotesi atta a guidare la pianificazione di un adeguato trattamento terapeutico. Proprio questa ottica capace di affrontare la complessità, tipica dei Ser.T. e delle Comunità, può orientare le modalità di intervento adatte ai pazienti in doppia diagnosi che dovrebbero prevedere una stretta collaborazione tra le risorse e le competenze del SER.T e della Comunità Terapeutica e quelle del Servizio di Salute Mentale. In una parte dei casi, esiste una zona di sovrapposizione di ambiti e specificità tra Servizi che rappresenta una possibile causa di problemi di appartenenza e di riferimento e da cui può scaturire una scarsa chiarezza dei limiti, delle responsabilità, degli obblighi istituzionali e del ruolo di collaborazione. Per svolgere il trattamento clinico-riabilitativo di soggetti con dipendenza da sostanze psicoattive e comorbidità psichiatrica è necessario individuare una definizione dei ruoli e delle funzioni dei Servizi coinvolti, misurandosi soprattutto con le situazioni cliniche che si collocano sulla linea di confine tra i due ambiti. Questo settore di intervento, particolarmente complesso in quanto comporta il coinvolgimento a diverso titolo e con diversa intensità assistenziale di più Servizi, apre problemi di tipo etico, tecnico e gestionale. Il primo è quello della titolarità della presa in carico di questi pazienti, con le responsabilità connesse all'attuazione dei percorsi terapeutico-assistenziali durante le diverse fasi del percorso di trattamento. La valutazione iniziale è fondamentale per la pianificazione del trattamento riabilitativo e per la definizione della sua intensità assistenziale; inoltre la valutazione deve essere mantenuta con periodicità significativa per tutta la durata del trattamento, in quanto è fondamentale per il management del singolo caso clinico.

In riferimento alla gravità del disturbo da cui il paziente è affetto, è possibile ipotizzare trattamenti di diversa intensità assistenziale, determinata dalla tipologia degli interventi e delle prestazioni rese dagli operatori delle équipe multi-professionali che vengono coinvolti.

I pazienti dipendenti da sostanze psicoattive con comorbidità psichiatrica più difficili e gravi presentano una maggiore complessità psicopatologica e sociale, una scarsa compliance terapeutica ed una debole alleanza con il terapeuta; frequentemente sono non collaborativi ed oppositivi; presentano un maggior rischio di abbandono precoce, frequenti ricadute, una maggiore difficoltà della gestione terapeutica, un maggior rischio di ricovero ospedaliero, di suicidio e di overdose, nonché di episodi etero-aggressivi. A tali caratteristiche occorre rispondere con un modello organizzativo basato su una integrazione culturale e gestionale delle strutture, a vario titolo coinvolte, che permetta lo sviluppo di Servizi di "trattamento integrato", caratterizzati dalla specializzazione nei due settori della dipendenza da sostanze psicoattive e del disturbo psichiatrico.

E' indispensabile garantire una facile accessibilità ed una effettiva capacità di erogare trattamenti diversificati, flessibili ed adeguati ai diversi bisogni dei pazienti caratterizzati da differenti psicopatologie concomitanti. Questa integrazione, attraverso lo sviluppo di una articolata esperienza clinica e di una adeguata riflessione teorica, permette una continuità della presa in carico complessiva di ciascun paziente, fattore importante per la compliance e per la prevenzione della ricaduta, sia nei comportamenti d' abuso che nei disturbi psichiatrici.

La responsabilità del trattamento, quando esiste un coinvolgimento di più Servizi, non può rimanere indefinita come nel caso della collaborazione generica secondo il modello della "consulenza esterna occasionale", ma dovrebbe almeno essere definita secondo il modello della "compartecipazione" (partecipazione strutturata del SER.T o del Servizio di Salute Mentale). In relazione alle caratteristiche del caso (dipendenza primaria e disturbo mentale secondario o viceversa), un Servizio se ne assume la responsabilità prevalente (case-manager) e ricopre quindi il ruolo di garante dello svolgimento del trattamento terapeutico-riabilitativo. Il Servizio responsabile è titolare delle cure e della gestione terapeutica e un clinico del Servizio stesso assume la funzione di manager del caso: il Servizio "consulente" è responsabile nel proprio ambito di com-

petenza relativo alla diagnosi e al trattamento, con un ruolo più limitato, subordinato alle indicazioni del Servizio responsabile. Questi ruoli e funzioni sono però complementari e possono essere ridefiniti anche in riferimento alla specifica situazione locale e alle risorse disponibili, come la presenza o meno dello psichiatra all'interno del SER.T

È necessario, pertanto, sviluppare una rete di servizi ambulatoriali, territoriali, semi-residenziali e residenziali, che possa salvaguardare la continuità assistenziale dei soggetti dipendenti da sostanze psicoattive con comorbidità, strutturando programmi terapeutico-riabilitativi fondati su una collaborazione permanente tra professionisti di diversi Servizi e di diverse realtà istituzionali.

L'equipe multidisciplinare coinvolta, guidata dal case-manager che ha in carico il paziente, provvede, sulla base delle necessità cliniche, a coinvolgere i servizi pubblici e privati necessari alla gestione del caso; sensibilizza la famiglia sulla necessità di cure integrate, valutando l'opportunità di intervento sulla famiglia stessa e sull'ambiente sociale di appartenenza; programma inoltre periodici incontri per la discussione dei casi e per verificare la realizzazione e l'andamento del progetto terapeutico-riabilitativo, intervenendo tempestivamente in caso di necessità (es. acuzie psichiatrica con possibile richiesta di ricovero presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura - SPDC, abbandono del programma da parte del paziente).

Il trattamento diviene quindi una concertazione di differenti servizi e di differenti professionalità ed è opportuno che sia costituito da diverse fasi di intervento:

Accesso-Accoglienza-Diagnosi di 1° livello: il paziente in carico a uno dei due servizi (Ser.T-Comunità o DSM) riceve prestazioni finalizzate ad una prima valutazione multidisciplinare e ad un intervento sanitario ambulatoriale per le problematiche più urgenti. La valutazione di primo livello è lo strumento attraverso il quale viene definito, se necessario, il "grado" assistenziale del trattamento specialistico e la struttura che garantirà il case-management.

Stabilizzazione - Disassuefazione e Diagnosi di 2° livello: il paziente comorbile inserito in una struttura specialistica segue un percorso di disassuefazione dalle sostanze d'abuso e di stabilizzazione per favorire un compenso sufficiente per una valutazione accurata di secondo livello.

Trattamento Specialistico Primario Integrato di Prevenzione della Ricaduta: programma integrato socioriabilitativo, psicoterapeutico e farmacologico - a medio o lungo termine - semiresidenziale o residenziale, in coordinamento e collaborazione con il Sistema delle Dipendenze e della Salute Mentale.

Trattamento secondario di Reinserimento Protetto: moduli di inserimento lavorativo e di social-skills training che prevede un periodo breve-medio di ulteriore supporto finalizzato a sostenere una vita più autonoma possibile. Si noti che queste forme di reinserimento richiedono, per il paziente in doppia diagnosi, particolari forme di protezione, in particolare rispetto a dinamiche relazionali e condizioni di frustrazione che potrebbero favorire lo scompenso.

Fine programma e Follow-up: la conclusione del progetto terapeutico-specialistico individualizzato viene gestita in accordo con il paziente, la famiglia, i Servizi invianti e la Struttura specialistica. La verifica dell'esito del percorso può essere garantita da un protocollo di valutazione clinica multidimensionale con questionari, scale di valutazione e indagini psicodiagnostiche e con tecniche strumentali, ai tempi prestabiliti (ad esempio 1°, 3°, 6°, 12°, 18°, 24°, 30° mese durante il trattamento specialistico).

Per impostare un trattamento riabilitativo per i pazienti con disturbi da uso di sostanze psicoattive e comorbidità psichiatrica, che sia efficace e rispondente ai bisogni complessi e ai vincoli relativi al rapporto costi-benefici, è necessaria una diagnosi accurata, non sempre facile, per la necessità di distinguere in fase acuta la comorbidità vera (disturbi psichiatrici primari) da quella indotta dall'uso delle sostanze psicoattive.

Per questi pazienti è necessario valutare la gravità, la cronicità e il grado di compromissione funzionale indotti sia dal disturbo da uso di sostanze psicoattive che dal disturbo psichiatrico, nonché le problematiche prodotte sinergicamente dai due disturbi assieme.

La valutazione clinica del paziente avviene, di norma, e con l'esclusione delle emergenze che richiedono immediato ricorso alle strutture di pronto soccorso, presso la sede abituale e di frequentazione del paziente.

