

III

**Consultazioni permanenti post conferenza:
Sintesi a cura dei moderatori**

Consultazioni permanenti
 Roma 5 maggio 2009
 Sala polifunzionale- Presidenza del Consiglio dei Ministri
 Via di S. Maria in Via, 37 - Roma
 I sessione ore 9.00

“I servizi pubblici: vecchi problemi, nuove scenari e l’integrazione possibile”

Relatori: Alfio Lucchini, Daniele Corbetta, Edoardo Cozzolino, Riccardo De Facci, Walter Sabattoli, Giuseppe Mammana, Germana Cesarano.

Moderatore: Giovanni Serpelloni

Premesse e principi generali condivisi:

- A. Tutti concordano che da anni si sta assistendo contemporaneamente ad un aumento del numero di utenti dei SerT, ad una diminuzione importante delle risorse e ad un crescente disagio degli operatori. Le strutture con diverse offerte in un territorio “devono” lavorare coordinate e programmate non in competizione (o addirittura in conflitto) ma in sinergia organizzativa e di intenti. Non sono più accettabili condizioni organizzative che generano problemi che inevitabilmente si ripercuotono sulle persone tossicodipendenti.
- Più bisogno, meno risorse**
- Sinergia o competizione?**
- B. La risposta alle tossicodipendenze deve essere mantenuta all’interno di un sistema che si ponga come “servizio al pubblico”, integrato pubblico–privato accreditato, che sappia intervenire in modo armonico, professionale e appropriato ai bisogni che la persona esprime. Si ribadisce, comunque, che l’assistenza ai tossicodipendenti resti all’interno della sanità pubblica che potrà utilizzare servizi privati regolarmente autorizzati al funzionamento e accreditati.
- Il servizio al pubblico**
- Il Dipartimento delle dipendenze deve annoverare al suo interno tutte le Unità Operative che possano svolgere questa funzione, indipendentemente dalla natura di “servizio pubblico” o “privato sociale accreditato”.
- Il rischio degli scarsi investimenti**
- C. Le Amministrazione centrali, regionali e delle Aziende Sanitarie Locali devono essere rese consapevoli che sottrarre risorse, finanziarie e di personale, a questo settore che vede un costante e pesante aumento degli utenti e sempre più complessi, comporta e comporterà l’appiattimento dei sistemi di cura verso forme erogabili a bassi livelli di risorse quali prestazioni sanitarie non integrate, percorsi comunitari non professionali, terapie farmacologiche a bassa qualità o in alternativa l’inserimento per lunghissimi periodi in strutture residenziali a basso costo e bassa professionalità di intervento (spesso nemmeno accreditate) con gravissimi rischi e possibili problemi di cronicizzazione dei pazienti. In altre parole i bassi investimenti sono “generatori di cronicità” perché consentono interventi di minima, generando così un aumento dei costi futuri sia per la necessità di cure più protratte che di perdita della produttività (mancato reddito) di soggetti che potrebbero essere reinseriti nel circuito lavorativo/ produttivo.
- I generatori di cronicità**
- L’importanza della buona gestione**

- D. Si tratta però di sottolineare anche un altro aspetto e cioè che non solo aumentando le risorse si risolverà il problema, perché è da subito necessario riorganizzare l'offerta e programmare in maniera condivisa, integrata e partecipata nel medio lungo termine e poi conseguentemente introdurre sistemi di valutazione dei risultati, delle prestazioni erogate in relazione ai costi ed agli obiettivi raggiunti. **La valutazione come criterio di finanziabilità**
- E. È prioritario introdurre sistemi di valutazione permanenti dell'efficacia in pratica e dei costi al fine di poter correttamente programmare e controllare. La presenza e l'uso di questi sistemi di valutazione nei Dipartimenti dovrebbe costituire "criterio di finanziabilità". **Superare lo stallo Stato-Regioni**

Sintesi della i sessione per punti salienti, sulla base degli interventi

1. È necessario acquisire un nuovo rapporto tra Stato e Regioni, nel rispetto e dei vari livelli di competenza definiti nel titolo 5° della Costituzione che riesca a superare l'attuale situazione di stallo che ha portato a non poter intervenire/interagire con le regioni non adempienti agli atti di intesa del '99 e con la creazione di situazioni eccessivamente differenti sia nei modelli che nei sistemi creati o inesistenti nelle varie parti d'Italia.

Regioni in cui è stato applicato l'accordo di cui al provvedimento 21 gennaio 1999 (pubbl. sulla GU n.61 del 15 marzo 1999): Accordo Stato Regioni per la "riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti (repertorio atti n. 593)

No	Si	Totale
8	13	21

Regioni in cui sono stati istituiti i dipartimenti per le dipendenze

No	Si	Totale
11	10	21

Aree in cui sono inseriti i Ser.T. all'interno dell'organizzazione aziendale

Dip. Salute Mentale	Dip. Servizi Ass. di base	Diverse aree dell'ASI	Dip. Dipend.	Distretti	Direz. centrale	Dip. SM e Dip.	Totale
2	3	4	4	5	1	2	21

Regioni in cui è stato applicato l'accordo di cui al provvedimento 5 agosto 1999 (pubbl. sulla GU n. 231 del 1 ottobre 1999. Schema di atto d'intesa Stato-regioni, su proposta dei Ministri della Sanità e per la Solidarietà Sociale, recante: "Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso-Repertorio atti n.740

No	Si	Parzialmente	Totale
6	14	1	21

Un nuovo tavolo operativo

Viene richiesto un tavolo permanente di sintesi delle varie funzioni del sistema di intervento veramente operativo dove, nella definizione di alcune linee di indirizzo generali, monitorare e interagire con le varie Regioni, per la garanzia di una reale definizione e applicazione generalizzata dei livelli essenziali di esistenza, di un congruo investimento delle risorse e nella effettiva "riorganizzare del sistema dei servizi" per arrivare poi a condividere anche la "dislocazione delle risorse".

Un nuovo ruolo per il DPA

Viene evocato un "ruolo di coordinamento, monitoraggio e controllo" che il Dipartimento Politiche Antidroga dovrebbe svolgere nei confronti dell'applicazione degli atti di intesa e della funzionalità dei sistemi in generale (analisi dei problemi, proposta di soluzioni costruite in condivisione, coordinamento, monitoraggio e stimolo in collaborazione con le regioni per l'applicazione delle soluzioni migliori e degli Accordi Stato/Regioni).

Il ripristino del Fondo Nazionale Antidroga

- Viene richiesto il ripristino del Fondo nazionale per la lotta alla droga (la quota a titolarità nazionale definita per legge nel 25%), attualmente in gestione alle Regioni, presso il Dipartimento Nazionale con attuazione di bandi per progetti selezionati di valenza nazionale e secondo, peraltro, quanto già previsto dal DPR 309/90.
- Si richiede di bloccare/vincolare per legge un'aliquota fissa, pari 1,5% (nella media europea degli investimenti) del Fondo sanitario nazionale trasferito alle Regioni (come già alcune regioni hanno già fatto nei loro atti di indirizzo), al finanziamento delle attività sulle tossicodipendenze. e di sbloccare il turn over degli operatori dei SerT.
- Considerato il policonsumo (e le codipendenze presenti), l'integrazione dovrebbe regolare, oltre agli aspetti organizzativi, gli aspetti relativi ai trattamenti che dovrebbero prendere contemporaneamente in considerazione l'uso di droghe-alcool-farmaci-tabacco.
- Si ritiene necessario attivare i Dipartimenti delle Dipendenze in tutte le Regioni e le Province Autonome, si riconosce, infatti, la validità dell'organizzazione dipartimentale nell'area delle dipendenze, al fine di garantire una risposta territoriale organizzata e coordinata al problema delle dipendenze su tutti i territori nazionali. Si ritiene indispensabile l'attivazione dei dipartimenti in forma strutturale, dotati di autonomia tecnico-funzionale e di budget.

La quota fissa

L'integrazione nei trattamenti

Attivazione dei Dipartimenti delle Dipendenze

No alle proposte di legge su SerT in psichiatria

Si segnala come problematico e totalmente da evitare l'inserimento dei Sert all'interno dei Dipartimenti di Psichiatria. Non si ritiene una scelta efficace e

Pari dignità tra pubblico e privato sociale

corretta che i Ser.T. e/o i Dipartimenti delle Dipendenze, per le specificità della materia, vengano inglobati nei Dipartimenti di Salute Mentale. Questa operazione viene ritenuta strategicamente e tecnicamente inappropriata, pertanto è necessario provvedere ad una distinzione dei settori e, contemporaneamente, ad accordi di collaborazione per la gestione della comorbidità psichiatrica. Viene richiesto di convocare la Consulta al fine di ottenere anche il parere di questo organismo su detta inopportunità che peraltro si sta profilando anche con provvedimenti di Legge.

