



# IL DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE

**Linee di indirizzo e orientamenti organizzativi  
per l'integrazione dell'offerta e dei servizi**





# Il Dipartimento delle Dipendenze

Linee di indirizzo e orientamenti organizzativi  
per l'integrazione dell'offerta e dei servizi

## Il Dipartimento delle Dipendenze

Linee di indirizzo e orientamenti organizzativi  
per l'integrazione dell'offerta e dei servizi

1 Novembre, 2011

Per informazioni o richieste del volume:

Dipartimento Politiche Antidroga  
Presidenza del Consiglio dei Ministri  
Via Po, 16/a - 00198 Roma  
E-mail: [dipartimentoantidroga@governo.it](mailto:dipartimentoantidroga@governo.it)  
Tel. 06 67793666 Fax 06 67796452

Visita i nostri portali:

[www.politicheantidroga.it](http://www.politicheantidroga.it)  
[www.drugfreedu.org](http://www.drugfreedu.org)  
<http://alcol.dronet.org>  
[www.drugsonstreet.it](http://www.drugsonstreet.it)  
[www.dpascientificcommunity.it](http://www.dpascientificcommunity.it)

[www.dronet.org](http://www.dronet.org)  
[www.droganograzie.it](http://www.droganograzie.it)  
[www.allertadroga.it](http://www.allertadroga.it)  
[www.dreamonshow.it](http://www.dreamonshow.it)  
[www.italianjournalonaddiction.it](http://www.italianjournalonaddiction.it)

[www.droganews.it](http://www.droganews.it)  
<http://cocaina.dronet.org>  
[www.neuroscienzedipendenze.it](http://www.neuroscienzedipendenze.it)  
[www.drogaedu.it](http://www.drogaedu.it)

Pubblicazione no profit e non sponsorizzata - Vietata la vendita

Copertina a cura di:  
*Riccardo De Conciliis*

Progetto grafico e impaginazione a cura di:  
*Alessandra Gaioni*

## Dipartimento Politiche Antidroga Presidenza del Consiglio dei Ministri

[Giovanni Serpelloni](#) - Capo Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri

[Elisabetta Simeoni](#) - Direzione tecnico-scientifica, Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri

[Luciana Saccone](#) - Direzione amministrativa, Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri

### A cura di

[Giovanni Serpelloni](#) - Capo Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri

[Roberto Mollica](#) - Osservatorio Nazionale, Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri

[Claudia Rimondo](#) - Consulta Nazionale degli Esperti e degli Operatori per le Tossicodipendenze

### Contributi (in ordine alfabetico)

[Gianmaria Battaglia](#) - SDA Bocconi, School of Management, Presidente ComunItalia

[Oliviero Bosco](#) - Consulta Nazionale degli Esperti e degli Operatori per le Tossicodipendenze

[Giampaolo Brunetto](#) - Dipartimento delle Dipendenze, Azienda ULSS 20 Verona

[Bruno Genetti](#) - Consulta Nazionale degli Esperti e degli Operatori per le Tossicodipendenze

[Maurizio Gomma](#) - Consulta Nazionale degli Esperti e degli Operatori per le Tossicodipendenze

[Emanuele Scafato](#) - Istituto Superiore di Sanità

[Luciano Squillaci](#) - Federazione Italiana Comunità Terapeutiche

[Francesco Zavattaro](#) - ASL 2 Lanciano Vasto Chieti

### Revisione editoriale

[Gianluca Amico](#), [Ilaria Bulla](#), [Claudia Burgarella](#), [Roberta De Liso](#), [Francesca Marazzi](#), [Sally Stoppa](#)



# INDICE

|  |     |
|--|-----|
| Presentazione  | i   |
| Prefazione e introduzione al tema  | iii |
| <br>   |     |
| 1. Premesse  | 15  |
| 1.1 La tossicodipendenza è una malattia prevenibile, curabile e guaribile  | 15  |
| 1.2 La necessità di un approccio integrato verso droghe, alcol, tabacco, farmaci non prescritti, comportamenti compulsivi (es. <i>gambling</i> patologico) | 16  |
| 1.3 Necessità di un nuovo assetto organizzativo per i Dipartimenti delle Dipendenze  | 16  |
| 1.4 Il dipartimento integrato: una necessità indifferibile   | 18  |
| 1.5 Dipartimenti delle Dipendenze e Dipartimenti di Salute Mentale   | 18  |
| 1.6 Dipartimento delle Dipendenze come nodo centrale territoriale  | 19  |
| 1.7 Le neuroscienze come nuova lente attraverso cui guardare alla dipendenza   | 20  |
| <br>   |     |
| 2. Alcune definizioni  | 23  |
| 2.1 Il concetto di “sistema” preventivo, assistenziale e riabilitativo   | 23  |
| 2.2 La definizione di “Dipartimento”   | 23  |
| 2.3 Il concetto di “organizzazione integrata”  | 24  |
| 2.4 Il concetto di “continuità assistenziale”  | 25  |
| 2.5 La logica incrementale degli interventi  | 26  |
| 2.6 Il concetto di “flessibilità e riadattamento organizzativo”  | 26  |
| <br>   |     |
| 3. Principi per la definizione dei Dipartimenti  | 29  |
| 3.1 Obiettivi del Dipartimento per le Dipendenze   | 29  |
| 3.2 I livelli di intervento  | 30  |
| 3.2.1 Il primo livello (bassa soglia)  | 30  |
| 3.2.2 Il secondo livello (media soglia)  | 31  |
| 3.2.3 Il terzo livello (alta soglia)   | 31  |
| 3.2.4 Il quarto livello  | 31  |
| 3.3 Differenziazione degli ambienti e degli interventi in base a sesso ed età  | 32  |
| <br>   |     |
| 4. Requisiti generali dei Dipartimenti delle Dipendenze  | 33  |
| 4.1 Assetto organizzativo generale   | 33  |
| 4.2 Utenza   | 34  |
| 4.3 Tipo di dipendenze da affrontare   | 35  |
| 4.4 Ambienti di attività   | 35  |
| 4.5 Unità operative  | 36  |
| 4.6 Organi di funzionamento interno ed esterno:  | 37  |
| 4.6.1 Il comitato operativo (nucleo ristretto) di dipartimento   | 37  |
| 4.6.2 Il comitato allargato  | 37  |
| 4.6.3 Responsabili delle unità operative complesse   | 38  |
| 4.6.4 Il direttore di dipartimento   | 38  |
| 4.6.5 Il Gruppo Territoriale di Reinserimento  | 39  |

|   |     |
|---|-----|
| 4.7 Integrazione organizzativa interna, aziendale e territoriale  | 40  |
| 4.8 Accreditamento e mantenimento nel tempo degli standard di funzionamento   | 41  |
| 5. Orientamento delle attività offerte  | 43  |
| 5.1 Prevenzione   | 44  |
| 5.1.1 Diagnosi precoce ( <i>early detection</i> ) ed interventi precoci ( <i>early intervention</i> ) per l'uso di droghe               | 45  |
| 5.2 Cura della dipendenza   | 46  |
| 5.3 Prevenzione delle patologie correlate   | 47  |
| 5.4 Diagnosi e cura delle patologie correlate   | 48  |
| 5.5 Riabilitazione  | 49  |
| 5.5.1 La Risoluzione ONU sul recupero e reinserimento sociale e lavorativo proposta dal governo italiano e adottata dalle Nazioni Unite | 49  |
| 5.6 Reinserimento sociale e lavorativo  | 50  |
| 5.7 La community sociale "no drugs – be free"   | 50  |
| 5.8 Le attività di progetto nella gestione operativa  | 51  |
| 5.9 Possibile utilizzo della "web clinic" nelle dipendenze  | 51  |
| 6. I processi e le procedure standard   | 55  |
| 6.1 I principali processi e le loro caratteristiche   | 55  |
| 6.2 Integrazione dei processi e continuità assistenziale  | 57  |
| 7. La valutazione degli esiti   | 59  |
| 8. Il reporting standard  | 63  |
| 9. La formazione  | 65  |
| 10. Alcol e problemi e patologie correlate: indirizzi generali per l'organizzazione di base e orientamenti delle offerte                | 67  |
| 10.1 Introduzione   | 67  |
| 10.2 Le evidenze scientifiche   | 68  |
| 10.3 Un modello flessibile  | 69  |
| 10.4 Livelli organizzativi  | 70  |
| 11. Raccomandazioni e conclusioni   | 73  |
| 12. Bibliografia  | 75  |
| Allegati  | 81  |
| A1 - Principi generali per la Vision del Dipartimento delle Dipendenze  | 83  |
| A2 - Public Policy Statement: definizione di addiction  | 99  |
| A3 - Principali dimensioni per la misurazione della qualità degli interventi nei Dipartimenti delle Dipendenze                          | 105 |
| A4 - Checklist indicativa dei criteri di qualità dei Dipartimenti delle Dipendenze  | 107 |
| A5 - Specifiche dei requisiti organizzativi del personale e strutturali dei Servizi Pubblici dei Dipartimenti delle Dipendenze          | 113 |



|  |     |
|--|-----|
| A6 - Dipendenze da sostanze stupefacenti: principi per la definizione di organizzazioni e processi orientati al recupero e alla guarigione della persona tossicodipendente | 115 |
| A7 - Versione italiana della Risoluzione della 54esima Commissione Stupefacenti delle Nazioni Unite, marzo 2011  | 125 |
| A8 - Italian Scientific Community on Addiction   | 131 |



# Presentazione



## Sen. Carlo Giovanardi

*Sottosegretario alla Presidenza del Consiglio  
con delega alle politiche per la famiglia, al contrasto  
delle tossicodipendenze e al servizio civile*

La necessità di avere un'organizzazione efficiente e moderna per fronteggiare efficacemente il problema delle dipendenze è stata sottolineata più volte oltre che nella V Conferenza Nazionale Antidroga di Trieste, anche dalle più importanti organizzazioni europee. Non si poteva quindi trascurare questo importante aspetto che può dare concretezza e operatività alle strategie generali di intervento, così come ben riportate nel Piano di Azione Nazionale (PAN). In questo contesto va inoltre considerata la nuova strategia che da tempo il nostro Dipartimento promuove e cioè che è necessario affrontare, anche in termini organizzativi e in maniera parallela, tutte le dipendenze nel loro complesso: quella da sostanze stupefacenti, da abuso alcolico, da tabacco, da uso di farmaci non prescritti, da gioco d'azzardo e da altri comportamenti compulsivi. Il Dipartimento Politiche Antidroga si è impegnato quindi a predisporre questo importante documento che vuole essere di orientamento metodologico per gli operatori del settore, ferma restando l'autonomia programmatica e organizzativa delle Regioni e Province Autonome.