Nei casi di emergenza-urgenza per i pazienti in "doppia diagnosi" se la eziologia è organica (tossica, infettiva, etc.) si rende necessaria, ai fini di un corretto assessment clinico, una fase preliminare di trattamento in ambito sanitario protetto (Reparto ospedaliero) con il supporto della consulenza psichiatrica, che riveste un ruolo fondamentale nella iniziale diagnosi differenziale e nella eventuale terapia sedativa. Nel caso la sintomatologia acuta dell'utente si riveli di ordine francamente psichiatrico, il trattamento dovrà avvenire in un Reparto Psichiatrico (SPDC= Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura o Clinica Psichiatrica) con attivazione

della consulenza del Ser.T.

Per attuare un valido percorso terapeutico-riabilitativo dei pz. in "doppia diagnosi" appare opportuno attivare protocolli operativi per interventi integrati tra le varie istituzioni di competenza (Sert, DSM e Servizi del privato-sociale), in modo tale da permettere anche un valido coordinamento con le altre strutture sanitarie (Medicina di Base, Reparti Internistici) e le altre istituzioni territoriali (Centri Diurni, Cooperative di lavoro, Istituti penitenziari) .

Con sempre maggiore evidenza si rivela necessaria, in particolare per i pazienti in doppia diagnosi più gravi, la costituzione di gruppi di lavoro trasversali, rispetto ai programmi di salute mentale e delle dipendenze patologiche, capaci di elaborare un progetto terapeutico individualizzato e di offrire una reale continuità agli interventi terapeutici. Se per i casi meno gravi, con maggiore motivazione e migliore aderenza al programma terapeutico, con un ambiente familiare meglio strutturato e con un grado di socializzazione meno compromesso è prevedibile un percorso terapeutico ambulatoriale gestito direttamente dal Sert o dal DSM in collaborazione, questo non sembra ottenere risultati per i pazienti in cui la comorbidità ha prodotto problematiche cliniche più impegnative.

Per questi pazienti gravi una equipe unitaria, formata dai due servizi di riferimento, disponibile permanentemente, in un setting appropriato, dovrebbe gestire il programma in modo che al paziente vengano proposti tutti gli interventi nello stesso luogo e da parte degli stessi interlocutori. La terapia farmacologica per i disturbi addittivi e quella finalizzata al trattamento dei disturbi psichiatrici devono essere somministrate nello stesso luogo. Gli interventi psicosociali devono attuarsi in un ambito adiacente a quello degli interventi farmacologici. Questi pazienti non possono essere visitati da uno psichiatra differente ogni settimana, di turno per la consulenza; non possono assumere il metadone, la buprenorfina o il naltrexone nell'ambulatorio del Ser.T. e dover raggiungere un quartiere diverso della città per partecipare alla terapia di gruppo e assumere gli antidepressivi o i neurolettici; nemmeno devono trovarsi a trascorrere lunghe ore nella sala d'attesa con gli altri pazienti non affetti da disturbi psichiatrici.

Per i casi ancora più gravi è opportuno attivare un percorso terapeutico residenziale che abbia una "forte" connotazione di tipo psichiatrico: la dimensione relazionale ed umana, educativa e vocazionale della Comunità terapeutica deve essere associata per questi casi ad interventi psichiatrici specialistici, con competenze professionali presenti stabilmente nelle strutture.

6. Formazione di base e formazione permanente dei professionisti dei Servizi

Quanto detto si traduce in forti e diversificate esigenze formative per i professionisti che nel loro specifico ambito si occupano di tossicodipendenza con concomitanti disturbi psichiatrici. In particolare, tali esigenze formative non riguardano solo aspetti contenutistici inerenti la diagnosi e il trattamento di queste complesse forme di disturbo mentale, ma anche e soprattutto competenze relazionali, emozionali, organizzative, strategiche e creative.

L'università.

Le scuole di specializzazione in psichiatria dovrebbero dare maggiore enfasi al proprio piano di studi e di addestramento professionalizzante nell'area delle tossicodipendenze. Allo stesso modo, le scuole di tossicologia clinica dovrebbero garantire elementi formativi nell'ambito psichiatrico. I corsi di laurea in psicologia, quelli per educatore professionale, quelli per assistente sociale e infermiere professionale dovrebbero essere arricchiti con elementi inerenti la comorbidità psichiatrica.

A loro volta, i master e i corsi post-laurea per la medicina delle tossicodipendenti dovrebbero considerare questo ambito così impegnativo della doppia diagnosi, fornendo qualificazione ai professionisti già operanti sul campo.

In Italia potrebbero essere avviate esperienze innovative rese possibili dall'autonomia del singolo Ateneo, soprattutto nelle Facoltà di Medicina, Psicologia o Scienze della Formazione. A questo proposito, raggruppamenti di scuole di specializzazione in psichiatria potrebbero costituire un biennio ad orientamento specifico per l'approccio clinico ai disturbi psichiatrici che si presentano assieme con i disturbi da uso di sostanze.

Formazione permanente

Cogliere il continuo divenire della realtà delle tossicodipendenze porta in primo piano l'esigenza della formazione continua. I professionisti dei Servizi per le dipendenze, sia pubblici che privati, necessitano di conoscenze e competenze sempre nuove rispetto al cambiamento della natura dei disturbi e alle continue trasformazioni gestionali, organizzative, strategiche delle strutture e dei servizi sociosanitari. A tali esigenze, nell'ambito della preparazione ad affrontare i disturbi psichiatrici concomitanti, occorre corrispondere in modo specifico e permanente, offrendo occasioni di formazione capillari per raggiungere chi da molto tempo è

impegnato nel lavoro terapeutico-riabilitativo.

7. Valutazione dell'efficacia

La valutazione dell'efficacia del trattamento per i pazienti con disturbo da uso di sostanze affetti da concomitanti psicopatologie diverse dalla dipendenza richiede un approccio piu' complesso rispetto alle modalita' normalmente utilizzate nel settore delle dipendenze.

Se gli indicatori di efficacia utilizzati nel corso del trattamento e quelli per valutare l'outcome a distanza comprendono routinariamente gli elementi relativi alla ritenzione in trattamento, al monitoraggio delle urine, alla qualita' della vita e alla possibile propensione a commettere reati, la valutazione dell'efficacia del trattamento per i pazienti in doppia diagnosi deve includere la misurazione dei cambiamenti dei sintomi psichiatrici, l'eventuale riduzione dei livelli di impulsivita', il controllo dell'aggressivita' auto- ed etero diretta, nonche' l'incremento dei livelli di socializzazione.

Un approccio piu' approfondito puo' valutare le possibili relazioni tra il miglioramento dei sintomi psichiatrici e quelli inerenti i disturbi addittivi. Particolari indici possono essere utilizzati per verificare quanto la riduzione del craving e il minor ricorso alle sostanze illegali (urine negative) siano correlati ai cambiamenti dei sintomi psichiatrici valutati mediante scale psicometriche o osservazioni cliniche strutturate.

In aggiunta, l'efficacia degli strumenti farmacologici puo' essere valutata in modo disgiunto oppure sinergico, tenendo conto delle possibili interferenze reciproche dei farmaci utilizzati per i due disturbi concomitanti. Ad esempio i pazienti che interrompono l'assunzione dell'eroina grazie al trattamento con agonisti o antagonisti oppioidi possono mostrare alla valutazione un miglioramento dei disturbi depressivi prodotto dalla terapia mirata al trattamento dei disturbi addittivi. D'altro lato, i pazienti tossicodipendenti depressi trattati con antidepressivi, al fine di ridurre il rischio di suicidio, possono riferire un miglioramento del controllo degli impulsi per la sostanza d'abuso. Tali vantaggi reciproci, quando presenti, consentono anche il perfezionamento della diagnosi mediante criteri *ex iuvantibus*.

L'incremento della ritenzione in trattamento, la riduzione dell'assunzione delle sostanze illegali, il miglioramento della qualita' della vita e dei sintomi psichiatrici possono essere l'esito misurabile dell'associazione di piu' strumenti di intervento, farmacologici e psicosociali.

PREVENZIONE, COMUNICAZIONE SOCIALE E FORMAZIONE

1. PREVENIRE GLI ABUSI E LE DIPENDENZE PATOLOGICHE

1.1 Premessa

Il contatto tra l'uomo e le sostanze attive sul sistema nervoso centrale e capaci di interazione e modificazione nei comportamenti umani si può realizzare nelle forme del semplice consumo, dell'uso, dell'abuso e della dipendenza. Si tratta di situazioni apparentemente simili, classificate almeno in parte nel Dsm IV (l'abuso e la dipendenza), spesso considerate come fasi di un unico processo al culmine del quale si produce la dipendenza patologica.