Formazione permanente

I Dipartimenti delle Dipendenze devono essere i veri strumenti dell'integrazione pubblico-privato sociale, dove si realizza la pari dignità attraverso una programmazione comune e condivisa degli interventi sul territorio ma, soprattutto, degli standard e dei criteri operativi. Strumento programmatico e decisionale dell'integrazione è il Comitato di Dipartimento di cui devono far parte anche i rappresentanti del privato sociale. Si ritiene fondamentale sostenere concretamente la formazione permanente degli operatori assicurando loro la possibilità di partecipazione ad incontri accreditati. È indispensabile operare in modo che si possano realizzare anche percorsi specialistici post-universitari nella "disciplina delle dipendenze", interessando le strutture competenti ministeriali per la creazione delle specifiche condizioni legislative. L'attuale carenza di personale dovrà essere colmata ripristinando per lo meno gli standard previsti dai sistemi di accreditamento. È necessario che le Regioni e le Aziende Sanitarie siano consapevoli che la carenza di organico comporta la compromissione delle buone prassi cliniche che non possono essere regolarmente adottate e perseguite in mancanza di un livello minimo di personale.

Unità operative per gli interventi di prevenzione indicata/selettiva

La ricerca

In considerazione dell'evoluzione del fenomeno e dei nuovi trend di consumo precoce, si ritiene indispensabile sviluppare ed attivare nuove unità operative dipartimentali, specializzate negli interventi di prevenzione indicata/selettiva. Tali unità dovranno essere dislocate in aree diverse dai Ser.T. ed accoglienti soprattutto le persone minorenni e le loro famiglie. In queste unità operative andranno promosse attività di diagnosi precoce (early detection), anche tramite drug-testing professionale e supporto psico-educativo alle famiglie.

Considerata la forte potenzialità di sviluppare ricerche cliniche e nel campo delle neuroscienze, si ritiene fondamentale per il futuro promuovere ricerche nei dipartimenti delle dipendenze finalizzate soprattutto a migliorare le conoscenze sui meccanismi neuropsicologici (anche attraverso il ricorso al neuro-imaging) che sostengono il craving, i danni cognitivi delle funzioni superiori e i possibili nuovi trattamenti più efficaci. È necessario attivare attività di ricerca e sperimentazione di tipo applicativo, clinica e supportativa il processo di miglioramento che riguarda soprattutto due aspetti principali: efficacia delle cure, valutazione dei percorsi e dei processi di cura.

Le "pari responsabilità"

6. "Pari dignità" ma anche "pari responsabilità" con compartecipazione attiva del privato sociale accreditato sia alla programmazione dipartimentale sia per assicurare la continuità assistenziale tra servizi di bassa soglia, Sert e Comunità e progetti/servizi del reinserimento socio lavorativo, sia nella normale programmazione ma soprattutto in caso di interruzione del trattamento, dalla Comunità al Sert.

7. Nell'ottica dell'integrazione e delle pari opportunità le realtà del privato sociale accreditato potrebbero essere viste come "incaricati di pubblico servizio", in un Dipartimento che si popone come "contenitore e garante" organizzativo comune tra Sert e servizi del privato sociale. In altre parole integrazione vuol dire "non fare le stesse cose" all'interno del sistema (con pericolo di duplicazione, competizione, conflitti e sprechi). Per questi si pone l'importanza di differenziare i servizi e di prevedere in capo al Dipartimento territoriale ogni tematica che possa richiamare una logica di controllore – controllato.
- Budget delle Comunità: l'esperimento della Lombardia**
8. Si ritiene interessante e da valutare nel tempo ed insieme ed in parallelo ad altri percorsi regionali, tra gli altri, l'esperienza della Regione Lombardia di affidamento del budget alle Comunità. Vi sono però pro e contro, con aspetti positivi ed altri apparentemente problematici nel modello lombardo presentato, che ad esempio, come esplicitato da alcuni partecipanti alla sessione, con la previsione di SerT privati, apparentemente potrebbe configgere con la logica di integrazione prima ribadita. Tuttavia ben vengano le sperimentazioni in questo ambito e la possibilità di avere dati in merito
- L'omologazione delle tariffe**
- Alcune osservazioni**
9. È necessario definire a livello nazionale, anche nell'ottica dell'integrazione, tariffe e rette unitarie a fronte di uguali criteri e caratteristiche delle prestazioni erogate. Si ritiene, inoltre, che le tariffe nazionali vengano comunque associate alla presenza di assicurazione di adozione di protocolli assistenziali e riabilitativi di qualità.
10. Alcune organizzazioni hanno fatto rilevare che:
- la libera offerta di servizi da parte del pubblico e del privato resa impossibile dalla disomogenea applicazione dell'Accordo Stato-Regioni del 1999 e dalla incompleta attuazione dello stesso Dpr 309/90;
 - per alcune associazioni resta problematica la reale impraticabilità della libera scelta del luogo di cura. A tal proposito viene ribadita la centralità dell'estensione della esperienza lombarda dei Sert privati a livello nazionale e l'approfondimento della ipotesi di costruzione di Sert ed altri servizi di cura con numero programmato di utenti e lista d'attesa anche se, per alcuni, questa ultima proposta solleva problemi di legittimità, considerati i gravi rischi sanitari a cui verrebbero esposte le persone tossicodipendenti in attesa di cure primarie;
 - una terza problematica sollevata poi il tema della reale terzietà dei Dipartimenti rispetto a servizi di natura diversa come Sert, Comunità terapeutiche e servizi privati: anch'essa attualmente non sarebbe garantita né si è studiato a fondo quali possano essere le formule organizzative che possano garantire concretamente la realizzazione di tale principio.
- Altri punti**
11. Altri punti da segnalare, tenere in considerazione e approfondire nei futuri lavori sono:
- a. Necessità di modificare i percorsi prefettizi (art.75), come previsto nelle conclusioni della Conferenza di Trieste, valorizzando anche importanti esperienze di integrazione territoriale presenti nel Paese,

- b. Sanità penitenziaria: monitoraggio del passaggio delle competenze alle Regioni.
- c. Istituzione della disciplina di medicina delle farmaco-dipendenze e della relativa specializzazione, costituendo un gruppo di lavoro al DPA che si colleghi ai Ministeri interessati e alla UE.

Consultazioni permanenti
 Roma 5 maggio 2009
 Sala polifunzionale- Presidenza del Consiglio dei Ministri
 Via di S. Maria in Via, 37 - Roma
 Il sessione ore 15.30

“La cura della dipendenza da sostanze in Italia”

Relatori: Giovanni Addolorato, Pietro Fausto D'Egidio, Ezio Lazzari, Michele Ferdico, Antonella Camposeragna, Giovanni Villani, Giovanni Greco, Giovanni Cordova, Stefano Regio, Narcotici Anonimi

Moderatore: Pietro Fausto D'Egidio

Questa sessione nasce dalla esigenza di superare alcune rappresentazioni sociali sulla droga, sulla tossicodipendenza e sulle cure di questa non sempre dettate dalle evidenze scientifiche, dalla esperienza e dal sapere di coloro che operano nel Sistema di Intervento in Italia da rappresentare un ostacolo al miglioramento dello stesso.

Per fare questo si dovrebbe superare ogni riferimento di competitività tra i vari attori del sistema e si dovrebbe operare con i principi della solidarietà e della integrazione tra i servizi.

La conferenza di Trieste ha mostrato un passo avanti su queste tematiche, ribadendo che: “dobbiamo garantire le cure finalizzate al recupero”.

È stato ribadito e condiviso in concetto che: “La tossicodipendenza non è il risultato di scelte di vita devianti e di decisioni consapevoli. Piuttosto la tossicodipendenza è il frutto di un percorso patogenetico come per ogni altra malattia” così come affermato anche dall'UNDOC

Non si comincia ad usare droga perché si è malati, ma l'iniziale uso di droga (che avviene per i più vari motivi) può trasformarsi in malattia. La tossicodipendenza è una patologia che comporta alterazione della motivazione e della capacità di mantenere comportamenti su libera scelta.

La tossicodipendenza sia da droghe legali che da droghe illegali è ai primi posti tra i fattori di rischio per la mortalità e per la invalidità in Italia.

La tossicodipendenza è una malattia che necessita di cure e contestualmente è necessario aiutare la persona a ritrovare quell'equilibrio personale, familiare, sociale mediante una serie di interventi integrati e complessi quali sono quelli finalizzati alla riabilitazione.

I farmaci agonisti, metadone e buprenorfina, sono presidi utili per la cura della tossicodipendenza da eroina. Questi farmaci debbono essere usati ad un dosaggio adeguato, non esistono dosaggi “alti o bassi” di per se ma tutti i dosaggi vanno contestualmente valutati con i risultati raggiunti e i sintomi principali riferiti quali la presenza di astinenza e craving.

Premesse e principi di base

Alta mortalità e invalidità

I farmaci

I farmaci, debbono essere usati da medici all'interno di un approccio multidisciplinare con una equipe che sia in grado di operare una presa in carico completa del paziente: medica, psicologica e di supporto sociale ed educativo. Oggi vengono usati con successo durante i programmi di cura anche in molte Comunità Terapeutiche.

**Approccio
multidisciplinare**

Anche per la tossicodipendenza da sostanze come per quella da alcol non è possibile pensare ad interventi rigidamente standardizzati ma essi vanno adeguate e personalizzate in base al sesso, all'età, alle caratteristiche psichiche, al contesto familiare e socioeconomico di appartenenza.