Lo spirito che pervade il documento è quello di creare una forte integrazione tra i servizi, tra il pubblico e il privato sociale, tra le amministrazioni centrali, regionali e locali, dotandosi di uno strumento organizzativo quale è il Dipartimento delle Dipendenze, che dovrebbe dare risposte integrate e tempestive, sia nell'ambito preventivo, terapeutico e riabilitativo. Il documento sottolinea, oltre che gli aspetti organizzativi, anche la necessità che le moderne strutture che si occupano di dipendenza debbano essere maggiormente orientate da un lato verso la diagnosi precoce per attivare interventi altrettanto precoci, dall'altro, verso il recupero totale della persona tossicodipendente mediante cure appropriate, ma soprattutto mediante lo sviluppo di altrettanti appropriati programmi individuali di riabilitazione.

L'Italia dispone di una rete di servizi e comunità terapeutiche estremamente articolata e ben funzionante che necessita tuttavia di migliorare ancora la propria organizzazione anche acquisendo una maggiore e propria identità e la possibilità di sviluppare nuovi modelli di intervento che puntino soprattutto ad incrementare le azioni di prevenzione, da un lato, e quelle di riabilitazione e reinserimento delle persone tossicodipendenti, dall'altro.

Oltre a questo, vi è la necessità di poter migliorare anche il problema più volte riscontrato della forte eterogeneità che queste strutture spesso hanno tra le varie Regioni italiane. Non vi è dubbio che risposte più coordinate e più organizzate su tutto il territorio nazionale possono dare migliori risultati e fare in modo che gli interventi siano più efficaci, riuscendo quindi a fornire risposte molto più complete e tempestive non solo alle persone tossicodipendenti ma anche alle loro famiglie.

Ci auguriamo che questo ennesimo contributo del Dipartimento Politiche Antidroga possa essere ben accolto dagli operatori del settore e dalle Amministrazioni competenti in quanto siamo convinti che la guerra alla droga si possa vincere solo se tutti insieme riusciremo a trovare una maggiore integrazione, un miglior coordinamento, un visione comune e una forte unità di intenti.



# Prefazione e introduzione al tema

Questo documento è stato scritto in considerazione alla grande necessità, espressa dagli operatori e dalle varie organizzazioni partecipanti, anche in sede di V Conferenza Nazionale Antidroga di Trieste, di poter disporre di precise linee di indirizzo metodologiche nell'ambito dell'organizzazione dei Dipartimenti delle Dipendenze. L'opportunità di omogeneizzare queste strutture su tutto il territorio nazionale è indiscutibile e l'utilità, anche in termini economici e non solo clinici, di poter avere un'organizzazione efficiente e ben strutturata, in grado di coordinare gli interventi territoriali e coordinarsi al proprio interno in maniera razionale e condivisa, assicura anche una maggior efficacia in tutti i campi.

Il Dipartimento Politiche Antidroga ha quindi messo a punto queste linee di indirizzo metodologiche che, nella piena autonomia programmatica ed organizzativa delle Regioni e Province Autonome, vuole essere un punto di riferimento tecnico scientifico a cui ispirarsi per arrivare anche nel nostro paese ad avere un miglioramento del sistema preventivo, assistenziale e riabilitativo nel campo delle varie dipendenze (sostanze stupefacenti, alcol, tabacco, farmaci non prescritti, gambling patologico, ecc.).

Il documento è stato scritto tenendo conto della necessaria flessibilità che è opportuno adottare nel definire e proporre modelli organizzativi che necessariamente devono poter essere adattati alle singole realtà territoriali, ma nel contempo poter definire standard minimi di funzionamento ed organizzazione omogenei su tutto il territorio nazionale. Il modello proposto, infatti, rappresenta un prototipo avanzato e sostenibile di come il moderno Dipartimento delle Dipendenze dovrebbe essere e funzionare, con l'obiettivo anche di integrare sempre di più le organizzazioni del privato sociale accreditato che partecipano all'erogazione di questo importantissimo ed insostituibile servizio sanitario pubblico, oltre a quello di introdurre approcci sempre più basati sulle neuroscienze dell'addiction.

Lo specifico Atto di Intesa Stato Regioni sui Dipartimenti delle Dipendenze, a suo tempo stipulato, è stato per lunghi anni molto spesso disatteso con conseguenze negative sia sull'erogazione dei servizi sia sulla motivazione degli operatori, oltre al fatto che desta forte perplessità e difficoltà nelle relazioni istituzionali il fatto che un accordo, costato non pochi sforzi di concertazione, poi resti disatteso.

Probabilmente una delle cause potrebbe essere stata proprio l'assenza di linee di indirizzo metodologiche specifiche che questa pubblicazione ha intenzione di mettere a disposizione di tutte le organizzazioni che intendano finalmente attuare una politica organizzativa coerente e concreta al fine di portare i Dipartimenti delle Dipendenze ad un grado di autonomia ed efficienza perlomeno adeguato ai sempre maggiori bisogni di assistenza specialistica nel campo delle dipendenze. Il documento pertanto riassume e propone impostazioni ben orientate anche a livello europeo, presentando un modello di dipartimento forte, strutturale, integrato, territorialmente orientato dotato di proprio budget, altamente professionalizzato e ben distinto dai Dipartimenti di Salute Mentale che si ritiene non debbano in alcun modo accorparsi ai Dipartimenti delle Dipendenze.

Come tutte le linee di indirizzo, esse hanno un valore tecnico scientifico ma che potrà essere veramente di aiuto prima di tutto ai nostri pazienti e secondariamente agli operatori, solo se si potranno realizzare nel breve termine condizioni programmatiche ed organizzative che ne prevedano la concreta applicazione e, nel medio-lungo termine, il pieno supporto strategico e gestionale da parte delle Regioni e delle aziende sanitarie.

Giovanni Serpelloni

*Capo Dipartimento Politiche Antidroga  
Presidenza del Consiglio dei Ministri*



# 1 | Premesse

## 1.1 La tossicodipendenza è una malattia prevenibile, curabile e guaribile

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

La tossicodipendenza è una malattia del cervello, complessa e fortemente invalidante, correlata a disturbi comportamentali, rischi infettivi e psichiatrici con gravi conseguenze sociali per l'individuo. La tossicodipendenza è una malattia conseguente all'espressione di un iniziale comportamento volontario di assunzione di sostanze che mette ad alto rischio la salute della persona. Le persone vulnerabili, e cioè portatori di caratteristiche neuro-psico-biologiche e socio ambientali particolari (vedi avanti), hanno una maggior probabilità di sviluppare dipendenza in seguito all'uso di sostanze stupefacenti.

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

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

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

Come tutte le malattie croniche, la dipendenza spesso alterna cicli di ricaduta a periodi di remissione dei sintomi.

Senza un efficace trattamento e un pieno coinvolgimento in attività orientate al recupero (*recovery*), la dipendenza è progressiva e può degenerare in forme di inabilità o alla morte prematura.

La  
tossicodipendenza  
è una malattia

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

La malattia è  
generata da un uso  
iniziale volontario di  
sostanze

Forte difficoltà a  
mantenere lo stato  
di sobrietà

Coinvolti i  
meccanismi  
neurobiologici

Recidivante

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

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

Pertanto, nel nostro Paese tutte le politiche e le strategie sono impostate a riconoscere che l'uso di qualsiasi sostanza stupefacente, anche occasionale, è un comportamento pericoloso e ad alto rischio per la salute, che la tossicodipendenza è una condizione che costituisce, oltre un problema sociale e di sicurezza, anche un serio problema di sanità pubblica che riguarda non solo la salute delle persone dipendenti dalle droghe, ma anche terze persone che possono venire danneggiate dai loro comportamenti a rischio mediante, per esempio, la guida di autoveicoli o lo svolgimento di lavori che comportino rischi per terzi.

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

Il riconoscimento di questi concetti comporta che tutti i sistemi assistenziali e di cura siano orientati a rapportarsi con le persone che usano in maniera occasionale o periodica (ma in assenza di dipendenza) sostanze come soggetti con comportamenti a rischio per la salute con la necessità di interventi precoci per prevenire l'instaurarsi di una dipendenza e sospendere l'uso, e le persone con dipendenza da sostanze come soggetti malati con necessità di cure mediche, psicologiche e supporti sociali facilmente accessibili e mantenibili sia per la dipendenza che per le patologie ad essa correlate. Questi sistemi dovranno essere orientati, oltre che alla cura, anche al recupero e alla guarigione della persona e non solo al "controllo sociale" della malattia.

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

**Approccio integrato su tutte le dipendenze patologiche**

Sempre di più si riconosce la necessità di integrare le politiche e gli interventi (nonché le strutture) relative alle problematiche derivanti dall'uso di droghe, alcol, fumo, farmaci non prescritti e comportamenti compulsivi patologici quali il "gambling patologico". L'approccio globale e integrato verso tutte queste forme di dipendenza comporta una nuova strategia ed organizzazione orientata a fronteggiare sia comportamenti sia (in termini preventivi, terapeutici e riabilitativi) tutte le varie forme di dipendenza che spesso presentano percorsi evolutivi contemporanei. Risulta pertanto fondamentale disporre di organizzazioni specializzate nell'ambito dell'addiction, quali i Dipartimenti delle Dipendenze (distinte da quelle dedicate alla psichiatria), in grado di affrontare congiuntamente tali patologie.

**Indicazioni metodologiche generali**

Queste linee di indirizzo, pertanto, vogliono essere delle indicazioni metodologiche generali per gli operatori del settore sia nell'ambito della programmazione che dell'organizzazione dei servizi.

## **1.3 Necessità di un nuovo assetto organizzativo per i Dipartimenti delle Dipendenze**

**Scarsa realizzazione dei Dipartimenti delle Dipendenze in Italia**

Da anni si discute sulla necessità di dare vita ai Dipartimenti delle Dipendenze. Tuttavia, ancora oggi tali strutture sono state realizzate in pochissime parti d'Italia nonostante l'esistenza di un preciso atto di intesa Stato-Regioni in merito. Oltre a questo, esiste, ove i dipartimenti sono stati costituiti, una varietà di strutture con regole e modalità organizzative diversificate e molto eterogenee che determinano standard diversi sia di procedura assistenziale che di assetto organizzativo.

**Bisogno di fornire indicazioni metodologiche**

Il Dipartimento per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri ritiene che sia necessario fornire chiare indicazioni metodologiche ed organizzative che permettano, per quanto possibile, di arrivare su tutto il territorio italiano a forme dipartimentali quanto più omogenee, efficaci ed efficienti possibili.



A questo fine sono state condotte un'analisi ed un approfondimento dell'organizzazione dei Dipartimenti delle Dipendenze. Sono quindi state messe a punto queste linee di indirizzo che vogliono essere un ausilio pratico e facilmente utilizzabile nella definizione degli assetti organizzativi di base per i dipartimenti. Il tutto con la consapevolezza che la programmazione e l'organizzazione dei servizi sono prerogativa delle Regioni e delle Province Autonome. Tuttavia, questo non preclude a nessuno la possibilità di formulare ipotesi e modelli organizzativi, non vincolanti, che possano essere utilizzati, su libera scelta, per ridefinire, strutturare e migliorare gli attuali Dipartimenti.