Ciò appartiene probabilmente ed almeno parzialmente alla verità anche se al criterio processuale temporale sembra sfuggire una importante quota di popolazione che rimane nella condizione di un uso delle sostanze saltuario e talora perdurante per anni in queste modalità, salvo cadute verticali in periodi esistenziali particolarmente critici per la persona.

Questa quota di popolazione spesso appartenente a tipologie di consumi e a fasce di età assai diverse da quelle nelle quali il fenomeno sembra assumere un carattere endemico o epidemico (adolescenza e prima giovinezza) sfugge tuttora ad ogni rilevazione e quindi agli attuali interventi di trattamento e prevenzione e può essere catalogata come la categoria dei "consumatori". Per prevenire occorre quindi anzitutto un riequilibrio nell'attenzione differenziata da dedicare alle due popolazioni dei consumatori e dei dipendenti.

Alla popolazione dei consumatori andrebbero dedicati maggiori studi e ricerche oltre che particolari modalità di intervento nell'ambito della prevenzione.

La popolazione alla quale si fa invece più riferimento per la determinazione di tattiche, strategie ed interventi preventivi è quella delle persone patologicamente dipendenti. Da questa popolazione si ricavano di solito i criteri ispirativi delle attività preventive dirette alle fasce di età ed ai soggetti sociali di solito più frequentemente e più direttamente o indirettamente coinvolti nel fenomeno delle dipendenze e cioè agli adolescenti, ai giovani e alle famiglie.

Studi, ricerche ed interventi di almeno un ventennio nel nostro Paese ed in tutto il mondo hanno cercato di individuare origini e cause del consumo di droghe ed alcool sulla base di varie ipotesi eziologiche di tipo biogenetico, sociologico, psicologico, educativo.

Nessuno di questi fattori si è rilevato capace da solo di determinare lo sviluppo di una dipendenza patologica ma è emersa con molta evidenza una pluricausalità sia pure con una prevalenza di fattori di volta in volta e di caso in caso di diverso tipo.

La multideterminazione e la pluralità dei rischi ha così condotto alla evidenziazione di fattori di rischio i quali però sono da considerare sempre nell'area delle probabilità e non nella certezza della realizzazione del rischio.

Tale considerazione ha condotto anche alla necessità di individuare fattori che al contrario possono ostacolare o impedire la nascita e/o lo sviluppo e la realizzazione del rischio. Essi sono stati definiti come fattori protettivi.

Una prevenzione scientificamente fondata dovrà necessariamente considerare gli uni e gli altri e soprattutto la interazione tra di essi.

Ciò deve avvenire nella certezza che il rischio fa parte di molte condizioni di esistenza dell'uomo e soprattutto dell'età evolutiva nella quale con grande prevalenza sembra manifestarsi l'inizio di manifestazioni varie di dipendenza patologica.

Una strategia efficace di prevenzione degli abusi e delle dipendenze può essere fondata sulla prevenzione dei rischi e sulla promozione e lo sviluppo dei fattori protettivi.

Nell'attuale fenomeno degli abusi e delle dipendenze da sostanze psicotrope l'età dello svincolo, la preadolescenza e l'adolescenza sembrano essere il crocevia nel quale fattori di rischio e di protezione che talora hanno agito sin dall'infanzia si realizzano in comportamenti che conducono il soggetto alla indipendenza ed all'autonomia o ad una delle attuali forme più comuni di dipendenza patologica.

Tra queste la nostra attenzione non potrà fare a meno di sottolineare che sempre più frequentemente ed in modo integrato alle dipendenze da sostanze d'abuso oggi si realizzano altre forme di comportamenti patologici compulsivi e dipendenti che riguardano il cibo, la sessualità, internet, gli acquisti, il gioco d'azzardo ecc. La lettura preliminare di interessanti dati epidemiologici riferiti all'atteggiamento ed al comportamento dei minori e degli adolescenti italiani nei confronti delle sostanze psicotrope capaci di indurre dipendenza ci aiuterà nel tentativo di definire le strade della prevenzione di questi abusi e di queste dipendenze

1.2 I dati epidemiologici sul rischio di droghe ed alcool tra gli adolescenti

1.2.1 L'indagine ESPAD

Il Progetto ESPAD (The european school survey project on alcohol and other drugs) promosso e coordinato dal Consiglio Svedese per l'informazione sull'Alcool e altre Droghe (CAN), in collaborazione col "Gruppo Pompidou", organismo del Consiglio d'Europa permette di comparare l'uso di alcool e droga nella popolazione studentesca di diversi paesi. L'analisi di queste tendenze può fornire informazioni sulla portata del rischio tra gli studenti adolescenti.

Dal 1995 lo studio viene condotto contemporaneamente in 30 paesi europei ogni 4 anni.

In Italia si è scelto dal 1999 ad oggi di ripetere lo studio ogni anno, ed anche, diversamente dalla rilevazione europea che si limita ai sedicenni, di estendere lo studio alla popolazione studentesca da 15 a 19 anni. I risultati dell'indagine ESPAD articolati nel quadriennio 2000-2004 e le elaborazioni riportate sono relative alle opinioni e agli atteggiamenti degli studenti rispetto alle sostanze, all'età di primo contatto, all'esperienza d'uso delle sostanze che essi hanno in generale nella vita (lifetime), negli ultimi 12 mesi e negli ultimi 30 giorni.

1.2.2 Tolleranza e percezione del rischio in rapporto alle varie droghe (2000-2004)

Per ciò che riguarda l'alcool ed i comportamenti d'abuso si evidenzia nel periodo in esame una crescente tolleranza; all'aumento di tolleranza verso il consumo esagerato di bevande alcoliche corrisponde una diminuzione relativa della percezione del rischio. Restano comunque in maggioranza, anche se in diminuzione, coloro che percepiscono a rischio il bere più di 4 o 5 bicchieri di vino ogni giorno.

La percezione del rischio dell'uso di sostanze illegali nel 2004 costituisce un freno minore per il consumo delle stesse rispetto a quello che avveniva nel 2000.

Questo è particolarmente vero per la cannabis e per la cocaina sostanza quest'ultima per la quale nel 2004 risultano più numerosi gli studenti che la assumono percependo il rischio per la propria salute che gli studenti che ne fanno uso non percependo il rischio

1.2.3 L'iniziazione alle droghe. La Cannabis come droga di ingresso ?

La cannabis sembra costituire un consumo fenomenologicamente correlato in taluni casi allo sviluppo di successive e più gravi forme di dipendenza patologica.

Ciò sembra avvenire in un numero molto limitato di casi laddove il suo consumo è congiunto ad altri fattori di contesto micro e macrosociale e senza che quindi sia stata individuata o si possa individuare una meccanica corrispondenza eziologica del tipo causa-effetto in relazione allo sviluppo di altre forme di dipendenza patologica da sostanze d'abuso.

La popolazione giovanile è particolarmente vulnerabile agli effetti negativi della cannabis.

Quella che viene fumata oggi è molto più potente. Grazie ad innovazioni nelle tecniche di coltivazione si è passati, in 20-30 anni, da prodotti contenenti al massimo l'1-2% di principio attivo a particolari specie di piante contenenti oggi anche fino al 20% di THC.

È peraltro sottolineato che un rischio significativo prodotto dal consumo di cannabis in soggetti probabilmente predisposti è costituito dallo sviluppo di patologie psichiatriche di tipo psicotico o caratterizzate da disturbi dell'umore e che quindi la prevenzione di tale consumo deve essere collocata a cavallo tra gli interventi di prevenzione nella dipendenza patologica e quelli dedicati alla prevenzione nella salute mentale in senso più lato.

L'uso di cannabis è presente praticamente nella totalità di coloro che dichiarano di aver assunto sostanze.

Mentre tra "Cannabis SI" ci sono tanti ragazzi che non usano altro, tra coloro che usano sostanze in pratica molti fanno uso o hanno fatto uso anche di cannabis.

Di conseguenza, si può presumere che il fumo di cannabis abbia rappresentato per questi ultimi ragazzi un primo passo verso l'esperienza di altre sostanze.