**Interventi
personalizzati**

Le evidenze scientifiche hanno mostrato che esistono alcuni farmaci che possono essere utili nella cura dell'alcolismo: disulfiram, acamprosato, naltrexone, ghb (razionale simile al metadone nella dipendenza da eroina), baclofen, topiramato.

Anche l'alcolismo, così come la dipendenza dalle altre droghe, è una patologia caratterizzata da craving, perdita del controllo, tolleranza e dipendenza fisica e i principali obiettivi del trattamento sono la riduzione dell'assunzione alcolica per il raggiungimento dell'astinenza e la prevenzione della ricaduta.

Alcol e droghe

Oltre alla prevenzione e trattamento delle importanti e frequenti patologie correlate, anche il supporto psicologico ed il counselling sono componenti essenziali della terapia e devono sempre essere associati ai vari trattamenti farmacologici.

**Supporto
psicologico
indispensabile**

La farmacoterapia in associazione alla terapia psicologica ha permesso di incrementare di molto la percentuale di successi terapeutici nel raggiungimento di tali obiettivi.

Tuttavia non va dimenticato che la storia clinica dei malati da droghe è fatta di guarigioni, ma soprattutto di ricadute nell'uso delle stesse. Per questo motivo non dobbiamo avere paura che le cure abbiano una durata lunga, prevedendo per il trattamento appropriato tutto il tempo necessario per ridurre il più possibile il rischio di ricadute.

Per la complessità di questa malattia è indispensabile e irrinunciabile che il Sistema di Intervento, i Ser.T., le comunità terapeutiche, le agenzie sociali dei territori, gli ospedali, operino in un rapporto di stretta collaborazione, che la loro azione sia sinergica ed integrata. Sinergia ed integrazione possono essere massimamente garantiti da una appropriata e vera strutturazione di dipartimenti delle dipendenze sui territori.

**Il dipartimento
delle dipendenze**

Anche per le problematiche alcol correlate la capacità di orientare scelte, interventi, investimenti finalizzati allo sviluppo di pacchetti assistenziali personalizzati, costruiti su livelli di complessità differenti, sulla valorizzazione di specifiche professionalità anche non mediche trova un suo ambito naturale nei livelli territoriali. Dobbiamo migliorare la qualità del sistema dei servizi per ottenere risultati migliori e la guarigione dei pazienti. Non solo dal punto di vista organizzativo e di risorse, argomenti di cui si è discusso nella sessione "I servizi pubblici: vecchi problemi, nuovi scenari e l'integrazione possibile", ma anche rispetto a temi più specificamente legati a come si erogano le cure e come e se si valutano i loro effetti.

**Persone
immigrate**

È necessario, in relazione alle nuove e mutate condizioni dell'utenza, prestare particolare cura ai migranti ed ai loro modelli di consumo, a partire dalle culture di origine e dai fattori di disgregazione e di disagio.

Per poter applicare terapie sempre più specifiche però è necessario migliorare i percorsi diagnostici.

Troppe volte ancora oggi la diagnosi è semplicisticamente: “dipendenza da oppiacei/cocaina/etc”.

In questa disciplina della clinica della dipendenza il quadro clinico è molto complesso perché entrano più pesantemente in gioco le condizioni socio ambientali, culturali, e caratteristiche individuali del paziente.

È necessario strutturare una clinica che parta da una diagnosi multidimensionale più articolata e che definisca meglio la gravità della malattia dipendenza prendendo in considerazione contemporaneamente vari aspetti: la motivazione al cambiamento, la durata della malattia, la misura del craving, il contesto sociale e familiare, l'età, la poliassunzione di altre droghe, le eventuali implicazioni giudiziarie, la compresenza di altre patologie come quelle psichiatriche e infettive, il rapporto con il lavoro.

Diagnosi complesse

C'è la esigenza unanime di una cultura della valutazione dei risultati come requisito irrinunciabile della taratura dell'intero sistema socio-sanitario per le dipendenze, ma la diffusione della cultura della valutazione è a “macchia di leopardo” nel territorio nazionale e attualmente esistono poche realtà che producono dati in questo settore. La valutazione deve riguardare alcune aree specifiche: le risorse investite, i processi, le prestazioni erogate e i risultati degli interventi, oltre che la soddisfazione degli utenti.

La cultura della valutazione appare uno strumento indispensabile per verificare sia l'efficacia dei trattamenti erogati che l'organizzazione dei servizi, il loro impegno e la sostenibilità degli interventi.

Lo stato dell'arte italiano appare ancora insoddisfacente rispetto ad altre realtà internazionali per quanto, in modo disomogeneo, esistono realtà operative che utilizzano la cultura della valutazione dei risultati per monitorare la qualità delle decisioni cliniche intraprese e la crescita del sistema dei servizi.

È necessario concordare preliminarmente una definizione degli indicatori di outcome e delle tipologie di utenze in base alle diverse classi di gravità, elemento questo che appare ancora disomogeneo e non definito. Rispetto agli indicatori per la valutazione dei risultati delle cure è importante considerare e rilevare la riduzione fino alla cessazione dell'uso di tutte le droghe, il miglioramento complessivo della qualità di vita, la riduzione dei comportamenti a rischio per malattie infettive ed overdose, il grado di reinserimento sociale e lavorativo e la cessazione delle condotte criminali.

La valutazione

Lo stato dell'arte in Italia

Per garantire la pratica efficace di vari trattamenti è necessario che le Regioni stanino le risorse economiche necessarie. Inoltre è necessario e possibile sperimentare fin da subito in Italia una integrazione virtuosa non solo tra Ser.T. e comunità terapeutiche, ma anche con i MMG, i presidi ospedalieri e tutte le agenzie sociali del territorio.

Dopo oltre 30 anni di attività delle comunità terapeutiche e dei Ser.T. oggi dobbiamo realizzare una valutazione scientifica sui risultati delle loro attività

Oggi nella pratica clinica, nonostante le chiare evidenze di efficacia dell'utilizzo delle terapie sostitutive, alcune questioni rimangono ancora aperte circa il reale rischio e beneficio dei programmi farmacologici, soprattutto in relazione ai diversi

Un bilancio dopo 30 anni

contesti di cura, che si presentano abnormemente variabili in rapporto sia ai dosaggi dei farmaci e alle dimensioni dei supporti di counselling psicologico e sociale, che all'esistenza sempre crescente di diverse tipologie di consumatori di sostanze che si rivolgono ai Servizi.

Inoltre è necessario iniziare a riflettere sul progressivo invecchiamento della popolazione in carico ad alcune CT. Si tratta di un popolazione, che a fronte dell'età avanzata, riporta numerosi insuccessi terapeutici, patologie psicologiche e difficoltà ad un vero e proprio reinserimento nella società civile.

Negli ultimi anni la malattia tossicodipendenza ha, infatti, espresso sempre più chiaramente dal punto di vista clinico la sua natura multifattoriale imponendo ai clinici il difficile compito di "adattare" le evidenze scientifiche ai differenti contesti di cura ed alle diverse tipologie di utenti che si rivolgono ai Servizi.

Abbiamo la necessità di individuare i rischi ed i benefici della terapia farmacologica sostitutiva nei pazienti eroinomani afferenti ai Servizi Pubblici delle Tossicodipendenze italiani in rapporto alle variabili legate sia al paziente, sia ai diversi setting di terapia, nonché alle differenti modalità d'uso del farmaco sostitutivo in riferimento al dosaggio impiegato e all'utilizzo o meno da parte del clinico dello strumento dell'affido domiciliare della terapia. È necessario mettere a punto un programma di intervento sulla efficacia e i rischi della terapia con metadone e con buprenorfina in rapporto al profilo individuale dei dipendenti da eroina, alle modalità terapeutiche, alle caratteristiche delle strutture di cura. Un programma di intervento che definisca in maniera chiara e condivisa gli outcome della cura della dipendenza da eroina.

Consultazioni permanenti
 Roma 4 giugno 2009
 Sala polifunzionale- Presidenza del Consiglio dei Ministri
 Via di S. Maria in Via, 37 - Roma
 Il sessione ore 15.00

“Uso del drug test professionale nei programmi di prevenzione precoce: rischio o risorsa?”

Relatori: Giorgio Di Lauro, Elisabetta Bertol, Elisabetta Simeoni, Valter Drusetta, Oliviero Bosco, Leopoldo Grosso, Daniela Orlandini.