**Linee per la  
definizione degli  
assetti organizzativi**

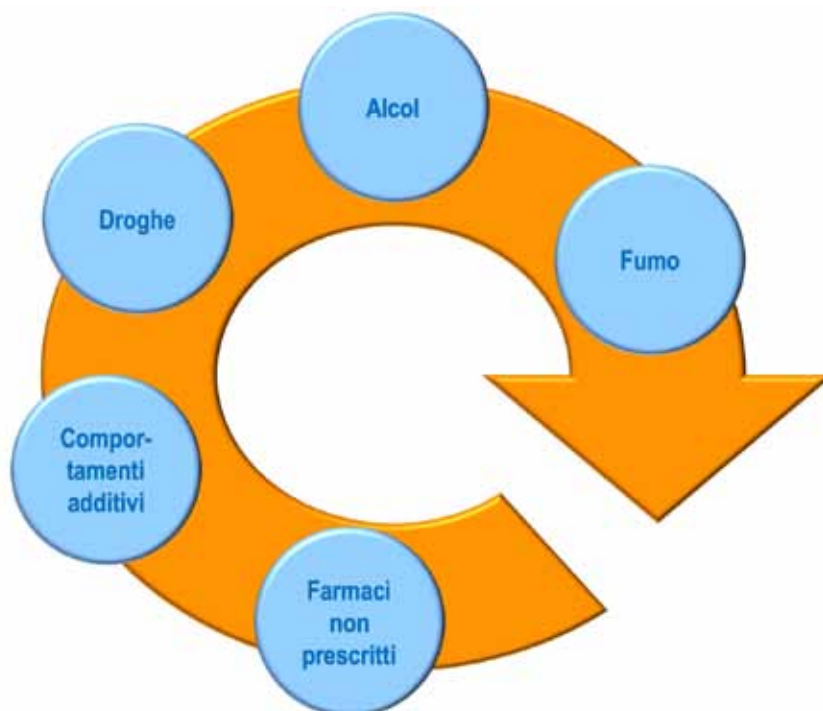
L'approccio che dovrà essere utilizzato sarà quello globale rivolto a tutte le dipendenze, non solamente quello relativo all'uso di droghe e/o di alcol. Esistono e si sono sviluppate negli ultimi anni anche altre forme di dipendenza che è opportuno i dipartimenti prendano in considerazione e trattino al pari delle altre dipendenze. Ci si riferisce alla dipendenza da alcol, nicotina, farmaci non prescritti e comportamenti additivi (gambling, shopping compulsivo, sesso compulsivo, ecc.).

**Approccio globale a  
tutte le dipendenze**

Queste linee di indirizzo, pertanto, vogliono essere delle indicazioni metodologiche generali per gli operatori del settore sia nell'ambito della programmazione che dell'organizzazione dei servizi.

**Indicazioni  
metodologiche generali**

**Figura 1 - Principali tipologie di dipendenze da trattare nei Dipartimenti delle Dipendenze.**



## 1.4 Il dipartimento integrato: una necessità indifferibile

**Necessità di un'organizzazione adatta alle forme di dipendenza e di produrre risposte unitarie**

Il fenomeno delle dipendenze in questi anni è diventato sempre più articolato e complesso e necessita quindi, oltre che di specializzazione, anche di un'organizzazione più adatta alle varie forme di dipendenza (non solo da sostanze) ma anche alla necessità di produrre risposte unitarie sia per il consumo di sostanze stupefacenti, sia per l'abuso alcolico, il tabagismo, l'abuso di farmaci non prescritti e i comportamenti compulsivi. L'attuale organizzazione, infatti, ha generato talvolta risposte non sempre ben coordinate a cui provvedono spesso strutture sia del pubblico che del privato sociale che del volontariato che hanno necessità di essere inserite in un'organizzazione che permetta loro di essere meglio orientate, valorizzate ma nello stesso tempo rese più integrate sia da un punto di vista strategico che da un punto di vista operativo.

**Assetti dipartimentali per garantire interventi omogenei sul territorio**

La necessità di creare e sostenere quindi assetti dipartimentali strutturati, stabili, autonomi e con una propria e precisa identità nasce, oltre che da un bisogno di creare un miglior utilizzo delle risorse umane, finanziarie e tecnologiche anche per la necessità di assicurare interventi omogenei su tutto il territorio che possano garantire continuità assistenziale, l'erogazione omogenea dei LEA, l'adeguatezza dei trattamenti e nel contempo un buon livello di sicurezza di tali terapie. L'articolato sistema attuale a volte sconfinava nell'eterogeneità degli interventi e dei trattamenti con inefficienze sicuramente superabili che dipendono soprattutto dalla mancanza di coordinamento ed organizzazione concreta.

**Dipartimenti per superare la diafrasi tra pubblico-privato**

La creazione dei dipartimenti fortemente integrati porterebbe, inoltre, al superamento dell'annosa diafrasi tra pubblico e privato che ancora oggi esiste e che in realtà non ha senso di essere e che troverebbe soluzioni in questo assetto organizzativo per dare pari dignità a tutte le strutture operanti sul territorio ma in un contemporaneo contesto di pari responsabilità, ovviamente ciascuno secondo le proprie competenze e i propri ruoli istituzionali. Il dipartimento quindi creerebbe delle condizioni strutturali e funzionali quasi "obbligate" al fine di poter e dover programmare insieme gli interventi necessari, sulla base dei bisogni rilevati, nel territorio di competenza.

**Convinzione delle parti sulla creazione di una struttura comune**

Ovviamente questo nuovo corso potrà essere realizzato solo ed esclusivamente se tutte le parti in causa saranno convinte di dover creare una struttura comune realmente operativa e condivisa in grado di superare vecchi schemi e divisioni che purtroppo ancora oggi esistono. A questo proposito, quindi, il giusto intento di integrare e armonizzare tutte le realtà operanti nel settore troverebbe la sua giusta collocazione e realizzazione proprio nel dipartimento delle dipendenze.

## 1.5 Dipartimenti delle Dipendenze e Dipartimenti di Salute Mentale

**Area organizzativa specifica per i DdD**

Nel considerare l'argomento in questione, è necessario chiarire fin da subito che il modello organizzativo qui presentato dei Dipartimenti delle Dipendenze tiene conto di orientamenti, espressi anche a livello europeo, rivolti alla necessità di creare e mantenere un'area organizzativa specifica per questo campo all'interno delle aziende sanitarie. Questo in virtù del fatto che trattasi di una patologia specifica che necessita oltre che di una disciplina tecnico-scientifica *sui generis*, anche di un'organizzazione altrettanto specifica.

**Evitare l'accorpamento tra DdD e DSM**

E' quindi da evitare, in quanto palese errore strategico ed organizzativo, l'accorpamento dei Dipartimenti delle Dipendenze nei Dipartimenti di Salute Mentale con i quali andrà comunque ricercata la collaborazione di una sinergia, ma all'interno di uno sviluppo delle attività nell'ambito dell'addiction sempre più specialistico data l'alta complessità della materia sia da un punto di vista diagnostico, terapeutico, riabilitativo e delle gravose responsabilità derivanti anche a causa degli aspetti medico-legali correlati, sia dal punto di vista degli accertamenti tossicologici, sia dell'attività in carcere, sia nei

tribunali.

Le esperienze di accorpamento tra Dipartimenti delle Dipendenze e Dipartimenti di Salute Mentale fino ad oggi portate avanti in alcuni isolati contesti, hanno dimostrato non solo l'estrema difficoltà di tale scelta organizzativa ma anche le rilevanti problematiche emerse sia nell'ambito della motivazione e del disorientamento del personale, ma soprattutto della perdita di competenze specialistiche acquisite in questi anni.

**Precedenti esperienze hanno dimostrato la problematicità di tale scelta**

La raccomandazione chiara, quindi, è quella di dare seguito a forme organizzative del Dipartimento delle Dipendenze che prevedano una precisa autonomia e quindi responsabilità delle azioni perseguite, con una propria identità tecnico-scientifica e operativa.

**Raccomandate forme organizzative autonome**

## 1.6 Dipartimento delle Dipendenze come nodo centrale territoriale

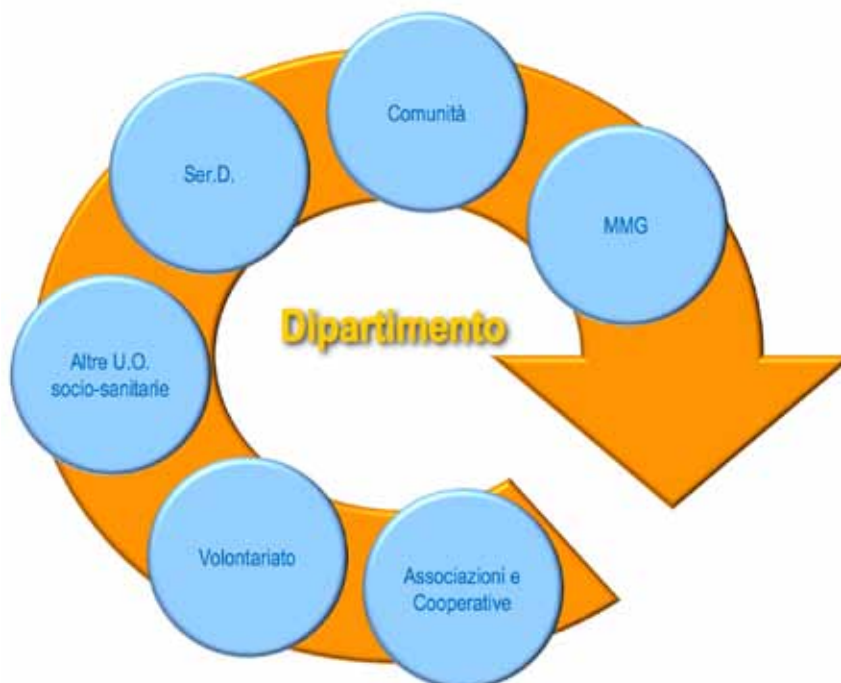
Il Dipartimento delle Dipendenze deve essere considerato come nodo centrale e specialistico della rete territoriale di settore al fine di poter espletare la funzione di coordinamento tra tutte le varie componenti che a vario titolo interagiscono nella promozione e nell'attivazione degli interventi in materia di droga. Il dipartimento, quindi, deve rappresentare il punto di riferimento intra ed extra aziendale per lo sviluppo e il mantenimento sia dei programmi generali di intervento (piani di zona, programmi specifici, ecc.) sia dei progetti soprattutto nell'area preventiva indirizzati ai genitori, agli adolescenti e ai giovani consumatori di sostanze. Il dipartimento diventa quindi risorsa territoriale competente di riferimento sia per gli aspetti sociali, sia sanitari correlati al problema droga con forti finalità di integrazione anche con le attività di contrasto da parte delle autorità competenti al fine di poter integrare e bilanciare le politiche di riduzione della domanda e dell'offerta.