1.2.4 L'esperienza del consumo almeno una volta nella vita (2000-2004)

I dati relativi a chi ha riferito di aver fatto uso almeno una volta nella vita delle sostanze d'abuso rilevano un trend in crescita per ciò che riguarda le esperienze di intossicazione alcolica

Per la cannabis il 32% degli studenti intervistati dichiara tale consumo e tra il 2000 ed il 2004 si nota un incremento generalizzato che diventa particolarmente significativo per i 19enni. L'incremento riguarda soprattutto i maschi con un rischio di farne uso superiore di una volta e mezzo rispetto alle femmine.

In aumento anche il consumo riferito di cocaina riferito al 4,8% degli studenti ed anch'esso particolarmente registrato tra i 19enni. I consumatori sono soprattutto maschi ma per la cocaina si nota anche una contro-tendenza. Difatti l'incremento di tale consumo in tale periodo e nella fascia dei 19enni è superiore per le femmine rispetto ai maschi.

Almeno per cannabis e cocaina dunque la tradizionale maggioranza dei maschi tra i soggetti coinvolti sembra ridursi fortemente ed in qualche caso addirittura invertirsi perlomeno nel trend di crescita dei consumi.

L'eroina sembra invece aver perso molto del suo potere attrattivo e gli studenti che riferiscono tale uso passano dal 4% al 2%. I consumatori sono soprattutto maschi e qui la fascia di età più implicata sembra quella dei 17enni.

In controtendenza rispetto alla popolazione generale, tra gli studenti diminuisce anche tale consumo di amfetamino derivati. Ciò avviene in modo più limitato per la fascia dei 19enni.

Aumenta invece l'uso di allucinogeni soprattutto tra i maschi e tra i 18-19enni.

Infine il 10% degli studenti intervistati riferisce tale uso nella condizione del policonsumo. Tra questi il 97% sono consumatori di cannabis e l'associazione riguarda per il 65% il binomio cannabis-cocaina per il 14% cannabis ed amfetamine per il 9% cannabis ed allucinogeni e per il 3% cannabis ed eroina.

Se si considera poi una situazione ancora più grave e cioè l'associazione di tre o più sostanze cannabis, cocaina ed amfetamine interessano il 22% dei soggetti, cannabis, cocaina ed allucinogeni il 7%, cannabis, amfetamine e allucinogeni il 4%, cannabis, eroina ed amfetamine l'1%. E da sottolineare che come si può desumere da importanti studi clinico epidemiologici italiani ed internazionali fra le varie modalità di consumo il policonsumo sembra più spesso associato allo sviluppo di patologie psichiatriche concomitanti (comorbidità psichiatrica).

I dati rilevati ci dicono della prevalenza ampia dei consumi di cannabis come prima sostanza d'abuso e della ormai rapida sostituzione della eroina con la cocaina per quel che concerne la seconda sostanza d'abuso primaria.

Va peraltro detto che l'evoluzione di questi consumi è tutt'altro che già definita e soltanto una osservazione attenta e longitudinale potrà dirci se essi rimarranno concentrati su queste sostanze o, com'è più probabile, mostreranno nel tempo nuovi viraggi (ad es. cocaina versus eroina ...)

Resta evidente il fatto che l'ampio consumo della cannabis si struttura in un'età delicatissima per la crescita della persona (l'adolescenza) ed interferisce certamente con lo sviluppo socio emozionale degli adolescenti potendo provocare disfunzioni cognitive, della memoria, dell'apprendimento e slatentizzare situazioni psichiatricamente significative in soggetti predisposti e più vulnerabili.

Il sostituirsi prima lento ed ora rapido della eroina con la cocaina infine indica l'evidente nuovo significato attribuito dai consumatori alle sostanze. Si passa così dalla ricerca di anestesia e collocamento rispetto a tempo e spazio alla ricerca delle stimolazioni e quindi di una iperpresenza efficientista nello spazio, nel tempo e nelle relazioni che possa essere garantita alle persone che ne fanno uso anche da protesi chimiche quali possono essere considerate le sostanze d'abuso.

Ovviamente gli esiti immediati, e successivi ed indiretti di questi consumi in questa fragile età sono tutti da documentare con apposite attività di ricerca scientifica.

1.2.5 L'età della prima assunzione e la relazione tra il consumo di sostanze d'abuso legali ed illegali (2000-2004)

Rispetto alle sostanze illegali il primo contatto avviene frequentemente entro i 15-16 anni e qualche volta anche prima a partire soprattutto per la cannabis dai 12 anni in poi.

Si evidenzia per la popolazione dei giovani scolarizzati fra i 15 ed i 19 anni di età anche un contatto precoce e consistente con l'alcol.

Nel 2004, nella popolazione generale e tra coloro che hanno fumato sigarette nell'ultimo mese il 60% dei soggetti riferisce di aver usato almeno una volta negli ultimi 12 mesi sostanze illegali. Tra coloro che si sono ubriacati almeno una volta nell'ultimo mese il 61% riferisce di aver usato almeno una volta negli ultimi 12 mesi sostanze illegali.

Se si considera l'uso di sostanze illegali una o più volte nella vita le percentuali diventano del 73% per i fuma-

tori e del 69% per coloro che si sono ubriacati .

Tra gli studenti di Espad il 70 %di coloro che si sono ubriacati ed il 73% dei fumatori riferiscono di aver fatto uso nella vita almeno una volta di sostanze d'abuso illegali

1.2.6 Uso di droghe e scolarizzazione (2004)

La disponibilità a provare droghe è minore allorché cresce il profitto scolastico mentre si registra una prevalenza doppia dell'uso di sostanze illegali tra gli studenti con difficoltà nell'ambito dell'apprendimento rispetto a quelli con elevato rendimento scolastico .Inoltre si osserva una probabilità di assumere sostanze illecite due volte e mezza superiore negli studenti che riferiscono una diminuzione recente del rendimento scolastico Anche i dati sulla scolarità dei genitori sembrano di particolare interesse .Genitori con elevata scolarità sembrano aver figli con miglior rendimento scolastico e con minore esposizione alle sostanze .

Peraltro invece i genitori con elevata scolarità che hanno figli con insuccessi scolastici vedono i figli più esposti alle sostanze di quanto non avvenga per i figli con insuccesso scolastico di genitori con bassa scolarità .

1.2.7 Il rischio tra gli studenti scolarizzati e non scolarizzati

Se si confrontano nella popolazione giovanile (15-24 anni)i soggetti che frequentano la scuola o l'Università con i coetanei che hanno lasciato la scuola o sono già inseriti nel lavoro(secondo lo studio IPSAD) si evidenzia un maggior rischio (fino anche al 50% in più) tra coloro che abbandonano precocemente la scuola rispetto ai soggetti scolarizzati .Soltanto per la cannabis questa differenza si attenua a conferma della bassa percezione del rischio dell'uso di questa sostanza tra gli adolescenti .

1.2.8 Famiglia e droghe

Gli studenti che riferiscono l'assenza di un controllo costante da parte dei genitori hanno un rischio di contatto con le sostanze d'abuso illegali due volte e mezzo superiore rispetto ai coetanei più controllati dalle famiglie .Il dialogo ,la buona comunicazione ,la possibilità di esprimere emozioni ed empatia sono fattori protettivi quando si associano a supervisione e controllo .

La presenza in famiglia di un membro (in particolare ciò sembra essere più valido per le figure fraterne) che usa sostanze d'abuso illegali o legali può essere , secondo la letteratura scientifica, un fattore di rischio per gli altri membri della famiglia soprattutto per quelli di loro che sono adolescenti .

L'Espad 2004 riferisce un rischio di uso di sostanze illecite tre volte superiore rispetto ai coetanei per gli adolescenti che hanno membri della famiglia in particolare fratelli che usano sostanze illecite .

Nella famiglia e nel sociale i giovani studenti consumatori di droghe sviluppano comportamenti aggressivi in una percentuale tre volte superiore rispetto ai coetanei .Questo rischio varia in relazione alla tipologia di sostanza usata .Per la cannabis il rischio è due volte superiore ,per la cocaina esso è otto volte superiore e per le amfetamine è dieci volte superiore .D'altra parte occorre riflettere e fare ricerca sul carattere primario o secondario di questi comportamenti aggressivi (nascono dalle sostanze o personalità più disturbate usano sostanze o ancora i due fattori agiscono come concause?)

1.2.9 Consumo di sostanze tra i militari

Gli accertamenti tossicologici vengono eseguiti in alcuni casi per controlli tossicologici obbligatori ed in altri su base campionaria casuale .I soggetti risultati positivi a tali accertamenti (1%) appartengono per il 96% a militari di leva ed ausiliari-volontari e per il 4% al personale in servizio effettivo permanente ed ai civili

.La cannabis è la sostanza regina (88% dei positivi) Essa viene usata una volta a settimana o meno nel 45% dei casi ,occasionalmente nel 34% ,e più volte a settimana nel 21% dei casi .