Moderatore ed editing del documento: Giovanni Serpelloni

Sintesi della sessione per punti salienti, sulla base degli interventi

1. Al fine di contestualizzare la discussione sull'utilità del drug test professionale vanno considerate alcune riflessioni di base: **Premesse e principi generali**
- La seconda causa di morte nei giovani 14/18 anni è l'uso di droghe e la prima sono gli incidenti stradali, spesso alcol droga correlati.
 - La prima causa di invalidità temporanea o permanente nei giovani è l'uso di droghe e lo sviluppo di addiction.
 - Uso di droghe nei giovani: è un problema rilevante di sanità pubblica per il quale esistono programmi strutturati di diagnosi precoce.
 - L'inizio dell'uso di droghe e alcol avviene prevalentemente nella fascia 13-18 anni.
 - Vi è un periodo di latenza medio tra primo uso e il primo accesso ai servizi di cura di 8 anni.
 - Ad oggi vi è un ritardo di diagnosi che comporta:
 - a. La fissazione del comportamento di assunzione,
 - b. Aumento del rischio di addiction che è direttamente proporzionale al tempo di esposizione alle sostanze e in un contesto “wild” non interferito da interventi educativi e di controllo.
 - L'uso di sostanze avviene in un periodo molto sensibile per il cervello e viene compromessa la regolare maturazione ed evoluzione cerebrale del minore.
 - La non consapevolezza del problema da parte dei genitori comporta:
 - a. La non possibilità di intervento precoce;
 - b. La compromissione dei rapporti fiduciosi figli-genitori, atteggiamento di menzogna droga correlato del figlio.
 - L'identificazione precoce (early detection) è in grado di:
 - a. Ridurre i tempi di esposizione agli effetti delle sostanze;
 - b. Intervenire in un periodo di minore refrattarietà al cambiamento rispetto ad intervenire dopo molti anni di uso;
 - c. Ridurre il tempo di esposizione a rischi droga correlati: sanitari (HIV, epatiti), sociali, legali;
 - d. Prevenire i danni neuropsicologici sulla maturazione cerebrale.

- Esistono interventi e trattamenti sicuramente efficaci che possono essere applicati una volta identificata la condizione di rischio.
- Ricordiamo che i rischi a cui può andare incontro l'adolescente durante il periodo di latenza sono: epatiti, HIV, MTS overdose, criminalità, riduzione delle abilità cognitive e danni neuropsichici, incidentalità, addiction.

Alla luce di quanto sopra riportato vi è quindi la necessità di considerare prioritario intervenire per ridurre il tempo di latenza medio tra primo uso e primo accesso ai servizi.

2. Il drug test professionale deve essere sempre associato ad un supporto psicologico ed educativo alla famiglia e riservato a quelle situazioni che presentino fattori di vulnerabilità all'addiction in un contesto, quindi, di prevenzione selettiva/ indicata. Risulta importante strutturare strategie e programmi specifici per sviluppare quelle abilità genitoriali protettive ancora prima di accertare l'uso di sostanze nel figlio, partendo, quindi, da un intervento sui familiari molto prima che l'adolescente entri nella fascia di rischio droga. **Drug test sempre associato a consulenza e supporto alle famiglie**
3. Il drug test professionale è indagine clinica che va affrontata con tutta la professionalità possibile ed è finalizzato alla diagnosi precoce per interrompere il prima possibile una probabile evoluzione verso l'addiction o l'acquisizione di gravi patologie infettive o l'esposizione a rischi di overdose, incidentalità stradale, alterazioni neuropsichiche e comportamentali, problemi legali. Va ricordato inoltre che oltre al "rischio di addiction" correlato all'uso di droghe proprio per la maggiore esposizione a rapporti sessuali precoci non protetti vi è un rischio di acquisizione di infezione da HIV ed epatite. È noto infatti come una alta percentuale di persone con infezione da HCV e contestuale uso di sostanze stupefacenti, riferiscano rapporti sessuali precoci. **Uso di droghe, diagnosi precoce e altre patologie correlate**
4. Si sottolinea che i programmi con drug test professionale trovano giustificazione ed efficacia soprattutto se si integrano con altri programmi ed iniziative nel contesto sociale a orientamento preventivo ed educativo che ne completino l'intervento. Il problema quindi della contestualizzazione dell'uso del drug test professionale è fondamentale per non incorrere nel rischio di limitare l'intervento di prevenzione al solo accertamento tossicologico. Il drug test professionale deve essere inserito in una politica di prevenzione selettiva/indicata. Lo screening di massa potrebbe risultare inefficace e insostenibile considerando la dinamica con cui l'uso di sostanze si esprime e che richiederebbe un monitoraggio costante delle persone risultando, quindi, impraticabile e finanziariamente insostenibile. **Interventi complementari nel contesto**
5. Il testing non va imposto al minore ma ne va ricercato l'accordo e "negoziato" in un contesto di relazione e dialogo che comunque dovrà sfociare in una presa di consapevolezza se esista o no l'uso di sostanze e, quindi, un rischio di addiction **Accordo e dialogo**

6. Le attività di prevenzione primaria delle dipendenze indirizzate ai genitori preoccupati o con il sospetto di uso di sostanze da parte dei figli dovrebbero essere eseguite in specifiche unità operative di prevenzione all'interno dei dipartimenti delle dipendenze che dovrebbero dotarsi di strutture specializzate. La consulenza e il servizio andrebbero offerti attivamente anche tramite pubblicizzazione sui siti internet, pubblicità murale, televisione, giornali e avvisi permanenti in strutture quali scuole, palestre, ecc. **Unità operative specialistiche per la prevenzione**
7. Il drug test professionale va visto come un "esame di realtà" che i genitori insieme con il minore fanno supervisionati e supportati da personale sanitario specializzato, rappresenta quindi un punto di partenza per cominciare a discutere e risolvere un problema, togliendo di mezzo sospetti di riferiti non veritieri, gravi stati di addiction, sopravvalutazione dei problemi o, per contro, sottovalutazione. **Esame di realtà**
8. Il drug test professionale risulta inoltre particolarmente utile nel monitoraggio e nella valutazione dei successi o degli insuccessi degli interventi finalizzati ai cambiamenti del comportamento di consumo. **Outcome**
9. Risulta inoltre molto importante considerare l'effetto "ipertranquillizzante" di un eventuale risultato negativo. Va ricordato che non tutte le sostanze sono riscontrabili al drug test (ad esempio smart drugs) o lo sono dopo alcuni giorni se non ore (ad esempio alcol). A tal fine è importante fare riferimento ai noti fattori di rischio identificati dal NIDA (in particolare problemi scolastici sia di rendimento che di condotta, frequentazione di pari che consuma sostanze o devianti, familiari in particolare fratelli che consumano) che rappresentano dei segnali di allarme alternativi o complementari al drug test. La validità e l'efficacia dell'utilizzo del drug test professionale e dell'intervento di counseling successivo dovrà essere valutata attraverso la capacità di intercettare precocemente minori consumatori di droga non altrimenti identificabili, interrompere più precocemente l'uso di sostanze e, quindi, ridurre l'incidenza dell'evoluzione in addiction. In altre parole è necessario porsi la domanda di quanto sia la quota di soggetti a rischio che non viene individuata se non tramite il drug test e quale quota può essere identificata in alternativa o preliminarmente tramite altri metodi e se esistono quindi metodi alternativi a più alto rendimento e a minor costo. **Gestione del test negativo**
10. Nell'utilizzo del drug test professionale va considerata anche la necessità di affidarsi metodiche e laboratori accreditati o in grado di fornire diagnosi affidabili che possano ricostruire non solo l'uso attuale ma anche quello pregresso. **Laboratori accreditati**
11. In ultima analisi, la motivazione di base che ci dovrebbe guidare nel teorizzare ed attivare interventi di questo tipo si possono riassumere in:
 a. fornire la reale possibilità di attuare interventi di prevenzione e terapie precoci su gruppi e soggetti ad alto rischio espletando anche, nel contempo, un supporto psicologico/educativo alla famiglia;
 b. non trasformare il drug test professionale in una "caccia alle streghe" ma una base di partenza per compiere "un'analisi di realtà" che stia **Conclusione**

all'inizio di un percorso di presa di consapevolezza e strutturazione, se necessario, di interventi terapeutici precoci.

Allegato tratto ed adattato dal documento "Cocaina e minori. Linee di indirizzo per le attività di prevenzione e l'identificazione precoce dell'uso di sostanze", Dipartimento Politiche Antidroga.

1. Diagnosi precoce e supporto alle famiglie

A. Interventi precoci

I dati attuali collocano l'inizio dell'uso delle sostanze mediamente nel 14° anno di età. È opportuno, quindi, che gli interventi preventivi vengano rivolti anche a bambini e preadolescenti di età inferiore, abbassando l'età di inizio dei primi interventi preventivi, cominciando con interventi informativi ed educativi già alle scuole primarie, con opportuni adattamenti di forma, linguaggio e contenuto dei messaggi da trasmettere. Effettuare interventi dopo i 14-15 anni, o quando l'uso di sostanze dura ormai già da qualche anno, si è dimostrato tardivo e molto meno efficace. Infatti, a quell'età l'esposizione al mondo delle droghe è probabilisticamente già avvenuta poiché i giovani teenagers hanno già avuto occasione di sperimentare droghe. Pertanto, interventi che giungono dopo i 14 anni possono risultare molto meno efficaci e più dispendiosi rispetto ad interventi più precoci. È fondamentale, quindi, cercare di individuare un eventuale uso di sostanze, pur saltuario, il più precocemente possibile e avviare tempestivamente, in caso se ne presentasse il bisogno, percorsi terapeutici e di supporto specialistico.