**Funzione di coordinamento tra le varie componenti**

Il dipartimento dovrà ricercare un'integrazione maggiore con il mondo della scuola ma anche con il mondo della società civile e delle proprie associazioni al fine di attuare un intervento quanto più possibile di tipo comunitario ed ambientale, trasversale a tutti i settori delle società che coinvolga in prima persona i cittadini, in particolare le fasce più giovani. I principali settori saranno quelli della comunicazione mediatica e dell'informazione a scopo preventivo e dissuasivo nell'ambito delle dipendenze con programmi permanenti di comunicazione in particolare contro l'uso di tutte le droghe, l'abuso alcolico, il tabagismo, il gambling patologico e l'abuso di farmaci non prescritti.

**Maggiore integrazione con scuola, società civile e associazioni**

Figura 2 - Il dipartimento è una particolare forma organizzativa costituita da unità operative con scopi comuni, tra loro interdipendenti ma autonome.



## 1.7 Le neuroscienze come nuova lente attraverso cui guardare alla dipendenza

### Neuroscienze come base per la corretta comprensione del fenomeno

Le neuroscienze oggi rappresentano il punto centrale per la comprensione futura di come realmente le sostanze stupefacenti influenzano i comportamenti, delle loro conseguenze e dell'impatto che esse possono avere sulla società nel suo complesso. Conoscere le diverse aree e le strutture cerebrali, e soprattutto il loro normale funzionamento e come esso varia sotto l'influsso delle droghe, costituisce la base su cui appoggiare la corretta comprensione del fenomeno e definire le future modalità di intervento.

Lo studio delle neuroscienze ci ha permesso di comprendere come le sostanze stupefacenti siano in grado di alterare le strutture cerebrali con conseguente compromissione della motivazione, dell'apprendimento e della gratificazione, inquadrando molti disturbi e comportamenti che prima di queste ricerche venivano ascritti all'area della "forza di volontà personale e dell'impegno individuale della morale", al cambiamento, senza comprendere le basi neurobiologiche di questi aspetti. Allo stesso modo si è potuto ben definire il danneggiamento del ragionamento sociale e dei processi di decision making in seguito all'uso di droghe. Vari studi di neuroimaging hanno anche mostrato che le disfunzioni del controllo volontario erano in relazione ad alterazioni dell'area prefrontale, aprendo così un nuovo modo di interpretare queste patologie, di diagnosticarle e, probabilmente, di curarle (Volkow N.D. et al, 1997; Volkow et al, 2001; Kaufman J.N. et al, 2003; Serpelloni G. et al, 2008; Ashtari M., 2008; Mata I. et al, 2010; Serpelloni G. et al, 2011;).

### Necessità di una profonda innovazione dei modelli clinico-osservazionali e di intervento

Queste e molte altre evidenze stanno arricchendo le nostre conoscenze portandoci all'interno di un nuovo percorso di crescita professionale che non può più essere ignorato dai Dipartimenti delle Dipendenze. Un'innovazione, questa, che non può più essere affrontata attraverso i vecchi schemi e le obsolete conoscenze che, anche se con molta fatica, serietà ed impegno, gli operatori dei sistemi regionali deputati alla cura dei tossicodipendenti hanno appreso ed approfondito. I sistemi regionali e i

Dipartimenti delle Dipendenze hanno infatti, ormai da anni, la necessità di una profonda innovazione e di ristrutturare i loro modelli clinico-osservazionali e di intervento. La ricerca scientifica, e soprattutto le neuroscienze nell'area delle dipendenze, possono costituire un importante stimolo di riflessione ma anche una nuova chiave di lettura del fenomeno, oltre che la base per poter rivalutare se e come reimpostare i nostri modelli interpretativi, e quindi di risposta, a questa complessa patologia.

Comprendere i meccanismi psico-neurobiologici che stanno alla base di determinati comportamenti di assunzione è il primo passo necessario per un loro corretto inquadramento e per il progetto di cura. La consapevolezza di che cosa succede durante lo scatenamento di un craving e di come il nostro cervello reagisce e quali funzioni esso usa per controllarlo o assecondarlo, non può che far aumentare quel grado di autocoscienza nel paziente e nel terapeuta che serve per cominciare a risolvere il problema partendo da basi di oggettività scientifica e non di sola percezione soggettiva. Un altro grande vantaggio di questo approccio innovativo, infatti, è anche la possibilità di monitorare meglio a livello strutturale e funzionale cerebrale (e non solo comportamentale), l'evoluzione e i risultati dei trattamenti.

Siamo di fronte ad una grande opportunità di conoscenza, fondata su aspetti sicuramente innovativi ma che, proprio per tale motivo, possono creare anche diffidenza e resistenza al cambiamento, soprattutto all'interno di un complesso sistema assistenziale come quello italiano che risente fortemente, sia in termini organizzativi sia nei sistemi in uso per l'allocazione delle risorse, di un approccio ideologico più che scientificamente orientato.

**Resistenza al  
cambiamento e  
approcci ideologici**

Per comprendere quanto sia necessario e utile cambiare la nostra prospettiva di intervento sulla base delle nuove innumerevoli evidenze, è sufficiente prendere in considerazione la ricaduta che queste possono avere sulle politiche di prevenzione mirate agli adolescenti (relativamente all'uso, e non solo l'abuso, di droghe o alcol) derivanti dagli studi sulla maturazione cerebrale e sullo sviluppo, così come può essere oggi visualizzato, anche dai più increduli, con tecniche di risonanza magnetica funzionale. Basti pensare, inoltre, a come, alla luce di questi studi e di altri condotti in ambito psico-comportamentale psichiatrico, non sia accettabile il rischio derivante dal solo "uso non problematico" – se mai potesse esistere un uso non problematico di sostanze stupefacenti nel cervello in sviluppo di un adolescente – di droghe quali la cannabis e le metamfetamine. Da questi studi, infatti, si è potuto evidenziare come importantissime funzioni psichiche, esecutive e sociali, quali la "working memory" (memoria di lavoro), il controllo inibitorio dei comportamenti, la capacità di giudizio e la "social cognition", siano sicuramente relazionate alle strutture corticali e al loro grado e modo di funzionamento fisiologico, rilevando ed evidenziando diverse ed eterogenee forme di espressione ma, soprattutto, la possibilità concreta, reale e ormai ben documentabile, che queste forme di espressione psichica possano essere fortemente interferite e "deviate" anche permanentemente dal loro naturale e fisiologico percorso maturativo dall'uso di sostanze, soprattutto se in giovane età (Bava S. et al, 2009; Serpelloni G. et al, 2010; Asato M.R. et al, 2010; White T. et al, 2010; Serpelloni G. et al, 2011;).

**L'impatto delle  
neuroscienze sulla  
prevenzione e sulla  
cura della persona**

Per quanto riguarda gli aspetti relativi alla cura e alla terapia dell'addiction, queste nuove frontiere della conoscenza aprono prospettive ancora più interessanti. Basti guardare alla possibilità di mappare le aree del craving (evidenziandone le posizioni e l'intensità di risposta nei diversi tempi e dopo diversi stimoli) differenziando le persone con un più alto rischio di ricaduta da quelle per cui il rischio è più basso e, contemporaneamente, poter studiare l'influenza della corteccia frontale nel saper controllare tali impulsi.

**Nuove strategie,  
nuovi modi di  
essere, organizzarsi  
e operare**

Alla luce di quanto evidenziato, i Ser.D. e le Comunità terapeutiche non possono più permettersi di operare separatamente e in contesti organizzativi non unitari, con processi terapeutici e riabilitativi che non tengano conto delle evidenze delle neuroscienze. Essi rischiano di essere, da un lato, dei veri e propri generatori di cronicità dove mantenere a volte le persone in uno stato di “quieta disperazione” e, dell’altro, quasi totalmente inadeguati, sia per le improprie modalità diagnostiche che per le obsolete offerte terapeutiche, alle nuove esigenze di cura e riabilitazione. Da parte nostra, pertanto, la soluzione viene vista attraverso l’attivazione di un percorso formativo ed organizzativo basato sulle neuroscienze su cui costruire le nuove strategie e i nuovi modi di essere, organizzarsi e operare, all’interno di un innovativo e ben strutturato Dipartimento delle Dipendenze.

# 2 | Alcune definizioni

## 2.1 Il concetto di “sistema” preventivo, assistenziale e riabilitativo

Al fine di migliorare la qualità dei servizi, è necessario perseguire attività per ridefinire, aggiornare e diffondere una modalità di intervento preventivo, terapeutico e riabilitativo che sia scientificamente e pragmaticamente orientato, con particolare attenzione anche alla prevenzione delle patologie correlate ad alta letalità (overdose e malattie diffuse), alla fase del reinserimento sociale ed alla verifica quantitativa dei risultati.

E' necessario, pertanto, operare promuovendo una logica di “Sistema preventivo-assistenziale, fortemente orientato alla riabilitazione per le dipendenze”. Si tratta di un sistema formato da varie componenti coordinate ed integrate per creare una continuità assistenziale che passi attraverso il primo e precoce contatto, l'offerta di programmi a bassa soglia di accesso, l'inserimento in programmi terapeutici ambulatoriali, l'inserimento in programmi residenziali, l'attivazione di specifici programmi di riabilitazione, reinserimento e prevenzione delle ricadute fin dall'inizio della presa in carico. Questo sistema ha come base organizzativa il Dipartimento delle Dipendenze.

## 2.2 La definizione di “Dipartimento”

Come premessa indispensabile ricordiamo che con il termine “dipartimento” si deve intendere una particolare forma di organizzazione costituita da unità operative che perseguono comuni finalità e sono quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità tecnico-funzionale e gestionale. Si connota quindi con il termine dipartimento una riorganizzazione del sistema assistenziale per le dipendenze finalizzato ad ottenere un'operatività maggiormente coordinata e contemporaneamente decentrata, promossa e perseguita da varie unità operative con proprie responsabilità, funzioni, competenze e diritti/doveri professionali.

**Definizione**

Il Dipartimento ha come finalità generale quella di sviluppare una serie di azioni concertate e coordinate nell'area ad elevata integrazione socio-sanitaria delle dipendenze da sostanze psicoattive e da comportamenti additivi, tendenti a perseguire gli obiettivi della politica socio-sanitaria regionale ed aziendale.