Il 62% dei positivi ha un'istruzione di livello inferiore il 44% è operaio ,il 20 % è disoccupato

Anche qui diminuisce l'uso di oppiacei ed aumenta quello di cannabinoidi

1.3 I dati epidemiologici relativi agli adolescenti ed ai giovani adulti già dipendenti da sostanze d'abuso. La domanda di trattamento 2004

Dalla relazione annuale al Parlamento si possono ricavare i dati relativi alla domanda di trattamento, per i soggetti compresi tra i 15 ed i 24 anni di età .

Per gli oppiacei essi costituiscono il 10% per i maschi ed il 16 % per le femmine ,per i cannabinoidi il 50%

delle femmine ed il 48% dei maschi ,per la cocaina il 20% dei maschi ed il 19% delle femmine ,per le amfetamine il 55 % delle femmine ed il 41 % dei maschi, per l'alcol il 8 % dei maschi ed il 3 % delle femmine . Tra i soggetti in trattamento l'età d'inizio per la cocaina si colloca per oltre il 50 % dei casi tra gli undici ed i diciotto anni e per l'eroina per oltre l'85% tra i dodici ed i diciotto anni .

Va peraltro sottolineato che tali percentuali si riferiscono ai consumatori che si rivolgono ai Sert i quali sono attualmente connotati per il prevalere di una popolazione che vi accede costituita in prevalenza da cronici dipendenti da oppiacei

1.4 Adolescenti, droghe e giustizia

1.4.1 Adolescenti e servizi della giustizia minorile 2000-2004

Nel 2004 il dipartimento giustizia minorile del ministero della giustizia rileva che i giovani (fino a 18 anni) facenti uso di sostanze stupefacenti, venuti a contatto con i diversi servizi della giustizia minorile sono 1032 e costituiscono il 14 % dei minori dei Centri di prima accoglienza ,il 2 % dei minori accolti presso gli Uffici di servizio sociale per i minorenni il 18% dei minori delle Comunità terapeutiche il 20% dei minori degli Istituti di pena Il 27 % sono stranieri (e tra essi prevalgono gli extracomunitari ed il gruppo magrebino) ,il 96 % sono maschi , e l'82% hanno un'età compresa tra i 14 ed i 17 anni . L'80% di questi minori consuma cannabis il 9% cocaina ,l'8%cannabinoidi ,il 21 % associa cannabis e cocaina .Anche in questa popolazione cala il consumo di oppiacei ed aumenta quello di cannabinoidi

E' da rilevare che il dato dei minori che fanno uso di sostanze o ne dipendono è probabilmente sottostimato poiché i minori entrano nel circuito della giustizia per motivi diversi pur essendo spesso consumatori di droghe e che rispetto a questo dato tanto loro che le loro famiglie rimangono spesso reticenti . Sarebbe pertanto opportuno rafforzare il sistema di rilevazione della giustizia minorile soprattutto per questa fascia della popolazione minorile che giunge alla sua attenzione poiché l'abuso e la dipendenza da droghe contribuiscono in modo non piccolo alla "carriera" antisociale successiva che spesso caratterizza le storie di vita di coloro che giungono all'attenzione della giustizia ..

1.4.2 Segnalazioni ex art. 75 Dpr 309/ 90 (2000-2004)

I giovani di età compresa tra i 15 ed i 24 anni di età segnalati nel corso del 2004 risultano essere 114511. Essi sono stati trovati in possesso di cannabis per l'88% dei casi ,per il 5 %di cocaina ,per il 3% di eroina ,per l'1% di di amfetamine ,sotto l'1% per gli allucinogeni .

Nel periodo citato decrescono cannabis ed eroina ed aumenta la cocaina . I dati sono da considerarsi come indicativi del sommerso che parzialmente emerge a seguito dei controlli delle FF.OO. Particolarmente indicativo è il rapporto tra casi segnalati per questa fascia di età e casi avviati piu volte al trattamento (oltre il 50%

1.5 Fattori di rischio e di protezione dalle droghe .Studi internazionali

Per cercare di chiarire quali siano le variabili che, nel corso di tutta l'adolescenza, possono favorire o impedire l'uso di droghe sono necessari studi prospettici, che seguano i bambini e gli adolescenti per diversi decenni. I risultati finali di alcuni di questi studi realizzati soprattutto nei paesi anglosassoni dimostrano come dalla prima elementare o anche prima i bambini mostrino dei tratti temperamentali e dei comportamenti che sono potenti indicatori della loro inclinazione all'uso ed abuso di droghe nell'adolescenza e nell'età adulta.

Recenti elaborazioni dei dati delle ricerche hanno consentito non solo di individuare significativi fattori di rischio ma anche fattori che proteggono dall'uso di sostanze sin dalla prima adolescenza.

Gli studi fanno rilevare come sia errato concentrare la nostra attenzione solo sugli adolescenti a rischio senza occuparci di quelli che non hanno mai avuto problemi di droga perché anche loro possono insegnarci qualcosa di altrettanto importante.

Tra i fattori di rischio sono stati individuati almeno quattro fattori endogeni come l'introversione-timidezza , l'aggressività-irritabilità e l'ipertimia (La timidezza e l'aggressività sono sintomi di uno scarso adattamento sociale e come tali vanno del tutto distinti dall'ansia e della depressione), la tendenza alla ribellione e l'appartenenza al sesso maschile (in cui questi modi comportamentali sono piu accettati come normali) . Fattori di rischio esterni all'adolescente sono considerati nella famiglia e nel gruppo sociale di appartenenza l'uso di sostanze, la povertà,la fragilità della presenza e supervisione genitoriale , i comportamenti illegali . I fattori protettivi endogeni sono principalmente costituiti da una certa stabilità dell'umore ed un buon controllo dell'impulsività mentre tra i fattori protettivi esogeni sono importanti i solidi legami affettivi familiari fondati su significativi legami di attaccamento, i contesti ambientali dove le regole antidroga siano un fattore universal-

mente condiviso e dove si possano realizzare significative relazioni le buone competenze ed i buoni risultati scolastici, l'impegno in attività dopo- scuola che puntino a sviluppare il potenziale umano, la dedizione all'impegno sociale e religioso .

1.6 Le differenze tra maschi e femmine

La contemporanea presenza di sintomi attribuiti sia all'aggressività che alla timidezza e l'ipertimia sembrano conferire il massimo rischio rispetto alla presenza di uno dei due fattori singolarmente. L'aggressività nei maschi è spesso associata con l'incapacità a mantenere la concentrazione per periodi sufficienti a svolgere con profitto i compiti scolastici. Nelle femmine la situazione sembrerebbe completamente diversa, né l'aggressività, né la timidezza né tantomeno problemi di concentrazione avrebbero alcuna relazione con la tendenza ad usare droghe in un secondo momento. Queste differenze di genere (maschile o femminile) devono essere tenute in grande considerazione e non escluse a priori come si tendeva a fare in passato. Le aspettative materne e la salute psichica della madre sono i fattori protettivi più validi contro l'abuso di sostanze nelle ragazze . Le ragazze con solidi rapporti affettivi all'interno della famiglia tendono ad usare meno sostanze di quelle che provengono da famiglie in crisi, ma la stessa situazione non è valida per i loro fratelli per i quali l'aggressività rimane uno dei comportamenti predittivi più importanti dell'abuso di sostanze soprattutto di tipo stimolante

1.7 Ciò che possono fare i genitori per proteggere gli adolescenti dal rischio di alcool e droghe

Gli studi scientifici internazionali hanno evidenziato il ruolo della famiglia e delle figure genitoriali nello sviluppo di fattori protettivi nei loro figli contro il rischio di uso abuso e dipendenza dalle droghe e dall'alcool . I genitori possono utilizzare le informazioni sul rischio e sui fattori di protezione per aiutare i figli a sviluppare azioni preventive positive (per esempio parlare della convivenza familiare e delle sue regole) prima che i problemi abbiano modo di manifestarsi .

In questo i genitori possono essere attenti ed autocritici osservatori della propria famiglia e della crescita dei propri figli

L'aggressività nei primi anni se combinata con la sociopatia della famiglia d'origine e l'uso di droghe nel gruppo di coetanei frequentati è altamente predittiva di comportamenti d'abuso.

Un temperamento relativamente stabile e l'astensione dalle droghe nella prima adolescenza in combinazione con una stabilità familiare e la presenza di comportamenti socialmente adeguati è la combinazione più favorevole per una successiva astensione dalle sostanze d'abuso.