**Interventi
preventivi a 14
anni**

B. Cura dei propri figli

La maggioranza dei genitori si preoccupa di prevenire le carie ai denti dei propri figli sottoponendoli a regolari visite di controllo odontoiatrico; lo stesso accade per la cura della vista, grazie a periodici controlli oculistici. Allo stesso tempo, però, gli stessi genitori mostrano spesso resistenze psicologiche e culturali a sottoporre i propri figli ad accertamenti tossicologici per patologie a più alta incidenza di mortalità, quali la dipendenza da sostanze psicoattive. A sottolineare questo paradosso, va ricordato che la prima causa di morte nella fascia d'età 14-20 anni è proprio l'uso di sostanze psicoattive o altre cause comunque fortemente droga-correlate (ad es. incidenti stradali causati dalla guida sotto l'effetto di alcol e/o droga). L'obiettivo principale, quindi, deve essere quello di ridurre al minimo il lasso di tempo fra l'inizio dell'uso di droghe da parte loro e la scoperta delle condizioni di rischio derivanti da questo comportamento da parte dei genitori. A tal fine si potrebbe prevedere anche l'utilizzo del drug test professionale e preventivo nei minori, cioè in quei soggetti che non sono mai risultati positivi a controlli precedenti.

Diagnosi precoce

C. Drug test professionale e preventivo

L'esecuzione del drug test preventivo professionale è un servizio che avviene su richiesta dei genitori, in modo riservato e volontario, con l'adesione volontaria dello stesso minore e, in linea teorica, al fine di mantenere una discreta probabilità predittiva, in maniera periodica e continuata, con una frequenza minima almeno trimestrale, con esecuzione casuale e non prevedibile, durante l'età a rischio maggiore (12-17 anni), e con un supporto psicologico fornito a tutta la famiglia. Tale frequenza è prevista soprattutto per quei soggetti che mostrano particolari fattori di vulnerabilità, così come previsto dalle misure di prevenzione indicata e selettiva. Inoltre, la frequenza di accertamento trimestrale non dovrà in alcun modo dar luogo a vessazione del ragazzo sottoposto al test poiché la necessità di eseguire i controlli tossicologici periodicamente dovrebbe essere comunicata fin dalla tenera età, prima che sussista il rischio di uso di sostanze, configurando i controlli stessi come normali accertamenti sanitari al pari di qualsiasi altro accertamento eseguibile per ragioni mediche. Va inoltre ricordato che tra gli adolescenti esistono atteggiamenti oppositivi che possono non essere necessariamente collegati all'assunzione di sostanze psicoattive e/o psicotrope, ma piuttosto a tratti temperamentali. In questo caso, sarà necessario ricorrere al principio di cautela, anche se è doveroso segnalare che situazioni di questo tipo sono meno frequenti rispetto ad un rifiuto al test dovuto alla preoccupazione di essere scoperti per un reale uso di sostanze.

Drug test come accertamento sanitario preventivo professionale

Il test va opportunamente gestito in un ambiente sanitario da personale competente, impedendo l'accesso al test in modalità "fai da te" e presso gli ambienti scolastici. Il concetto su cui si basa tale intervento verte sull'idea che più precocemente viene rilevato l'uso di sostanze nell'adolescente, anche saltuario, maggiore è la probabilità di successo in termini di allontanamento del soggetto dal consumo di droga. Non è accettabile, infatti, che il primo contatto con i servizi di cura avvenga, in particolare nel caso della cocaina, mediamente dopo 6-8 anni dall'inizio dell'uso effettivo di sostanze. Durante quel lasso di tempo, infatti, il cervello degli adolescenti, che risulta ancora in fase di maturazione, viene alterato dalla cocaina, e dalle droghe in generale, in maniera spesso permanente; inoltre, con il trascorrere del tempo cresce anche la probabilità del passaggio dall'uso sporadico di sostanze al consumo sistematico.

Riservatezza e professionalità

Il drug testing preventivo professionale, indicato per i minorenni 12-17enni, dovrà essere sempre associato ad un counseling pre e post test e, quindi, inserito in un programma strutturato di consulenza educativa e di controllo tossicologico. In merito alle tecniche di counseling più adeguate per affrontare situazioni di consumo di sostanze tra i giovani, ed in particolar modo di cocaina, si ricorda che il National Institute on Drug Abuse ha fornito delle linee di indirizzo specifiche sull'approccio del counseling nel trattamento della dipendenza da cocaina, descrivendo le terapie più efficaci e scientificamente supportate dell'approccio cognitivo comportamentale per il trattamento individuale del cocainismo. Tali linee di indirizzo sono disponibili anche in versione italiana.

Counseling

Il drug test preventivo professionale dovrà essere effettuato ricercando attivamente da parte dell'operatore sanitario l'adesione volontaria e non coattiva del soggetto minorenni. In caso costui non si dimostrasse disponibile all'esecuzione del test, non è opportuno ed indicato, da un punto di vista strettamente clinico, effettuarlo anche qualora i genitori (nell'esercizio della loro potestà, che andrà comunque rispettata), insistessero nel richiederlo. L'accettazione volontaria del test da parte del minore è pre-requisito fondamentale per instaurare una corretta relazione diagnostico-terapeutica e, in caso di resistenza, si raccomanda un approccio di counseling sia nei confronti del minore che dei genitori o di chi esercita la patria potestà. Pertanto, tale approccio psicologico/educativo deve essere teso a comprendere le cause della resistenza, considerando che un rifiuto del test potrebbe far sospettare, nella maggior parte dei casi, un problema di uso effettivo di sostanze, ma anche un semplice atteggiamento oppositivo tipico dell'età adolescenziale.

Ricerca dell'adesione volontaria del minore al test

Al fine di agevolare il ricorso al drug testing preventivo professionale da parte di genitori che sospettassero l'uso di sostanze da parte del figlio, è auspicabile anche il coinvolgimento attivo dei Pediatri di libera scelta, dei Medici di Medicina Generale e dell'organizzazione di servizi domiciliari di testing che prevedano la disponibilità di personale sanitario specializzato a recarsi presso il domicilio di quelle famiglie che preferiscono effettuare il test tra le mura di casa propria.

Prevenzione a domicilio

È necessario non mettere in atto procedure che possano generare conflitti tra genitori e figli creando difficoltà comunicative familiari che renderebbero ancor più difficile la trattazione del problema. A tale scopo, per l'esecuzione del test, il personale sanitario dovrà garantire riservatezza ed anonimato del soggetto minorenni e dei suoi genitori. Il tutto andrà affiancato dall'implementazione di spazi di ascolto dedicati ai giovani e alle loro famiglie, gestiti da personale professionalmente preparato in grado di accrescere le possibilità comunicative tra genitori e figli.

Supporto alla famiglia

Al drug test, quindi, andrà necessariamente sempre associata un'offerta terapeutica e di supporto alla famiglia, prima dell'esecuzione del test e anche in caso di riscontro di positività o di eventuali altri problemi correlati. Tale riscontro, infatti, rappresenta sicuramente un evento critico per l'intera famiglia ed è quindi opportuno che il minorenni e i suoi genitori possano trovare spazi di supporto in cui poter pensare ed organizzare il "dopo test" in maniera costruttiva. In genere, una singola seduta con uno specialista consente di impostare sia le modalità tecniche che gli aspetti psicologici e motivazionali con cui affrontare il problema in famiglia.

Nel momento in cui il test risulta positivo e viene scoperta una condizione problematica di assunzione di sostanze nel giovane, i genitori hanno spesso reazioni che comportano un irrigidimento e un incremento del controllo educativo. Tali reazioni, di solito, riguardano la restituzione della libertà di movimento del ragazzo, la frequentazione del proprio gruppo di amici, l'uso del telefono cellulare, la navigazione in Internet, l'impiego di mezzi di trasporto motorizzati, ecc. Si tratta di decisioni, però, molto spesso dettate dai forti livelli di ansia e preoccupazione che portano inevitabilmente, oltre che ad aumentare i conflitti, ad un incremento dello stress nei genitori e ad un inevitabile conseguente disagio nel figlio che si vede ridotta la libertà di movimento e di frequentazione dei suoi pari. Queste reazioni devono essere necessariamente e attentamente gestite e controllate all'interno di

Positività del test e irrigidimento dei genitori

un rapporto professionale con personale specializzato, in grado di supportare i genitori nelle scelte da adottare e che li aiuti ad individuare modalità di azione adeguate nella negoziazione con il figlio.

Nella relazione con l'adolescente, atteggiamenti normativi acriticamente autoritari posti in essere dagli adulti possono produrre effetti opposti a quelli attesi e vanno quindi evitati. Le ragioni sono da ricercare in una serie di mutamenti di ordine biologico e psico-sociale che caratterizzano questa fase della vita del giovane, cruciale per la comparsa di comportamenti devianti, quali il consumo di sostanze. Ciò non significa che i genitori debbano assumere atteggiamenti di accettazione passiva delle trasgressioni, spesso rischiose, degli adolescenti, ma è necessario evidenziare che l'adolescente, oltre che ai contenuti, sui quali spesso, poi, decide di "trattare", è molto sensibile anche alla modalità di relazione e di comunicazione che i genitori adottano nei suoi confronti.