**Finalità**



**Tabella 1 - Caratteristiche e compiti generali del sistema dipartimentale finalizzate ad ottimizzare il livello di efficacia dell'intervento.**

| Ambiti   | Specifiche   |
|--|--|
| <b>Funzioni di coordinamento e direzione</b>                 | Raggruppare le unità operative per ottimizzare le funzioni assistenziali, didattiche, di ricerca e ottimizzare l'uso delle risorse e dei processi assistenziali. Definire e negoziare il budget con la direzione strategica. |
| <b>Finalità preventiva, assistenziali e riabilitativa</b>    | Assistere (tramite le unità operative) e riabilitare le persone che utilizzano sostanze stupefacenti o psicoattive.  |
| <b>Flessibilità dell'organizzazione</b>                      | Flessibilità dell'aggregazione organizzativa con possibilità di agevoli modellamenti futuri sulla base della variazione del fenomeno e del contesto in cui il Dipartimento opera.  |
| <b>Metodologia del consenso</b>                              | Definire ed applicare "linee di indirizzo" e processi formali come principali strumenti di coordinamento e "un sistema gestionale comune" per la valutazione dell'efficacia in pratica e dell'efficienza.                    |
| <b>Forte integrazione con il privato sociale accreditato</b> | Possibilità di integrare unità operative extra aziendali ed appartenenti al privato accreditato nel nucleo decisionale e di programmazione degli interventi, con ruolo consultivo e di compartecipazione operativa*.         |

*\* Il privato sociale accreditato deve essere ben integrato all'interno della struttura dipartimentale e non considerato, quindi, come "corpo estraneo". Al contrario, esso costituisce una parte integrante e sostanziale della struttura in ragione anche della funzione pubblica che può svolgere.*

**Raccomandato il dipartimento strutturale autonomo**

La forma organizzativa di dipartimento qui raccomandata, a livello aziendale, è quella strutturale (non solo funzionale), dotata di propria identità ed autonomia tecnico-funzionale, di proprio budget e ben distinta dall'area della salute mentale. Si tratta quindi di un dipartimento a forte integrazione socio-sanitaria, provvisto di una direzione in grado, a sua volta, di orientare e coordinare, mediante lo strumento del budget e le linee di indirizzo tecnico-scientifiche, unità operative del servizio pubblico e del privato sociale. Si tratta quindi di un'organizzazione di tipo integrato in quanto comprende anche il privato sociale.

### 2.3 Il concetto di "organizzazione integrata"

**Integrazione tra pubblico, privato e volontariato**

Nessuna organizzazione sanitaria complessa può prescindere dall'essere quanto più possibile integrata nelle varie componenti operative interne oltre che esterne. L'integrazione, nel caso delle dipendenze, comporta la messa in rete delle unità operative del servizio pubblico, del privato sociale e del volontariato. Qualsiasi sia la scelta strategica della Regione o Provincia Autonoma da un punto di vista organizzativo, non si può prescindere dal perseguire un'alta integrazione di queste componenti. Ovviamente, i ruoli e i compiti devono essere diversificati in base ai livelli di responsabilità esistenti e la dirigenza necessita di chiarezze organizzative e gerarchiche che stanno alla base di un corretto funzionamento nel tempo dell'intero sistema.

**Sistema di rete**

L'integrazione comporta il passaggio da un insieme di realtà operative non interrelate che si auto-governano secondo regole interne spesso autoreferenziali, ad un sistema di rete che:

- si struttura secondo le indicazioni di programmazione strategica istituzionale (Regione – ASL);
- definisce e condivide la propria mission in funzione della programmazione regionale ed azien-



- dale e sulla base della domanda di trattamento evidenziata e dei bisogni;
- definisce chiaramente compiti e responsabilità in relazione alle evidenze scientifiche e all'analisi di sostenibilità e fattibilità organizzativa, etica e finanziaria che ne giustificano la realizzazione;
- stabilisce rapporti formalizzati fra tutte le strutture della rete;
- definisce quali dati ogni unità operativa si impegna a raccogliere per documentare il livello raggiunto di prestazioni erogate (output) e dei risultati (outcome);
- condivide ed applica un sistema per l'analisi sistematica dei costi e il controllo del budget (obiettivi e risorse);
- predispone un feed back sul grado di attuazione della programmazione locale raggiunta a fine anno.

Una condizione di base che assicura l'integrazione organizzativa è anche la possibilità che le varie componenti possano concretamente e realisticamente partecipare alla programmazione degli interventi e all'allocazione delle risorse. L'integrazione esterna del Dipartimento delle Dipendenze avviene attraverso un miglioramento anche delle relazioni professionali e procedurali esterne con le altre unità operative aziendali, della ricerca e del reinserimento socio-lavorativo.

**Partecipazione attiva alla programmazione**

Necessariamente, l'integrazione va ricercata anche sui modelli concettuali, cioè la vision e la mission del dipartimento che stanno alla base dell'operatività. Vi è quindi la necessità di una piena condivisione della vision e della mission da parte di tutte le componenti del Dipartimento. In un settore come quello delle dipendenze, dove spesso si incontrano purtroppo ancora posizioni ideologiche e posizioni che risentono dell'influsso politico del momento e che condizionano l'organizzazione e le modalità operative, è necessario che questi aspetti siano ben chiari, presenti ed esplicitati nei documenti di fondo dell'organizzazione dipartimentale, oltre che condivisi dai partecipanti a tale struttura. A questo proposito si rimanda all'allegato specifico "Principi generali per la vision e la mission del Dipartimento delle Dipendenze" (Allegato 3).

**Vision e missione del dipartimento**

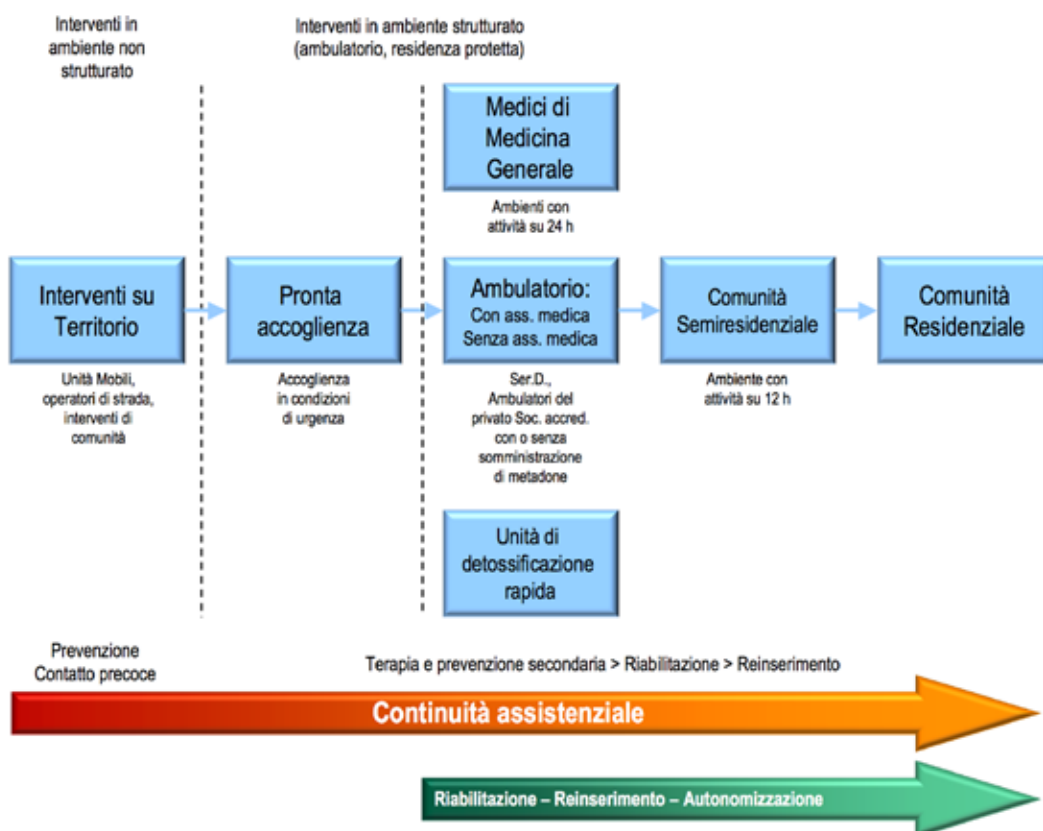
## **2.4 Il concetto di "continuità assistenziale"**

Nella definizione di un'organizzazione dipartimentale è necessario soffermarsi in particolare sullo studio e sulla definizione delle interdipendenze organizzative tra le varie unità appartenenti e facenti parte della "filiera produttiva socio-sanitaria" che ricordiamo essere orientata e finalizzata alla prevenzione, cura e riabilitazione di persone con una malattia fortemente recidivante ma prevenibile, curabile e guaribile (NIDA, 2003). Assicurare quindi la continuità assistenziale costituisce un elemento cruciale ed irrinunciabile.

**Definizione di continuità assistenziale**

La continuità assistenziale riguarda sia il prosieguo delle azioni terapeutico-riabilitative nel tempo ma anche la possibilità che un paziente in uscita da una unità operativa o da un ambiente protetto trovi immediatamente supporto in un'altra unità operativa del dipartimento a più bassa soglia. L'esempio tipico è quello della persona che esce dal carcere e continua il suo percorso presso il Ser.D. o la Comunità terapeutica o con il supporto delle unità di prevenzione in strada. Il principio di base è quello di adattare l'offerta terapeutica alla fase del cambiamento in atto nella persona, ma soprattutto di mantenere un costante contatto con lei, pur non rinunciando mai ad incentivarla e spronarla a proseguire su fasi di cambiamento più avanzate verso l'autonomizzazione dalle sostanze stupefacenti.

Figura 3 - La continuità assistenziale nei Dipartimenti delle Dipendenze.



## 2.5 La logica incrementale degli interventi

Un altro concetto importante da mettere alla base della definizione e strutturazione dei Dipartimenti delle Dipendenze è che la continuità assistenziale includerebbe che gli interventi siano strutturati in una logica incrementale per raggiungere, mediante passaggi graduali ma continui, la completa guarigione del paziente e il suo totale affrancamento da sostanze stupefacenti mediante il reinserimento sociale e lavorativo. Pertanto, la continuità di intervento a soglie crescenti ed incrementali sta in relazione alle caratteristiche del paziente, alle sue potenzialità e alle sue aspettative che devono comunque sempre essere rinforzate verso l'alto (rinforzo positivo) e non verso il basso.

### Utilizzo di ambienti idonei

La logica incrementale determina la necessità di poter disporre di ambienti idonei e differenziati per evitare di appiattire gli interventi verso una forma di “minimo sindacale” e di mescolare persone a diversa motivazione ed impegno e con caratteristiche tra loro molto diverse (ad esempio, l'età) nel percorso riabilitativo.