L'uso di alcool o droghe nei genitori aumenta la frequenza dell'uso delle stesse sostanze anche nei loro figli. I fattori protettivi che i genitori possono sviluppare sono: la tendenza ad avere delle mete da raggiungere, l'impegno sociale o religioso, le solide relazioni familiari e la aspirazione a diventare qualcuno od avere dei modelli di riferimento. I genitori possono essere attenti a sostenere i figli perché ottengano buoni risultati scolastici, perché essi abbiano buoni rapporti con i propri fratelli e sorelle, ed occupino la giornata in attività dopo-scuola mirate a sviluppare il potenziale umano. Molti di questi ragazzi non solo non usano droghe ma diventano persone di successo

In alcuni studi longitudinali americani è stato osservato che nel 90% dei casi la progressione nell'uso di sostanze è stata la seguente: astinenza, alcool, tabacco, marijuana e droghe pesanti. L'uso più elevato di sostanze avviene tra i 13 ed i 14 anni quando gli adolescenti passano dalla scuola media alla scuola superiore.

L'uso di sostanze da parte dei genitori compreso il tabacco è, anche in questo caso, uno dei fattori di rischio associato con l'uso di droghe nei figli.

Il comportamento dei padri bevitori sembra avere un impatto negativo sia sui figli maschi che sulle femmine, maggiore rispetto a quello delle madri bevitrici il cui cattivo esempio vale solo sui figli nella primissima adolescenza e forse in età ancora minori

Genitori che fumano e bevono aumentano nei loro figli il rischio di abuso non solo di tabacco ed alcool ma anche di altre sostanze illecite.

Conflitti distruttivi all'interno della famiglia e la scarsa capacità di confrontarsi e risolvere i problemi di tutti i giorni in un clima anche conflittuale ma costruttivo sono associati con un netto aumento del rischio di abusare droghe ed alcool nei ragazzi che hanno difficoltà nel rapporto con i loro genitori e/o nell'affrontare i momenti di crisi.

La scarsa coesione familiare e l'uso di sostanze tra gli amici più cari è predittivo dei livelli (tipo e ostacolo) iniziali dell'abuso di droghe. Una buona relazione familiare può rappresentare un ottimo ostacolo contro la tendenza dei giovani tra i 13 ed i 23 anni a sperimentare le sostanze anche sotto l'influenza di amici tossicodi-

pendenti.

La pressione ad usare sostanze d'abuso è viceversa molto più forte e pericolosa nella prima infanzia, tanto da suggerire, in un'opera di prevenzione efficace, controlli sui gruppi di coetanei sin dai primi anni di vita sociale.

1.8 Il contributo degli educatori e della comunità alla costruzione di fattori protettivi

E difficile pensare che un disturbo che nasce nell'adolescenza o nell'età giovanile non abbia spesso i suoi precursori nelle storie infantili e preadolescenziali delle persone che ne soffrono.

La corrente sottovalutazione dei disturbi infantili e la separatezza degli educatori e dei terapeuti e dei servizi educativi e sanitari che operano nell'infanzia e nell'adolescenza e nella gioventù costituisce un fattore favorente il lento strutturarsi di sintomi e disturbi che poi appaiono nelle loro forme più conclamate in età giovanile o ancora più avanzata. E da sottolineare peraltro che una delle ipotesi oggi più accreditate per la genesi delle dipendenze patologiche da sostanze da abuso è quella della self medication cioè dell'automedicazione di disturbi preesistenti nell'infanzia e nella preadolescenza e nell'adolescenza mai riconosciuti come tali.

Da questo punto di vista non si dovrebbe mai dimenticare che l'azione degli educatori e della comunità con i suoi servizi sociali, sanitari ed educativi nelle aree della salute e della disfunzione e del disturbo infantile, preadolescenziale ed adolescenziale dovrebbe avere caratteri simili a quello del cibo quotidiano, che rende possibile la crescita fisica del soggetto in età evolutiva, differenziandosi per qualità e quantità degli apporti nelle diverse fasi e nei diversi momenti della crescita della persona.

Invece, talora anche nei casi e nelle situazioni che si scoprono o si configurano come più gravi e preoccupanti assistiamo ad una sorta di fuga generalizzata dalla responsabilità da parte di educatori ed istituzioni, quasi affidandosi ad una normale capacità "salvifica" (e direi "magica") delle persone e delle relazioni in sé stesse, a prescindere da specifici progetti di intervento.

Gli educatori possono favorire l'apprendimento ed il legame con la scuola e le istituzioni sociali cercando di cooperare con la famiglia nell'osservare ed affrontare comportamenti aggressivi e scarsa concentrazione che costituiscono grossolani rischi associati all'inizio dell'uso di sostanze ed ai relativi problemi. In questo insieme un particolare significato nella prevenzione degli abusi e delle dipendenze va dato all'azione da esercitare perché cresca una cultura della legalità come fattore di protezione della vita di tutti i cittadini ed al coinvolgimento di esperti appartenenti anche alle FF. OO. in programmi di sostegno e di educazione a tale cultura.

Sempre in relazione all'accrescimento dei fattori conoscitivi del fenomeno e protettivi nei confronti della comunità, dei singoli e delle famiglie coinvolti nel problema una particolare attenzione deve essere dedicata alla piena attuazione dei provvedimenti di controllo per quelle professioni che comportano funzioni di particolare responsabilità per la comunità e per i cittadini ma anche ad un rafforzamento dei provvedimenti che consentono di accertare il nesso di causalità tra le morti registrate nei competenti luoghi pubblici e l'eventuale nesso di causalità con l'assunzione di sostanze d'abuso. Il fenomeno appare per molti motivi sottovalutato.

1.9 Le priorità dell'azione

I dati a nostra disposizione ci dicono che :

Nella famiglia grande attenzione deve essere posta dai genitori allorché sono presenti in uno o più di uno dei membri della famiglia, malattie mentali, problemi di abusi e dipendenze, scarso dialogo, scarsa attenzione e controllo, scarsa valorizzazione dell'autonomia psicologica dei membri.

Gli adolescenti che abbandonano la scuola sono più a rischio di intraprendere l'uso di droghe rispetto a quelli che la frequentano. L'azione anti dispersione è dunque fondamentale.

Nella popolazione studentesca sembra diminuire progressivamente nel periodo esaminato la percezione del rischio per alcool, cannabis ed ultimamente cocaina, ma anche il fumo di tabacco in certe condizioni e quantità può fare da vettore al consumo di droghe. Le azioni dirette alla cannabis ed all'alcool come sostanze d'ingresso appaiono fondamentali.

L'iniziazione prevale ancora tra i maschi, ma si sta progressivamente riducendo la distanza tra i generi soprattutto nelle nuove generazioni. Le azioni preventive vanno dirette ad ambo i sessi cogliendone la diversa specificità e differenziando le modalità operative.

Tendenze analoghe nelle tipologie di consumo si segnalano per i minori sottoposti a provvedimenti giudiziari tra i quali si rileva la percentuale crescente di minori stranieri. Azioni specifiche devono essere indirizzate verso questa nuova fascia di utenza.

Tra i segnalati alle Prefetture il gruppo principalmente a rischio è costituito dai plurisegnalati .Azioni mirate a questa fascia a rischio devono essere pensate ed attuate .

Alcuni fattori temperamentali endogeni ,familiari ,e del nucleo sociale di appartenenza sembrano facilitare il contatto con le droghe e l'instaurarsi di una dipendenza patologica una volta realizzatasi una molteplicità di contatti.

Altri fattori temperamentali ,familiari e sociali sembrano invece proteggere da tali contatti .Azioni di precoce individuazione delle situazioni di rischio e protezione devono essere messe in atto nei vari contesti dove esse sono osservate .

Tutte queste evidenze rendono necessaria specifiche azioni sui fattori di rischio e sui fattori protettivi nei contesti della famiglia ,della scuola, della comunità

Perché questo possa avvenire realmente i rappresentanti della comunità e delle istituzioni sociali e politiche debbono superare nell'interesse comune atteggiamenti di superficialità e svalutazione nei confronti del problema e valutare correttamente e con l'apporto di tecnici qualificati i rischi ed i fattori protettivi della persona ,della famiglia,della scuola ,della comunità associati al problema delle droghe per tarare meglio e sviluppare i servizi per la prevenzione degli abusi e delle dipendenze dalle droghe ..