Per questa ragione, più che imporre con la forza modelli di comportamento ritenuti corretti, è opportuno che i genitori, e gli educatori in senso lato, utilizzino una modalità di relazione improntata all'ascolto ed al riconoscimento dello "status" di interlocutore dell'adolescente che deve percepire rispetto per il suo punto di vista. Questa modalità, infatti, può favorire un clima migliore per un successivo dialogo con il ragazzo.

Inoltre, i genitori dovrebbero valorizzare il desiderio dell'adolescente di essere adulto e cercare, quindi, di orientarlo verso obiettivi percepibili dall'adolescente come altrettanto, o addirittura più coraggiosi ed emozionanti di quelli trasgressivi. Questi ultimi andrebbero "sviliti" più che demonizzati: evidenziarne i rischi, infatti, non sembra un deterrente sufficiente considerato che i giovani adolescenti vivono spesso le trasgressioni come "prove di coraggio" che testimoniano il loro ingresso nella dimensione adulta.

Infine, va assolutamente evitata l'attribuzione dello "stigma" di tossicodipendente nei confronti di adolescenti che hanno sperimentato un contatto occasionale con le droghe al fine di evitare di favorire il verificarsi di una "profezia che si auto-avvera". La frequente confusione esistente tra i non addetti ai lavori fra uso, abuso e dipendenza potrebbe infatti portare un genitore, in buona fede, a ritenere che il proprio figlio, se ha fumato uno spinello, sia un tossicodipendente. Questa convinzione, per quanto sbagliata, potrebbe però influenzare l'atteggiamento che il ragazzo adotterà successivamente, assumendo un comportamento coerente con l'immagine che i genitori hanno di lui, a prescindere dal fatto che tale immagine sia vera o no. Per contro, però, i genitori devono evitare atteggiamenti di tolleranza e sottovalutazione del problema perché se è pur vero che "uno spinello non rende automaticamente tossicodipendente", è altrettanto vero che se il giovane consumatore fosse una persona vulnerabile, quello stesso spinello potrebbe essere lo stimolo iniziale per un percorso verso la tossicodipendenza. È quindi da evitare l'atteggiamento tollerante e/o normalizzante dell'uso di sostanze che spesso viene sostenuto e giustificato dal ragazzo minorenne con la frase "lo fanno tutti", "stai esagerando il problema", "non c'è niente di male se ci divertiamo un po' nel fine settimana con qualche spinello". La raccomandazione per i genitori è quella di non accettare tali giustificazioni ribadendo ed esplicitando chiaramente la loro posizione contro l'uso, anche occasionale, di sostanze stupefacenti da parte del figlio e facendogli capire, oltre alle possibili conseguenze negative che spesso

Precauzioni sulle modalità di relazione

vengono sottovalutate, che non è vero che “così fan tutti” perché la maggioranza dei ragazzi coetanei non usa droghe e che, in realtà, chi ne fa uso è un “falso eroe” che espone se stesso e gli altri a rischi e danni non accettabili.

Esperienze pratiche hanno mostrato che il drug test, se ben proposto e ben gestito, può aiutare a diminuire queste tensioni riuscendo, da un lato, a ridurre ansia e preoccupazione nei genitori, dall'altro ad indurli a “concedere” al proprio figlio minore una maggior libertà di movimento, purché condizionata dall'accettazione di alcune regole. È impensabile, infatti, che il figlio scoperto positivo alle droghe (con uso occasionale ed in assenza di dipendenza) possa essere costantemente rinchiuso e controllato a vista presso il domicilio dei propri genitori. Pertanto, nei casi in cui le condizioni e le caratteristiche dei genitori e del ragazzo lo consentano, sarà possibile ricorrere all'affidamento dei drug test rapidi ai genitori. Tale affidamento dovrà essere preceduto, però, da uno o più incontri con uno specialista che insegnerà ai genitori il corretto uso del drug test e le modalità più efficaci per negoziare con il figlio la disponibilità a sottoporsi al test.

Affidamento del drug test

La disponibilità del ragazzo a sottoporsi ai controlli dei genitori sarà accompagnata dalla possibilità per il giovane di uscire durante il tempo libero, di frequentare i propri amici, di rientrare ad orari stabiliti e compatibili con i ritmi e le scelte genitoriali. Va chiarito e debitamente discusso con il ragazzo che questa modalità, già sperimentata con successo con altri prima di lui, porterà a ridurre le ansie e le sofferenze dei propri genitori ma, soprattutto, a degli indubbi benefici in termini di riduzione della pressione di controllo. Ogni qualvolta, però, il genitore abbia il dubbio che ci sia stata un'assunzione di sostanze da parte del figlio, egli potrà richiedere al giovane di sottoporsi al test. In caso di rifiuto o di positività, verranno meno i presupposti di “libertà condizionata”, cioè una sorta di “messa alla prova della fiducia”, che si erano instaurati per contenere e ridurre l'ansia e la preoccupazione dei genitori, da un lato, e per arginare il disagio del figlio derivante dall'ipercontrollo e dall'isolamento dei propri pari, dall'altro. Nella maggior parte dei casi, questa modalità di gestione delle situazioni, opportunamente supportata da personale esperto in ambito psico-educativo, ha risolto situazioni di conflittualità tra genitori e figlio arrivando in pochi mesi alla soluzione del problema e a rasserenare il clima familiare. Va segnalato che la reazione dei ragazzi a questa modalità di controllo caratterizzata da una “libertà condizionata” è stata, generalmente, di positiva accettazione, contrariamente a quanto ci si possa aspettare. Rimane indubbio che, qualora sopraggiungano dubbi o difficoltà circa la gestione del drug test presso il proprio domicilio o relativamente la gestione del rapporto con il proprio figlio, è sempre consigliato il ricorso al personale sanitario competente che ha seguito il caso fin dall'inizio.

Una libertà “condizionata”

TRACCIA PER POSSIBILI ORIENTAMENTI AI GENITORI IN SEGUITO AD ESITO POSITIVO DEL TEST DEL FIGLIO MINORENNE (Tab. 1a)

Libertà di movimento	Gestione del denaro	Gruppo di amici	Divertimenti	Affettività e attività sessuale regole	Controlli di assunzione di sostanze	Orari di entrata e uscita
<p>Si condizionato da:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ rispetto dei doveri ▪ degli orari ▪ con chi è ▪ dove ▪ per fare cosa ▪ mezzo di trasporto ▪ possibile accertamento con test al ritorno 	<p>Somme assegnate per soddisfare necessità personali (bisogni secondari) differenziate per fasce d'età (fabbrico settimanale in pre-adolescenza e mensile in adolescenza)</p> <p>Gestione delle entrate fornite da altri parenti tramite i genitori;</p> <p>Gestione delle somme autoguardagnate con lavori saltuari controllata dai genitori ;</p> <p>Spese preventive con i genitori;</p> <p>Conservazione ed accesso al denaro mediato dai genitori.</p>	<p>Frequenzazione consigliata di coetanei;</p> <p>Meglio se gli amici sono conosciuti dai genitori;</p> <p>Favorire l'accesso degli amici a casa e favorire la conoscenza reciproca;</p> <p>Favorire le relazioni amicali all'interno degli ambienti del tempo libero e scolastico frequentati dai figli.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Selezione dei luoghi di ritrovo (discoteche, locali notturni, ecc.); <p>Proposta di forme di divertimenti con la partecipazione di educatori per incentivare la relazione, la creatività, l'attività fisica, il teatro, ecc.</p>	<p>Riconoscimento ed interpretazione delle emozioni, dei rituali di relazione e dei gesti;</p> <p>Verificare le informazioni di educazione sessuale;</p> <p>Controllo dell'accesso alla pornografia, ai rapporti sessuali di coppia :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ rapporti protetti; ▪ rapporti all'interno di una situazione affettiva e di rispetto reciproco; ▪ il più tardi possibile; ▪ consapevolezza; ▪ saper dire di no o di sì al momento giusto. 	<p>Casuali/random - minimo ogni 3 o 4 mesi;</p> <p>Gestiti in ambito sanitario sempre con counselling e consenso informato dell'interventato;</p> <p>Finalità diagnosi precoce per ridurre mortalità e invalidità (temporanea e/o permanente).</p>	<p>Buona norma del rientro;</p> <p>Orari prefissati secondo l'età – consigliati ma variabili in base alle caratteristiche del ragazzo e dell'ambiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 13-14: pomeriggio ▪ serale 22.30; ▪ 15-17 anni 22.30-24.00; ▪ 18 anni 24.00-0.30 <p>Uscita "gestita" in collaborazione anche con altri genitori.</p>

TRACCIA PER POSSIBILI ORIENTAMENTI AI GENITORI IN SEGUITO AD ESITO POSITIVO DEL TEST DEL FIGLIO MINORENNE (Tab. 1b)