## 2.6 Il concetto di “flessibilità e riadattamento organizzativo”

Come tutte le strutture organizzative dedicate ad un fenomeno in costante evoluzione e rimodellamento, è necessario che i dipartimenti mettano in conto fin da subito la necessità di avere assetti flessibili e facilmente riadattabili nel tempo. Basti pensare alla rapidità con cui si è assistito allo sviluppo dell'offerta di sostanze in Internet, al forte policonsumo intrecciato con farmaci illegali, alcol, anabolizzanti, anoressizzanti, ecc., alla forte espansione del gambling patologico, alle nuove forme di alcoldipendenza, alla necessità di soddisfare richieste di drug testing per lavoratori con mansioni a rischio o per accertamenti delle Forze dell'Ordine, ecc.

**Dipartimenti  
flessibili**

Oltre alla necessità di tenere in conto questa variabilità, è opportuno avere la consapevolezza del fatto che a fronte di un'utenza “storica”, ormai fortemente persistente all'interno dei servizi e con andamento di malattia cronica, si stanno aggiungendo una serie di altri utenti che devono trovare risposte diverse e necessariamente differenziate da quelle classiche, elaborate negli ultimi 15 anni per i soggetti dediti soprattutto all'uso di eroina.

**Diversa tipologia di  
utente**

Va sottolineato che i concetti di base sopra esposti sono ben conosciuti dagli operatori e dai professionisti dei servizi e delle comunità, ed essi non avranno alcuna difficoltà a comprenderne il significato e a trasformarlo in operatività ed organizzazione.

**Esperienza e  
conoscenza degli  
operatori**

Tuttavia, mentre la parte di organizzazione che riguarda i processi e le procedure sta nella sfera di competenza e di decisione degli operatori, non altrettanto sono la definizione della struttura organizzativa e gerarchica, della dotazione organica e della definizione delle risorse necessarie. Questa importante parte risiede nelle sfere decisionali dei direttori generali e dei programmatori regionali che purtroppo molto spesso non hanno ben chiara la complessità del problema assistenziale correlato alla tossicodipendenza, non certo per cattiva fede o superficialità ma a causa del carattere fortemente specialistico che tale tematica possiede e che spesso non viene compreso e viene quindi sottovalutato. La conseguenza di ciò è che le aziende e le Regioni spesso tendono a semplificare e ridurre l'organizzazione dedicata alla cura delle dipendenze, generando, a volte, organizzazioni sottodimensionate sia quantitativamente che qualitativamente, e mettendo, quindi, gli operatori in condizioni di disagio e sofferenza professionale.

**Pericolo di  
eccessiva  
semplificazione  
o riduzione  
dell'organizzazione**



# 3 | Principi per la definizione dei Dipartimenti

I criteri generali in ambito organizzativo adottati per la stesura di questo documento e la strutturazione del modello dipartimentale sono stati i seguenti:

- incentivare e premiare soprattutto lo sviluppo di sistemi di lavoro organizzati in maniera tale da essere intelleggibili e quindi verificabili nelle risorse impiegate, nei processi utilizzati, nella loro struttura e nei risultati prodotti;
- introdurre e rispettare permanentemente la “logica dell’empowerment”, e cioè della piena assunzione delle responsabilità delle risorse assegnate e dei risultati da conseguire attraverso l’adozione di sistemi di budget aziendali ed intra-dipartimentali;
- nella definizione delle forme organizzative dei centri di responsabilità e di costo, attuare il principio della “responsabilizzazione diffusa”, con valutazione permanente dei risultati prodotti (sia in termini di output che di outcome) e dei costi generati sulla base dei quali riconfermare gli incarichi;
- introdurre sistemi di valutazione e comparazione esplicita e quali-quantitativa delle competenze del personale a cui attribuire incarichi di responsabilità, incentivando di conseguenza l’uso di meccanismi premianti ed incentivanti basati sul merito;
- introdurre ed incentivare modalità operative, organizzative e decisionali “evidence based” cioè basate sull’utilizzo di criteri e logiche scientifiche con forte orientamento all’adozione di sistemi e processi di dimostrata efficacia e “cost based”, cioè verificabili nei costi generati e nei risultati, non basati quindi sulle sole opinioni.

La definizione e l’organizzazione dei Dipartimenti delle Dipendenze dovrebbe tenere in considerazione e fare riferimento anche a quanto espresso dagli operatori del settore e a quanto contenuto nelle raccomandazioni raccolte negli Atti della V<sup>a</sup> Conferenza di Trieste relativamente alle caratteristiche e ai requisiti dei Dipartimenti delle Dipendenze (Atti V<sup>a</sup> Conferenza, pag. 18-19).

**Conformità alle indicazioni della V<sup>a</sup> Conferenza di Trieste**

Inoltre, vanno rispettate ed attuate le indicazioni contenute nello specifico Atto di intesa Stato Regioni del 21 gennaio 1999 (Provvedimento 21 gennaio 1999 pubblicato sulla G.U. n. 61 del 15 marzo 1999 - Accordo Stato-Regioni per la “Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti” - Repertorio atti n. 593) oltre a tenere in considerazione, come indirizzi generali, quanto definito all’interno del Piano d’Azione Nazionale 2010-2013 relativamente alla tipologia di detti dipartimenti.

**Conformità all’Atto Stato Regioni e al Piano di Azione Nazionale**

## 3.1 Obiettivi del Dipartimento per le Dipendenze

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

- attuare la direzione strategica e il coordinamento delle unità operative interessate verso obiettivi

- comuni;
- definire ed attuare procedure operative “evidence based”, concordate e applicate da tutti, al fine di rendere omogenei e coordinati tutti i vari tipi di intervento sul territorio;
  - coordinare ed assicurare l’adozione di standard omogenei per le attività di raccolta, archiviazione, elaborazione, interpretazione, diffusione e la trasmissione dei dati alle amministrazioni regionali e centrali;
  - promuovere l’allineamento con le indicazioni aziendali e regionali;
  - controllare e verificare la qualità dell’assistenza fornita e lo sviluppo dei programmi comuni concordati;
  - studiare e proporre soluzioni per ottimizzare le procedure, con particolare riguardo alla riduzione dei tempi di attesa per l’entrata in trattamento, dei trattamenti impropri e della riduzione del tasso di mancata presa in carico, in collaborazione con tutte le varie strutture della ULSS coinvolte nell’assistenza alle persone dipendenti;
  - individuare le soluzioni operative per l’ottimizzazione dell’accesso degli utenti alla rete dei servizi socio-sanitari pubblici e privati (Ser.D., reparti ospedalieri, comunità, cooperative sociali);
  - incentivare l’umanizzazione dei rapporti tra le strutture sanitarie, i pazienti e le loro famiglie;
  - promuovere le attività di aggiornamento e formazione degli operatori sulla base delle indicazioni delle diverse unità operative;
  - garantire il raccordo nell’attuazione della programmazione nel settore delle dipendenze tra Aziende ULSS e privato sociale, scuola, enti locali, comunità terapeutiche, volontariato.

## 3.2 I livelli di intervento

**Livelli con obiettivi, strategie e modalità diversificate ma integrate**

I principi generali su cui fondare l’organizzazione dei Dipartimenti si basano sul coordinamento integrato tra vari ambienti che attuano azioni diversificate nel tempo con obiettivi multipli ed in vari ambiti di intervento. Il fine è quello di avere a disposizione ambienti diversi in base alle necessità dell’utenza, alle sue caratteristiche e, soprattutto, alle sue potenzialità terapeutiche e riabilitative, e quindi ai programmi di intervento attuabili.

In considerazione di ciò, vi è la necessità di strutturare l’operatività a diversi livelli. I livelli essenziali previsti sono quattro, ognuno dei quali con obiettivi, strategie e modalità operative diversificate ma integrate. La rete assistenziale per le persone con dipendenza, pertanto, si articola nei seguenti livelli.

### 3.2.1 Il primo livello (bassa soglia)

Il primo livello prevede Centri di prima accoglienza, anche attraverso unità mobili ed interventi in strada al fine di raggiungere la fascia di tossicodipendenti con breve storia tossicomana, utilizzo di nuove sostanze o cronici refrattari ai trattamenti che si sono allontanati dai servizi. Dovrebbero far parte di questo livello anche i medici di medicina generale che risultano essere un punto di notevole importanza sia per il primo contatto sia per la terapia farmacologica, la prevenzione e la cura, per esempio, delle patologie correlate alla dipendenza cronica.

Le funzioni principali di questo livello sono: il primo contatto, il primo soccorso, l’applicazione di tecniche per la riduzione del rischio delle patologie correlate, la distribuzione di materiali sterili, la terapia farmacologica (sostitutiva e non) su programmi a breve termine, l’informazione e la creazione di opportunità per interventi ad alta soglia, l’assistenza sociale, la prevenzione, una prima gestione medica delle patologie internistiche ed il supporto psicologico nel breve-medio termine.

Questo livello prevede anche l’accoglienza e la selezione dei pazienti ed il loro smistamento nei vari ambienti superiori di intervento. Inoltre, l’attuale spostamento della domanda verso droghe di tipo eccitante (cocaina, ecstasy, amfetamine, ecc.) i cui consumatori hanno un grado molto basso di consapevolezza del proprio problema, ha fatto emergere fortemente l’urgenza di riorganizzare que-

sto livello di intervento, contemplando particolari organizzazioni orientate verso questa utenza molto poco incline all'accesso alle strutture sanitarie.

A questo livello fanno riferimento anche i giovani consumatori, spesso minorenni, le cui famiglie decidono di rivolgersi alle strutture sanitarie specialistiche per individuare precocemente un eventuale uso di droghe da parte del figlio.

### 3.2.2 Il secondo livello (media soglia)

Il secondo livello riguarda le strutture ambulatoriali che dovrebbero gestire i pazienti i quali, contattati dal primo livello e successivamente parzialmente stabilizzati e motivati, possono affrontare percorsi programmati e più impegnativi in termini farmacologici, psicoterapici, educativi e socio/riabilitativi.

Le funzioni principali del livello ambulatoriale possono essere: la diagnosi specialistica, gli interventi medici integrati, psico-sociali specialistici con programmi complessi e nel medio-lungo termine, il supporto alle famiglie, la preparazione per l'invio in comunità, i rapporti con gli istituti scolastici, il carcere ed altri enti ed istituzioni comunitarie.

Già a questo livello è necessario iniziare anche i percorsi di riabilitazione della persona attraverso specifici percorsi e programmi strutturali collaterali a quelli terapeutico-farmacologici volti alla riabilitazione e alla piena autonomizzazione del soggetto.

### 3.2.3 Il terzo livello (alta soglia)

Il terzo livello riguarda le strutture residenziali o semiresidenziali. I programmi sono rivolti agli utenti che accettano l'inserimento in tali strutture, sottoponendosi a programmi terapeutici e socioriabilitativi specialistici nel lungo termine.