Inoltre per tutti e tre questi soggetti i genitori ,gli educatori ed i rappresentanti della comunità deve essere evidente che la prevenzione dell'uso di droghe non è un'azione casuale o solamente emotiva e sentimentale ma è fondata anzitutto sulla ricerca ed individuazione di fattori di rischio e protettivi contestuali al territorio e successivamente su una adeguata pianificazione e valutazione degli interventi in ciascuno dei contesti di loro appartenenza .

1.10 Un metodo per la prevenzione degli abusi e delle dipendenze

Le azioni preventive in questo campo non possono pertanto essere il frutto di semplici intuizioni e istanze emotive ma per ottenere risultati valutabili e tangibili debbono necessariamente strutturarsi secondo un metodo e considerare i seguenti ambiti nei quali realizzarsi :

-individuale .In questo ambito agiscono i fattori temperamentali e di comportamento .

-familiare . In questo ambito agiscono i fattori legati alla coppia ed alla genitorialità

-gruppo dei pari . In questo ambito agiscono i fattori legati alla socializzazione scolastica ed extrascolastica ed alla disponibilità di droga .

-comunità . In questo ambito agiscono i fattori legati al contesto ambientale,alle condizioni socio economiche,alla povertà .

In questi ambiti e con azioni specifiche per ciascuno di essi gli interventi preventivi dovrebbero accrescere i fattori di protezione ed eliminare o ridurre i fattori di rischio

Ad es nell'ambito individuale occorre puntare ad un individuazione precoce dei temperamenti e comportamenti a rischio ma anche ad una promozione dei fattori protettivi individuali (autostima,abilità sociali,scolastiche ,life skills , ecc).

Nell'ambito familiare occorre individuare modalità comportamentali genitoriali che inducono rischio nei figli ma anche promuovere e rafforzare abilità genitoriali.adeguate ai tempi in cui viviamo .

Nel gruppo dei pari occorre addestrare i ragazzi a resistere alla pressione del gruppo ,ma anche sviluppare programmi di peer education e life skills .

Nella comunità occorre agire nei ghetti sociali ,ma anche promuovere un miglioramento di fattori relazionali d'ambiente anche nelle situazioni locali piu difficili .

Nella scuola le azioni potranno essere dirette ai singoli studenti,alle famiglie,agli insegnanti,ai gruppi dei pari e dovranno avere come obiettivi principali la prevenzione dei drop out,della aggressività precoce ,dell'impulsività ,degli scarsi risultati scolastici ,dei difetti o delle forme perverse di socializzazione

Gli interventi preventivi piu efficaci sono fondati sul coinvolgimento attivo dei soggetti coinvolti e sul taglio interattivo delle azioni programmate .Le azioni positive in tal senso sviluppano fattori protettivi

Associare i programmi di prevenzione diretti ad ambiti diversi potenzia in generale l'azione preventiva (ad es. scuola e famiglia).

Quando si associano o si realizzano programmi diretti ad ambiti diversi essi sono efficaci se i messaggi prodotti nei vari ambiti sono coerenti tra di loro.

Il rischio è collegato al numero ed all'intensità dei fattori di rischio ed al loro bilanciamento con i fattori di protezione

In ciascun territorio occorrerebbe individuare le sostanze ed i fenomeni di dipendenza piu diffusi e le risorse preventive già esistenti oltre a quelle da istituire ex novo

Nel determinare le azioni preventive occorre considerare anche la necessità di indirizzare l'azione in senso piu ampio a tutte le sostanze d'abuso ed al terreno che nutre anche altre forme di dipendenza patologica in

quel territorio

Inoltre le azioni preventive devono tener conto delle fasce di età, del genere, dell'etnia, della cultura locale, della necessaria precocità che determini i tempi dell'azione stessa.

Prima di avviare ogni programma preventivo occorre valutare la disponibilità del territorio e se questa è insufficiente bisogna sviluppare azioni preliminari di motivazione utilizzando i media e dialogando con la comunità interessata (essa può affrontare i problemi della comunità)

In tali casi la programmazione e la valutazione devono prevedere la cooperazione della comunità e dei suoi gruppi sociali

I programmi dovrebbero riferirsi non soltanto ad azioni di prevenzione dell'esistente ma anche includere linee di ricerca soprattutto sulle misure di contenimento dei rischi e di promozione della protezione dei singoli, delle famiglie e dei gruppi.

Occorrerebbe poi un piano d'azione con obiettivi a breve, medio e lungo termine ed un programma di valutazione in itinere che accompagni le azioni preventive

Una volta resi attivi e validati i programmi dovrebbero essere istituzionalizzati e replicati regolarmente salvo periodiche valutazioni ed implementazioni ed ulteriori espansioni fino a disporre di programmi differenziati per la popolazione generale e per tutte le popolazioni più interessate dal fenomeno

Le azioni preventive debbono costituire un vero programma di politica sociosanitaria degli enti locali e delle Asl e devono vedere protagoniste le istituzioni specializzate nel settore.

Albi degli enti specializzati in materia dovrebbero essere istituiti all'interno degli Albi regionali e nazionali degli enti ausiliari.

Repertori delle buone pratiche preventive validati da gruppi di esperti bipartisan dovrebbero essere disponibili presso Organismi Centrali dello Stato, delle Regioni e degli Enti locali al fine di implementare progressivamente il patrimonio culturale e scientifico in questa materia

1.11 La formazione come sostegno della prevenzione

La presenza di professionisti e professionalità inadeguate e non formate ad hoc caratterizza il settore delle dipendenze patologiche sin dalla sua nascita e tuttavia non sembrano imminenti modifiche della situazione esistente in campo formativo.

La presenza di professionalità inadeguate aggrava i danni derivanti da una patologia o dalle patologie complesse dell'area delle dipendenze patologiche.

Gli interventi nelle dipendenze patologiche e la prevenzione in modo particolare richiedono per la loro efficacia ed efficienza la disponibilità di professionisti adeguati ai compiti e quindi la realizzazione di una attenta politica della formazione di settore.

Tali scelte in Italia hanno invece avuto una costante caratteristica di precarietà e di collocazione in un ambito di determinazioni spesso di carattere personale o localistico senza che nell'insieme si sia prodotta una autentica politica di formazione nel campo.

La ricaduta di queste mancate scelte consiste nella approssimazione con la quale si procede in molte tipologie di servizi e nella difficoltà di mettere a punto sistemi di valutazione fondati su valori condivisi e su linguaggi il più possibile integrati e comuni.

Nel campo dei professionisti della Salute (medici e psicologi) manca, dopo alcuni tentativi falliti degli anni passati, la individuazione della disciplina che governa la formazione dei professionisti sanitari delle dipendenze patologiche.

Da questa basilare lacuna scaturiscono gravi problemi legati alla qualificazione del personale che, soprattutto per il personale medico, consistono nella presenza nel settore di medici dotati di varie specializzazioni o di alcuna specializzazione che ripiegano in tale settore con uno scarso livello di motivazione e di professionalità specifica e restano privi di strumenti specifici di approfondimento del loro ruolo professionale.

E dunque evidente la necessità di prevedere un percorso formativo di accesso al settore istituzionalizzato e qualificante e quale conditio sine qua non per lavorare nel settore. Ciò per l'area delle professioni sanitarie consiste anzitutto in provvedimenti capaci

di introdurre insegnamenti specifici e monografici nei corsi di laurea delle professioni sanitarie (medici, infermieri, psicologi, educatori professionali ecc)

di istituire specifiche specializzazioni, master e/o di dotare le specializzazioni ed i master già esistenti di specifici insegnamenti

di istituire nuovi profili professionali per figure professionali intermedie (ad esempio tecnici della prevenzione e riabilitazione delle dipendenze patologiche) e relativi percorsi formativi capaci di assorbire e qualificare anche le molte figure indefinite ma attualmente operanti nella prevenzione e riabilitazione (ad esempio gli educatori operanti da anni nelle comunità terapeutiche senza specifico titolo di studio e qualifiche professionali)

Alcune riflessioni particolari devono essere prodotte per ciò che riguarda le professioni del sociale più coinvolte nella pratica preventiva.

L'attuale quadro normativo italiano per quanto concerne il tema dell'integrazione sociosanitaria ed in particolare la legge 328/00 e il D. L.vo 229/99, rafforzano ancor di più, nel settore delle dipendenze patologiche, gli orientamenti ed i principi già previsti e contenuti nel T. U. DPR 309/90.

I Piani di Zona Sociale dei Comuni e del Terzo Settore da una parte e i P.A.T. dei Distretti sociosanitari di base delle AA.SS.LL. dall'altro, costituiscono un'opportunità unica ed una risorsa eccezionale per le enormi potenzialità gestionali, organizzative ed operative che prospettano.