Limitazioni	Uso di sostanze	Rapporti con altri genitori	Compiti Doveri	Sincerità Onestà	Rispetto	Vigilanza e controllo
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Libertà di movimento; ▪ Uso del cellulare; Uso della play station; ▪ Libertà nel tempo libero; Accesso a discoteche dove è risaputo esserci pericolo di vendita/ consumo di droghe e alcol. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alcol: NO se <18 anni; Tabacco:NO Droghe: NO Farmaci: solo su prescrizione medica 	<p>Avvisare del rischio;</p> <p>Rompere l'omertà;</p> <p>Relazione diretta (formazione/ sostegno sulle possibili reazioni degli altri adulti);</p> <p>Ricordare responsabilità penali per mancato controllo;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Comunicazione differita tramite operatori sanitari (vedi parents' notification) 	<p>Rispetto orario scolastico;</p> <p>Rendimento sufficiente;</p> <p>Collaborazione ai compiti domestici;</p> <p>Ordine e pulizia della propria stanza;</p> <p>Cura di sé (mantenimento/regolarità del ciclo sveglia-sonno, mangiare correttamente e nel rispetto degli orari e dei rituali famigliari)</p>	<p>Esplicitare che la sincerità e l'onestà sono i valori che stanno alla base del rapporto genitori – figli;</p> <p>Va ricordato al figlio l'importanza di non compromettere la propria credibilità e il rapporto di fiducia: "i problemi vanno esplicitati ed affrontati, non trasformati in bugie"</p>	<p>"se vuoi rispetto dai rispetto";</p> <p>L'essere leali è la prima forma di rispetto;</p> <p>La mancanza di rispetto verso i fratelli o i genitori non può essere tollerata;</p> <p>Il rispetto va mantenuto e preteso anche nelle parole e nel linguaggio utilizzato: non è solo una questione semantica;</p> <p>I genitori devono essere i primi a rispettare i propri figli mostrando interesse e attenzione ai loro problemi (reciprocità).</p>	<p>Accompagnamento del figlio nei luoghi di divertimento e sportivi;</p> <p>Selezionare attentamente i luoghi del divertimento;</p> <p>Conoscere gli amici e le frequentazioni dei figli minori.</p>

2. Allerta precoce e responsabilizzazione dei genitori

A. Programmi di allerta genitoriale

Come principio generale, è necessario attivare specifici programmi in ambito preventivo-sanitario in grado di allertare precocemente i genitori i cui figli minorenni vengono trovati in condizioni o situazioni suggestive o ancora meglio oggettive di “rischio di consumo di droga” e quindi del rischio di invalidità, evoluzione verso la dipendenza (se non già in atto) e di morte per overdose o incidentalità droga-correlata. Tra queste situazioni si possono indicare, ad esempio: l’essere coinvolti in incidenti stradali, l’essere in compagnia di soggetti fermati per detenzione di sostanze psicoattive o, semplicemente, l’essere indicati come partecipanti ai rituali di assunzione da altri coetanei o amici risultati positivi al test antidroga.

Rimane indubbio il fatto che informazioni di questo tipo devono essere trattate in ambito sanitario e devono sempre verificate con attenzione e vanno trattate con estrema cautela prima di procedere con qualsiasi tipo di azione. Pertanto, verificate le informazioni, l’allerta indirizzata ai genitori, e la relativa responsabilizzazione di questi ultimi, dovranno avvenire mediante avviso formale e riservato, con un approccio di counseling per la famiglia, connotato dal rispetto della privacy del minore e dei genitori. La finalità di questa azione deve essere preventiva e non repressiva, e va mantenuta, quindi, all’interno dell’area sanitaria ed educativa e non dell’area legale. Inoltre, è opportuno che i genitori abbiano un unico interlocutore in modo da avere sempre chiaro a chi si possono rivolgere e da creare stabili relazioni di fiducia che possono contribuire a gestire al meglio la situazione.

È utile ricordare che il diritto alla privacy della persona minorenne utilizzatrice di sostanze psicoattive non può essere applicato nei confronti dei genitori, per i quali esiste, invece, un diritto ad essere informati ed un corrispondente dovere, da parte degli adulti educatori formalmente investiti di tale ruolo, di farlo.

Va ricordato che la segnalazione ai genitori, prevista in ambito sanitario, deve rispettare il principio di cautela in merito al fatto che è necessario costruire preventivamente un contesto di comunicazione che permetta di evitare reazioni sproporzionate e inidonee da parte dei genitori relativamente al problema. Andrà quindi eseguita una valutazione preliminare non tanto sul “se comunicare” al genitore il problema, bensì sul “come comunicarlo”, al fine di rendere tale comunicazione effettivamente tutelante per l’integrità psicofisica e sociale del ragazzo in relazione ad un suo possibile uso di droghe o alcol. La questione è estremamente delicata e complessa. Pertanto, l’indicazione generale è quella di valutare caso per caso le varie situazioni famigliari, così da evitare una “caccia alle streghe” e, nel contempo, evitare la sottovalutazione di un rischio. Particolare attenzione dovrebbe essere prestata da parte degli insegnanti ai comportamenti degli studenti soprattutto durante le gite scolastiche, dove l’abuso di alcol, o l’uso di sostanze psicoattive, possono essere frequenti.

Nel caso in cui i fatti riguardino famiglie o genitori problematici che potrebbero avere una reazione negativa e non produttiva dal punto di vista educativo nei confronti del figlio, gli operatori dovranno prendere in considerazione la possibilità di operare tale segnalazioni con il supporto e la mediazione professionale di esperti dei Consultori famigliari o dei SerT. Nel caso estremo in cui i genitori del minore fossero individuati

**Allerta e
responsabilizzazione
dei genitori**

**Il principio di
cautela**

come fonte di rischio reale per la sua integrità psico-fisica, sarà necessario valutare l'opportunità di segnalare tali condizioni alle autorità giudiziarie competenti per la tutela dei minori. In ogni caso, sono da evitare e da biasimare comportamenti ed atteggiamenti degli operatori che evitino o ritardino in modo ingiustificato la presa in carico del problema.

B. Comunicazione genitoriale anonima

Un auspicabile nuovo modello di comunicazione per i genitori, finalizzato alla rottura delle "reti solidaristiche negative" che spesso gli adolescenti consumatori di sostanze attuano tra loro verso genitori e adulti, utilizzando l'omertà e la menzogna come meccanismi di difesa dei propri comportamenti o di quelli del gruppo, è la comunicazione genitoriale anonima, "Anonymous Parents' Notification".

Questo tipo di metodica comunicativa viene condotta esclusivamente da operatori sanitari nei confronti di quei genitori ancora inconsapevoli dei problemi in cui possono essere stati coinvolti i propri figli, mettendoli al corrente del rischio sanitario che essi stanno correndo.

Il personale sanitario che viene a conoscenza da parte di alcuni genitori che si sono accorti del problema nei loro figli, dell'esistenza di un gruppo di adolescenti che fa uso di droghe, dovrà porsi l'obiettivo di allertare tempestivamente anche i genitori degli altri giovani del gruppo in maniera molto riservata e personalizzata. Anche in questo caso, il principio di cautela è fondamentale ma andrà applicato in relazione a "come" contattare i genitori e comunicare loro la situazione, non essendo in discussione il "se" contattarli. Il contatto dei genitori, quindi, potrà e dovrà avvenire in relazione ad eventuali situazioni di rischio sanitario (sviluppo di dipendenza, overdose, aumento della probabilità di incidentalità, infezioni, ecc.) che possono riguardare non direttamente il proprio figlio ma il suo gruppo di amici.

L'Anonymous Parents' Notification si basa su attività sanitarie che devono essere scientificamente orientate, costantemente controllate nella loro efficacia e che richiedono conoscenza, abilità e preparazione specifica ed accreditata da parte degli operatori sanitari e deve essere effettuata rispettando la normativa di riferimento. Essa potrà essere incentivata e sostenuta direttamente dai medici o dagli psicologi che possono in prima persona, sostituendosi ai genitori segnalanti, contattare gli altri genitori ancora ignari dell'uso di droga all'interno del gruppo di amici del figlio, sulla base delle informazioni ottenute dal minore risultato positivo ai controlli e dalla sua famiglia.

Dal punto di vista giuridico solo il medico potrebbe informare il genitore ignaro. Si ricorda, infatti, l'esistenza dell'art. 40, Il comma, del Codice Penale secondo cui "non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire equivale a cagionarlo". A tale proposito, si ricorda che recenti sentenze della cassazione hanno evidenziato l'esistenza del reato di maltrattamento, reato ex art. 572 cp (Maltrattamenti in famiglia o verso fanciulli) in quanto l'illecito può essere integrato anche da condotte consapevolmente perturbatrici dell'equilibrio e dell'evoluzione psichica di un minore.

Si ricorda, comunque, che la segnalazione "non veritiera" e/o basata solo sul sospetto potrebbe dare origine a delle ripercussioni legali a carico del segnalante, ma nel contempo va fatta una riflessione sulle possibili conseguenze che una non

**"Anonymous
Parents'
Notification"**

**Attività
scientificamente
orientata**

comunicazione potrebbe avere. In altre parole, è necessario porsi il quesito se il timore di una reazione negativa da parte di chi riceve una comunicazione di questo tipo possa giustificare e mantenere il silenzio rispetto a possibili ed importanti condizioni di rischio sanitario di un minore.