Le funzioni principali di questo livello possono essere i programmi terapeutici e socio-riabilitativi nel lungo termine in regime residenziale.

Fanno parte di questo livello anche il mantenimento delle attività di riabilitazione e preparazione delle condizioni di reinserimento e la gestione delle eventuali ospedalizzazioni finalizzate al trattamento della dipendenza, prevedendo un collegamento funzionale con il Ser.D.

### 3.2.4 Il quarto livello

Il quarto livello riguarda i settori specifici che curano i programmi di reinserimento sociale, lavorativo e di prevenzione delle ricadute. Le funzioni principali sono quelle di mantenere la preparazione del paziente all'inserimento sociale e lavorativo. Le attività di riabilitazione, come esplicitato nei paragrafi precedenti, dovranno comunque avere inizio al secondo livello della rete assistenziale, personalizzando l'intervento sulla base delle caratteristiche dei soggetti e della loro condizione rispetto all'uso di sostanze. Il percorso culminerà nel quarto livello con la fase di reinserimento lavorativo. Nel contempo risulta indispensabile promulgare specifici programmi per ridurre la possibilità di riutilizzo delle sostanze stupefacenti.

E' chiaro che il II, il III e il IV livello costituiscono un "percorso incrementale" e non strettamente sequenziale. In altre parole, la fase riabilitativa, per esempio, può e deve essere iniziata già in fase terapeutica farmacologica in maniera simultanea.

### 3.3 Differenziazione degli ambienti e degli interventi in base a sesso ed età

Nella definizione dell'organizzazione dei Dipartimenti delle Dipendenze dovranno essere tenute in forte considerazione la necessità di differenziare gli ambienti e gli interventi di cura in base al sesso e all'età del paziente.

#### **Tenere conto delle peculiari esigenze del sesso femminile**

Per quanto riguarda la differenziazione in base al sesso (gender oriented), sempre di più si è sottolineata la necessità di tenere conto delle peculiari esigenze del sesso femminile all'interno delle unità operative dei Dipartimenti delle Dipendenze strutturando percorsi ed accessi differenziati dai pazienti maschi sia per i problemi sanitari (aspetti ginecologici, gravidanza e maternità, gestione dei figli, violenze sessuali, disturbi alimentari, incremento del rischio di infezioni sessuali, ecc.), sia per gli aspetti socio-comportamentali (prostituzione, sfruttamento, ecc.) presenti nelle persone di sesso femminile. Programmi specifici quindi andranno attivati per il sesso femminile rendendo accessibili offerte specialistiche in ambienti e tempi diversificati rispetto agli accessi dei pazienti maschi.

#### **Necessità di evitare quanto possibile il contatto di minorenni con l'utenza anziana affetta da malattia cronica**

Ulteriori importanti problemi da affrontare sono l'accesso e la presenza (sempre maggiore) di pazienti minorenni presso i servizi. E' necessario che i dipartimenti tengano in forte considerazione la necessità di evitare quanto più possibile il contatto di questi giovani pazienti con l'utenza particolarmente anziana e affetta da malattia cronica. Questo aspetto va preso in considerazione non solo per la necessità di non mettere a stretto contatto i pazienti minori con pazienti maggiorenni con dipendenza strutturata, ma anche per il fatto che è necessario definire percorsi diagnostici e assistenziali differenziati che nel caso dei minori possono e devono coinvolgere anche le loro famiglie.

Va quindi considerata la necessità di differenziare gli ambienti di trattamento e nel caso questo non fosse possibile per ragioni di scarse risorse logistiche, andranno differenziati, almeno gli orari di accesso alla struttura. Infatti, per i pazienti minorenni che normalmente frequentano la scuola nelle ore mattutine, è indicato un accesso pomeridiano dove normalmente non accedono i pazienti con malattia cronica.

#### **Ambienti di prevenzione**

Per quanto riguarda gli ambienti in cui i Dipartimenti delle Dipendenze saranno chiamati ad attivare interventi di prevenzione, sarà indispensabile prevedere le scuole, gli ambienti di intrattenimento, le associazioni e i luoghi di aggregazione giovanile, le associazioni sportive, le parrocchie, le circoscrizioni e i raduni musicali.



# 4

## Requisiti generali dei Dipartimenti delle Dipendenze

Vengono di seguito descritti i requisiti che in termini strategici e metodologici si ritengono fondamentali e irrinunciabili per poter creare un'organizzazione efficiente ed efficace in grado di garantire un buon funzionamento nel tempo delle unità operative dedicate (sia del pubblico che del privato sociale) e, contestualmente, un'alta motivazione degli operatori.

### 4.1 Assetto organizzativo generale

Il Dipartimento delle Dipendenze dovrà essere di tipo strutturale-gerarchico integrato, dotato quindi di proprio budget e di propria autonomia gestionale. All'interno delle Aziende Sanitarie, il Dipartimento delle Dipendenze dovrà avere una propria identità organizzativa e gestionale amministrativa, con valenza sovra-distrettuale, ben definita e formalizzata negli atti aziendali.

**Dipartimento strutturale-gerarchico**

L'assetto organizzativo raccomandato è quello di un dipartimento in grado di contenere al suo interno sia le unità operative del servizio pubblico, sia quelle del privato sociale, sia quelle del volontariato, mantenendole ben coordinate e organizzate. Tutto questo con l'intento prioritario di assicurare la continuità assistenziale e la sinergia sulle attività di prevenzione, cura e riabilitazione.

**Dipartimento con unità del pubblico, del privato sociale e del volontariato**

È indispensabile che il Dipartimento delle Dipendenze non venga accorpato ai Dipartimenti di Salute Mentale, in quanto questo costituirebbe un errore strategico ed organizzativo considerata la specificità della tematica e della patologia in questione ma soprattutto per le attività preventive, diagnostiche e assistenziali ad essa correlate, che solo in minima parte hanno a che fare con la psichiatria. È necessario, pertanto, tenere ben distinti i due dipartimenti e sviluppare sempre di più un orientamento delle dipendenze specialistico, sia in ambito organizzativo sia tecnico-scientifico.

**Distinzione tra dipartimenti**

Il responsabile del dipartimento (direttore) avrà compiti di direzione e programmazione generale delle unità operative pubbliche e di coordinamento delle unità operative del privato sociale.

**Compiti del direttore**

La negoziazione aziendale del budget andrà fatta dal direttore di dipartimento con la direzione aziendale e, all'interno del dipartimento stesso, tra il direttore del dipartimento e i responsabili delle unità operative complesse.

**Negoziazione del budget**

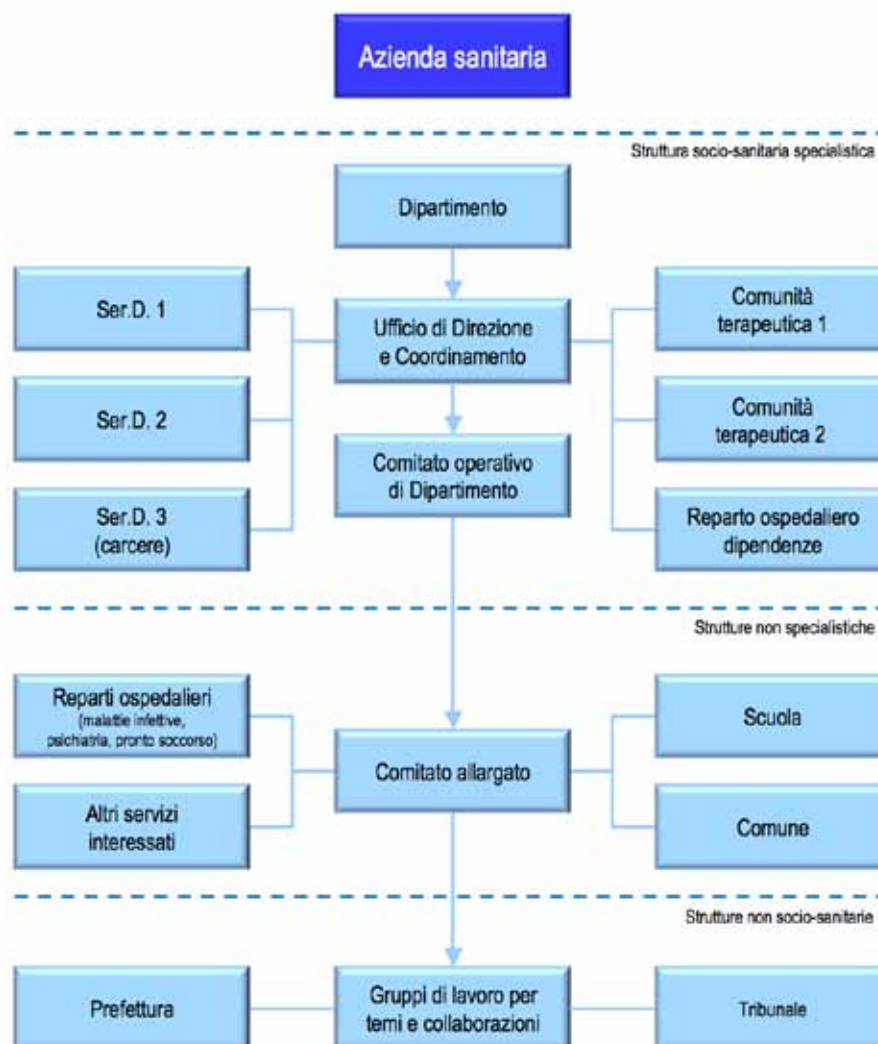
Le unità operative interne (unità complesse) del dipartimento dovrebbero a loro volta essere dotate di un proprio budget (e direttamente essere responsabilizzate su questo dal direttore di dipartimento) sia per quanto riguarda i Ser.D. ma anche per quanto riguarda le Comunità Terapeutiche.

**Unità operative dotate di proprio budget**

**Gruppi di lavoro**

Infine, i gruppi di lavoro, istituiti e formalizzati all'interno del Dipartimento, contribuiscono a perseguire le politiche di interpretazione tra operatori del pubblico e del privato sociale e costituiscono uno strumento organizzativo che può essere permanente (team working) o temporaneo (task force), a seconda della tipologia di problema che si intende affrontare (se a termine o persistente).

Figura 4 - La struttura organizzativa generale del dipartimento.