In particolare questi due importanti strumenti, introdotti dalla Legge 328/00 e dal D.L.vo 229/99, permettono la realizzazione di una "politica socio-sanitaria e dei servizi e degli interventi sociali concertata", capace, quindi, di esprimere una "pianificazione ed una programmazione sociosanitaria integrata" soprattutto in materia di prevenzione, e reinserimento sociale e lavorativo dei soggetti dipendenti. Il realizzarsi di tale processo determinerebbe, anche nel settore delle dipendenze, la progettazione e realizzazione di interventi e servizi più calibrati e rispondenti ai reali bisogni degli utenti e del territorio migliorandone pertanto l'efficienza e l'efficacia. Si avrebbe, inoltre, una razionalizzazione dell'offerta che produrrebbe un effettivo controllo sulla duplicazione degli interventi, sulla riduzione della spesa esercitando, dunque, in tale specifico ambito, un'azione concreta sul contenimento dei costi complessivi di gestione.

Un contributo determinante in tal senso può e deve essere fornito dagli operatori sociali che istituzionalmente vi lavorano ormai da molti anni: sociologi, assistenti sociali, educatori professionali, ecc..

Perché ciò possa realizzarsi, così come per le altre Aree d'intervento previste dal DPCM 2001 sui LEA socio-sanitari ed in particolare per le prestazioni ad alta integrazione socio-sanitaria, è però necessario che vengano garantite delle condizioni essenziali che potremmo definire "di base" senza le quali sarebbe impossibile erogare una "performance di servizio di qualità".

Tra queste la necessità dei servizi per le dipendenze, di annoverare nel proprio organico sociologi, assistenti sociali, educatori professionali, dotati di un elevato standard di competenza e capacità professionale

Ovviamente tutto ciò può essere garantito solo se le Università adegueranno i corsi di studi per questi operatori nel senso già indicato per i professionisti dell'area sanitaria cioè includendovi corsi monografici ed insegnamenti specifici e se verranno istituiti qualificati, coerenti ed attinenti percorsi formativi post laurea rilasciati da Enti di formazione riconosciuti ed accreditati dal MIUR e/o da altre agenzie italiane ed Europee autorizzate dalle attuali disposizioni di legge in materia di accreditamento .

Sempre nell'ambito delle attività formative dirette agli operatori ed ai professionisti della prevenzione una particolare attenzione deve essere dedicata al coinvolgimento delle FF.OO particolarmente dedicate alle attenzioni al mondo dei minori e dei giovani in processi formativi di tipo istituzionale .Questi processi devono essere rafforzati laddove esistono ma anche istituiti ex novo al fine di disporre di un ulteriore fattore protettivo istituzionale dotato di specifica competenza .

Infine soprattutto per i professionisti e gli operatori di varie discipline che agiscono nel campo della prevenzione delle dipendenze patologiche si pone anche un problema di formazione umana,relazionale,sociale,esistenziale che sia alla base di un efficace rapporto di counselling con gli adolescenti ed i giovani nella loro qualità di "bersaglio" prima (e soggetto poi) delle attività di prevenzione .

In altre parole chi opera nella prevenzione e nella relazione preventiva deve dotarsi o disporre di un bagaglio di capacità educative ,valoriali ,comunicative e relazionali che non sono acquisibili in corsi di studio di tipo istituzionale perché non sono legate a particolari ambiti disciplinari .

Queste capacità si sviluppano solamente mediante la partecipazione a contesti di esperienza formativa con confronto interpersonale, autoanalisi, messa in gioco della propria persona,assunzione di responsabilità,autocontrollo, capacità di motivazione al miglioramento soggettivo ,tolleranza ed apertura mentale ed emozionale verso l'altro .

Tali doti personali possono essere racchiuse all'interno della formazione al counselling .

Sul piano delle verifiche di tali capacità si pongono questioni rilevanti in ordine agli strumenti anche legislativi per testare adeguatamente tali capacità .E' difatti indispensabile il ricorso ad una analisi approfondita dell'equilibrio psicologico per il personale che viene impegnato in attività importanti come quelle educative e preventive .

Se a tali verifiche sono sottoposti piloti di aereo al fine di garantire ,ad esempio, l'incolumità dei passeggeri si può pensare all'estensione anche più articolata di tali procedure (previste peraltro anche con i relativi strumenti nella psicologia e nella medicina del lavoro) ai professionisti ed agli operatori del versante educativo e preventivo delle dipendenze patologiche

E' dunque indispensabile aprirsi alla comprensione della importanza della formazione al counselling per i professionisti e gli operatori della prevenzione riconoscere questa pratica professionale ed i profili che possono derivarne, regolamentare la materia e prevedere come caratteristica centrale degli enti che curano tale for-

mazione la competenza all'autovalutazione personale e dei progetti o dei percorsi di prevenzione attuati e alla loro supervisione .

1.12 Prevenzione e comunicazione sociale

La capacità di trasferire informazioni e di comunicare socialmente nel campo delle tossicodipendenze è un requisito fondamentale del rapporto tra Stato e cittadini in questa delicatissima materia.

A tal fine uno Stato moderno ha l'obbligo di attivare un sistema integrato di comunicazione educativa al fine di realizzare una efficace prevenzione dei comportamenti a rischio .

Lo scopo di tale comunicazione è quello di sensibilizzare l'opinione pubblica verso valori condivisi condensando e rendendo visibili e pubblici esigenze ed opinioni che sviluppino una maggiore presa di coscienza della collettività in merito alla salute

.Per rendere pubblica un'azione di questo tipo e per comunicare in senso educativo occorre evidenziare in modo specifico target ed obiettivi dell'azione

Condizione necessaria per l'efficacia di queste azioni sono la continuità ,l'inserimento in una strategia pianificata di interventi ,la realizzazione delle stesse da parte di personale esperto nella comunicazione ,ma anche realmente esperto nel problema delle dipendenze ,la centralità della educazione al valore della persona e della vita in senso piu lato .

Tale comunicazione deve fondarsi anzitutto su contenuti relativi al benessere ed alla salute e deve assicurare servizi di informazione capaci di raggiungere varie fasce di età e soggetti sociali coinvolti

direttamente ed indirettamente nel fenomeno curando in modo particolare la prevenzione tra i pari la comunicazione cosciente dei vissuti ,lo sviluppo di una intelligenza emotiva .

Le informazioni devono poi essere diffuse con linguaggi corretti ed appropriati con l'obiettivo anche di correggere atteggiamenti sbagliati con altri favorevoli al benessere ed alla tutela delle persone .

Bisogna essere consapevoli che i mezzi di comunicazione di massa sono quasi sempre insufficienti per attuare questo tipo di cambiamento e che la loro azione deve essere integrata da comunicazioni personali e per piccoli e medi gruppi omogenei da contattare con linguaggi ,toni e contenuti adeguati ad essi .

Una comunicazione siffatta assume il ruolo di una buona pratica educativa e grazie anche alla proposizione di modelli innovativi può costruire veri e propri paradigmi sociali .

Perché avvenga questo passaggio il sistema di comunicazione deve prevedere una costante circolarità ed un continuo feedback diventando così capace di dialogo tra gli interlocutori .

Questo approccio è fondamentale tanto per le strategie comunicative fondate sul marketing (diffusione di nuove idee) tanto per quelle fondate sul demarketing (svalutare il mercato delle droghe).Ambedue le strategie infatti non possono prescindere dall'ascolto dei bisogni del singolo,dei gruppi e della società .

Per questi motivi le campagne di comunicazione per la prevenzione delle dipendenze patologiche non possono essere che campagne articolate che analizzino scrupolosamente il grado di interesse dei soggetti destinatari ed i loro effetti pratici.

Occorre pertanto pianificare comunicazioni di tipo generale e subcomunicazioni dirette a gruppi piu ristretti utilizzando in questo caso in maniera significativa la comunicazione tra pari e/o con percorsi specifici (mailing,e-mailing,web,ecc)o con confronti diretti sugli argomenti trattati .

Inoltre ed infine una buona comunicazione sociale oltre a individuare i target da raggiungere deve fissare obiettivi quantificabili (ad es.la riduzione degli incidenti stradali o del consumo di alcool ecc), individuare canali idonei per raggiungere il proprio pubblico ,pianificare le azioni generali e quelle mirate ,definire i budget necessari alla realizzazione delle azioni ,dare tempi di esecuzione stabilire modi e tempi della valutazione. Quest'ultimo diviene un esercizio fondamentale al fine di evitare sprechi ed esiti controproducenti.