Al fine di informare i genitori i cui figli potrebbero fare uso di droghe, l'Anonymous Parents' Notification può avvenire attraverso diverse modalità, a seconda del contesto, delle circostanze e dei soggetti coinvolti. L'operatore sanitario offrirà, quindi, la sua collaborazione e disponibilità per procedere alla comunicazione nella maniera più adeguata. I genitori dei soggetti risultati positivi possono anche scegliere di provvedere personalmente, senza l'aiuto ed il controllo dell'operatore, ad informare gli altri genitori, o di non informarli, assumendosene in pieno le responsabilità morali e giuridiche. In quest'ultimo caso, l'operatore dovrà prodigarsi con una intensa attività di counseling, al fine di far riflettere i genitori sulla scelta migliore da farsi.

Le procedure di Anonymous Parents' Notification devono essere offerte senza pregiudizi, in maniera appropriata, sensibile e culturalmente adeguate ai soggetti cui si rivolgono. La presenza di etnie diverse nei vari Paesi (sia autoctone che di immigrazione) dovrà essere attentamente valutata dall'operatore e trattata con soluzioni procedurali rispettose anche delle singole tradizioni e culture originarie.

Tutto questo dovrebbe avvenire garantendo comunque l'anonimato della fonte che ne ha fornito i nominativi. Tutta la documentazione relativa allo svolgimento delle procedure dovrà essere elaborata in modo da non consentire in alcun modo la schedatura o la creazione di archivi nominativi, in grado di permettere l'identificazione del paziente, dando quindi origine a possibili discriminazioni o azioni emarginanti anche nei confronti dei soggetti contattati.

Tutti i dati riferibili all'identità dei genitori contattati e dei loro figli dovranno essere conservati solo temporaneamente e con opportune forme di archiviazione protetta, con possibilità di accesso riservato esclusivamente al medico o all'operatore sanitario specializzato che, materialmente, effettua il contatto. L'uso di tali dati deve essere tassativamente finalizzato alle azioni di Anonymous Parents' Notification, nell'interesse dei giovani interessati dal rischio droga e dei loro genitori, che, una volta avvisati del rischio, potranno scegliere liberamente la migliore azione da intraprendere.

Pertanto, il compito dell'operatore è quello di "rintracciare e rendere tempestivamente edotti genitori ignari del possibile rischio droga e di patologie correlate che i loro figli potrebbero correre", lasciando poi alla loro libera scelta, ma offrendo contestualmente il proprio aiuto, le azioni conseguenti. Al termine dell'attività, i dati identificativi dei genitori contattati dovranno essere eliminati.

Occorre premettere che la decisione se attivare o meno le procedure di Anonymous Parents' Notification, può essere influenzata anche dalla reale possibilità di identificare e raggiungere gli altri genitori e/o i loro figli che potrebbero fare uso di droghe. In altre parole, se il contatto è raggiungibile ed informabile si potrà iniziare la procedura con la raccolta dei nominativi ma, se non vi è possibilità di reperimento, non si dovrà neppure iniziare la raccolta dei dati, evitando così stesure di liste nominative ed archivi che potrebbero essere utilizzati in modo incongruo.

Modalità per la comunicazione

Anonimato

La finalità del contatto genitoriale è, pertanto, quella di attivare allerte informative precoci che potrebbero risultare molto efficaci nell'identificazione di situazioni di rischio in cui il proprio figlio potrebbe trovarsi mantenendo, però, anonima la fonte informativa e gestendo con particolare attenzione le reazioni secondarie che potrebbero svilupparsi in ambito familiare in seguito all'avviso di allerta. È necessario, infatti, garantire counseling e sostegno psicologico a tutti i genitori che scelgono di segnalare direttamente ad altri genitori la situazione di rischio d'uso di sostanze che potrebbe caratterizzare il loro figlio. Le attività di counseling e di sostegno psicologico possono, infatti, ridurre le conseguenze non volute, o inattese, della notificazione. Il servizio di counseling va inoltre offerto ai genitori contattati per sostenerli al momento dell'apprendimento delle delicate informazioni che potrebbero riguardare il loro figlio e per meglio consigliarli sulle azioni da intraprendere per affrontare la situazione nel modo migliore.

Counseling

Dall'osservazione clinica preliminare, è da segnalare che non si sono ravvisate condizioni e situazioni particolarmente problematiche derivanti da questo tipo di pratica. In particolare, le reazioni prevalenti sono:

Reazioni dei genitori contattati

- Tipo 1: i genitori restano stupiti della comunicazione e dichiarano di non aver mai sospettato l'uso di sostanze da parte del figlio. Tuttavia, riconoscendo l'autorevolezza della fonte (medico o psicologo della struttura pubblica), prendono seriamente in considerazione l'allerta fornita e richiedono aiuto nella gestione del problema;
- Tipo 2: i genitori non restano particolarmente stupiti, essendo già al corrente dell'uso di sostanze da parte del figlio. In questo caso, vi sono due sottospecie di reazione. La prima è quella di minimizzazione dell'accaduto dimostrando una certa tolleranza verso il comportamento del figlio che non considerano particolarmente a rischio o pericoloso. La seconda è quella di manifestare il loro senso di impotenza nell'affrontare il problema e, di conseguenza, richiedono aiuto per affrontarlo.
- Tipo 3: la reazione meno frequente è quella di negazione irritata del problema, a volte anche molto infastidita nei confronti del sanitario portatore della comunicazione, con ostinata richiesta di conoscere la fonte di informazione primaria e dichiarazione dell'assoluta estraneità dei fatti del figlio. In questo caso, l'operatore si deve limitare a fornire l'informazione di allerta e concludere, così, l'intervento.
- Tipo 4: una totale assenza di reazione con un apparente disinteresse alla questione. Tali reazioni spesso possono essere in relazione anche al fatto che alcuni genitori utilizzano a loro volta sostanze stupefacenti e, talvolta, sono implicati anche nel traffico e nello spaccio delle stesse.

In ogni caso, il compito del sanitario è quello di portare una corretta e tempestiva informazione ai genitori al fine di metterli nelle migliori condizioni possibili per poter esercitare la loro responsabilità a pieno nei confronti della tutela e della salute del figlio.

Al fine di garantire una buona qualità delle prestazioni, tutti i servizi eroganti procedure di Anonymous Parents' Notification dovranno essere accreditati ex-ante da un ente superiore, in grado di selezionare esclusivamente organizzazioni capaci di assicurare permanentemente le caratteristiche qui elencate. Inoltre, i responsabili dei programmi di Anonymous Parents' Notification devono costantemente raccogliere i dati sui servizi erogati ed utilizzarli per valutare e migliorare l'efficienza, l'efficacia, l'economicità e la qualità dei programmi stessi. Nel fare ciò, dovrà essere costantemente valutata anche la soddisfazione del cliente (genitori "segnalanti" e "segnalati" ed eventuali ragazzi minorenni testati), soprattutto relativamente al grado di mantenimento della privacy, dei trattamenti ricevuti ed il loro giudizio relativamente al grado di utilità dell'informativa ricevuta e la validità del metodo utilizzato per la comunicazione. Il livello di soddisfazione del cliente sarà utilizzato come criterio per la riconferma dell'accredimento.

Accreditamento dei servizi

C. Terapia familiare

Il coinvolgimento dei genitori potrà avvenire anche attraverso forme di terapia familiare cui affiancare le consuete terapie cognitivo - comportamentali individuali. La terapia familiare per i giovani con problemi di consumo di droghe è una terapia centrata su una visione olistica della famiglia, e agisce contemporaneamente su quattro aree.

Comunicazione tra genitori e figli

La prima è quella del giovane che viene stimolato a comunicare con i propri genitori, a sviluppare abilità di problem solving e di regolazione delle proprie emozioni, a migliorare il proprio rendimento scolastico e ad intraprendere attività alternative all'uso di sostanze.

La seconda area in cui agisce la terapia riguarda i genitori ed è volta ad aumentare il coinvolgimento comportamentale ed emotivo con i propri figli e a migliorare le loro capacità genitoriali.

L'area dell'interazione riguarda la riduzione dei conflitti familiari e il rafforzamento dell'attaccamento emotivo e delle capacità comunicative e di problem solving.

La terapia in ambito extrafamiliare, infine, promuove le abilità dei genitori e del giovane all'interno del più ampio sistema sociale cui il giovane stesso partecipa (es. scuola, attività ricreative, ecc.).

Studi recenti hanno mostrato l'efficacia di questo tipo di terapia in termini di riduzione del consumo di sostanze nel soggetto e di mantenimento nel tempo di comportamenti drug free. Ciò mostra che le terapie che coinvolgono la famiglia e che si focalizzano sul cambiamento dell'ambiente familiare e sulle pratiche genitoriali conducono ad un significativo miglioramento nei problemi droga-correlati nei giovani.