**4.2 Utenza**

**Principali gruppi di utenti**

I Dipartimenti delle Dipendenze devono poter rispondere alle esigenze preventive, assistenziali e riabilitative di una serie di persone con differenti bisogni legati alle dipendenze. I principali gruppi sono:

- persone a rischio (in assenza di uso di sostanze) di sperimentazione e consumo, anche occasionale, di sostanze stupefacenti, alcol o tabacco (target vulnerabile);
- consumatori occasionali in assenza di dipendenza;
- persone con dipendenza (sostanze stupefacenti, alcol, tabacco, abuso di farmaci non prescritti, gambling patologico, ecc.);
- familiari/genitori dei target soprariportati;
- educatori/insegnanti operanti nelle scuole o presso le organizzazioni che gestiscono aggrega-

zioni giovanili;

- persone in accertamento diagnostico per:
  - drug test pre-patente,
  - drug test per guidatori fermati dalle Forze dell'Ordine,
  - drug test per lavoratori con mansioni a rischio,
  - drug test per monitoraggio dei soggetti inviati dalla Prefettura,
  - drug test per la diagnosi precoce nei soggetti minorenni,
  - pazienti tossicodipendenti con malattie infettive correlate all'uso di droghe.

All'ingresso, i pazienti dovranno essere considerati sulla base della loro gravità clinica (*severity index*), applicando, ad esempio, le categorie del DSM IV o dell'ASI, e mantenendo sul paziente un monitoraggio nel tempo al fine di rilevare eventuali variazioni positive o negative.

**Valutazione della gravità clinica**

### 4.3 Tipo di dipendenze da affrontare

I moderni dipartimenti devono essere in grado di affrontare la maggior parte delle dipendenze patologiche esistenti. Molto spesso, infatti, i pazienti presentano contemporaneamente varie dipendenze che è necessario affrontare contemporaneamente. L'approccio deve essere quindi orientato a rilevare e trattare tutte le forme di dipendenza patologica, mediante diagnosi specialistiche e trattamenti integrati e specialistici. Le principali dipendenze a cui bisognerebbe poter dare risposte specialistiche nei Dipartimenti delle Dipendenze sono:

- da sostanze stupefacenti,
- da alcol,
- da tabacco,
- da farmaci non prescritti,
- da comportamenti additivi (gambling, sesso compulsivo, shopping, ecc.).

### 4.4 Ambienti di attività

Gli ambienti dove gli operatori del dipartimento dovrebbero svolgere la propria attività sono vari e differenziati:

- *Ambulatoriale sul territorio:*  
dove poter gestire contemporaneamente la diagnosi e le terapie farmacologiche integrate con supporto psicologico e sociale per la dipendenza oltre alla diagnosi precoce e alla terapia delle principali malattie infettive droga correlate.
- *Pronta accoglienza:*  
in condizione di residenzialità protetta e ben gestita per le prime e più complicate fasi di inserimento in comunità.
- *Semiresidenziale:*  
dove poter espletare programmi educativi e riabilitativi diurni soprattutto indirizzati ai giovani tossicodipendenti.
- *Residenziale:*  
dove poter eseguire programmi più complessi e di medio lungo termine, in condizioni più strutturate e controllate.
- *Carcere:*  
dove prevedere un'assistenza sanitaria generale e specialistica per tutte le persone diagnosticate tossicodipendenti o con problemi droga e alcol correlati.

- *In “strada”, con unità di outreach:*  
per la prevenzione delle patologie correlate ed il contatto precoce dei soggetti per poter essere inviati ai servizi.
- *In “strada”, con unità mobili, a fianco delle Forze dell’Ordine:*  
per l’esecuzione di accertamenti clinico-tossicologici per la prevenzione degli incidenti stradali droga e alcol correlati.
- *In ospedale:*  
dove poter espletare nel breve termine, in piccoli reparti specializzati o letti dedicati, le terapie di detossificazione e il controllo anti-astinenziale ed affrontare le patologie internistiche/infettivologiche.
- *Nelle scuole e nei luoghi di aggregazione giovanile:*  
al fine di poter entrare in contatto con il target giovanile per le campagne di prevenzione e reclutamento “aggancio” precoce delle persone che utilizzano droghe e ne sono dipendenti.
- *Punto web:*  
ogni dipartimento dovrebbe possedere un proprio sito dove, oltre a poter mostrare le varie offerte disponibili, sia possibile poter avere un contatto diretto, dinamico e interattivo con un’utenza particolarmente attratta dalla tecnologia web ed incline all’uso di sostanze.

## 4.5. Unità operative

### Adozione di regole condivise tra le unità operative

All’interno del Dipartimento per le Dipendenze, i Ser.D. sono unità operative con compiti in ambito preventivo, diagnostico, clinico-assistenziale e socio-riabilitativo. Le unità operative che costituiscono il Dipartimento per le Dipendenze sono aggregate in una specifica tipologia organizzativa, che deve dare risposte unitarie, tempestive, “evidence based” e complete rispetto ai compiti assegnati. Per tale motivo, esse, adottano regole condivise di comportamento assistenziale, didattico, di ricerca, bioetico, medico-legale e gestionale.

### Autonomia tecnico-funzionale e gestionale

Le unità operative presuppongono un’autonomia tecnico-funzionale e gestionale con riferimento alle attività professionali ed organizzative interne, in accordo con gli indirizzi definiti in sede di Dipartimento per le Dipendenze. Le unità operative possono prevedere al loro interno ulteriori assetti organizzativi in base a specifiche esigenze e, dove sono richieste, particolari competenze e specializzazioni professionali.

### Unità operative semplici e complesse

Il dipartimento dovrebbe disporre di varie unità operative semplici e complesse tra loro interdipendenti, alcune a valenza dipartimentale e ben coordinate al fine di assicurare un’offerta articolata e differenziata in base ai vari bisogni assistenziali. L’assetto generale ottimale ipotizzato dovrebbe comprendere:

- U.O. di pronta accoglienza (privato sociale)
- U.O. di prevenzione, neuroscienze e comunicazione
- U.O.C. ambulatoriale per trattamenti territoriali delle dipendenze
- U.O. di prevenzione delle patologie correlate in strada e per il contatto precoce
- U.O. di reinserimento socio lavorativo
- U.O. di sorveglianza clinica e terapie complesse (HIV, MTS, epatiti)
- U.O. di tabagismo
- U.O. di alcolologia
- U.O. per la diagnosi clinico-tossicologica (drug test per aspetti preventivi e medico-legali)
- U.O. ospedaliera per detossificazioni
- U.O.C. carcere
- U.O. semi-residenziale (privato sociale)
- U.O. residenziale (privato sociale)

- U.O. di project management e osservatorio epidemiologico
- U.O. per dipendenze da comportamenti compulsivi

Ovviamente, per le unità del servizio pubblico sono inserite nel dipartimento con un legame gerarchico strutturale mentre quelle del privato sociale sono integrate con un legame funzionale di coordinamento, regolamentato da accordi formali convenzionali.

Le unità operative dovrebbero essere in grado di affrontare in maniera integrata le varie dipendenze e, in particolare, quelle da sostanze stupefacenti, da alcol, da farmaci, da tabacco e da comportamenti additivi.

## 4.6 Organi di funzionamento interno ed esterno

### 4.6.1 Il comitato operativo (nucleo ristretto) di dipartimento

Il Dipartimento delle Dipendenze dovrà essere dotato di un “comitato operativo di dipartimento” con funzioni decisionali e di programmazione degli interventi e di allocazione delle risorse, a cui obbligatoriamente partecipino sia le componenti del pubblico sia quelle del privato sociale, con responsabilizzazione differenziata in base ai ruoli e ai compiti istituzionali.

Il “comitato operativo di dipartimento” sarà il vero organo di programmazione interna e di gestione del dipartimento al quale compete la predisposizione di un progetto generale di intervento. Questo organo garantirà pluralità, trasparenza e pari dignità tra le varie unità operative.

Il comitato di dipartimento è formato dai responsabili dei Ser.D., delle Comunità Terapeutiche accreditate e di tutte le altre organizzazioni che in via prevalente si occupano di dipendenza e che sono formalmente accreditate dalla Regione. Pertanto, esso ha una valenza intra ed extra aziendale. Il comitato identifica le priorità e le possibili soluzioni, elabora linee di indirizzo operative e svolge attività in ambito di pianificazione operativa e preparazione dei documenti tecnico-scientifici di base per assicurare attività coordinate ed omogenee.

**Funzioni e  
composizione del  
comitato operativo**

### 4.6.2 Il comitato allargato

Il Dipartimento per le Dipendenze disporrà anche di un “comitato allargato”. Esso sarà presieduto da un coordinatore. Ad esso parteciperanno tutti i responsabili delle unità operative impegnate, anche parzialmente, nelle attività di prevenzione cura e riabilitazione per i tossicodipendenti. Il comitato allargato rappresenta l'organo di creazione di consenso e opera secondo criteri in sintonia con le strategie aziendali e regionali.

Questo tipo di comitato potrà essere costituito lì dove la grandezza del dipartimento e le condizioni generali lo rendano necessario. Ciò al fine di evitare la creazione di troppe sovrastrutture che potrebbero incidere negativamente sulla governance del dipartimento.

**Funzioni e  
composizione del  
comitato allargato**

Figura 5 - Comitato operativo e comitato allargato di Dipartimento.



#### 4.6.3 Responsabili delle unità operative complesse

**Compiti di direzione e controllo dell'assetto organizzativo del servizio**

Ai responsabili dei Ser.D. saranno affidati compiti di direzione e controllo dell'assetto organizzativo complessivo del servizio e le responsabilità relative alle risorse assegnate. Il responsabile avrà un proprio centro di responsabilità e di costo, mantenendo autonomia gestionale e tecnico-funzionale delle risorse assegnate e quella tecnico-funzionale, coerentemente con le linee e gli indirizzi del dipartimento. Il responsabile ha l'obbligo di coordinarsi con gli indirizzi del dipartimento.

#### 4.6.4 Il direttore di dipartimento

**Ricerca dell'accordo operativo**

La direzione del dipartimento dovrà essere mantenuta all'interno della funzione pubblica e agirà ricercando l'accordo con i responsabili dei Ser.D. e delle altre unità operative del privato sociale, in armonia quindi anche con le altre strutture interessate. Il direttore di dipartimento ha l'obbligo di coordinarsi con la direzione strategica aziendale.

Il personale dirigente incaricato di queste funzioni eserciterà sia compiti di vera e propria direzione sia di coordinamento organizzativo e tecnico-scientifico.

Le principali attività che competono al direttore di dipartimento sono:

- promuovere, organizzare e coordinare i gruppi finalizzati alla produzione di documenti di intesa e di linee di indirizzo operativo, sulla base delle necessità individuate dal comitato di dipartimento;
- raccogliere, formalizzare e divulgare le linee prodotte dai gruppi;
- stendere, divulgare e gestire il progetto generale di intervento (PGI) definito dal comitato di dipartimento;
- controllare la corretta attivazione ed applicazione delle linee di intervento socio-sanitario definite nel comitato di dipartimento;
- coordinare il comitato di dipartimento da cui riceve i mandati operativi;
- promuovere, organizzare ed assicurare periodicità agli incontri di aggiornamento, scambio di informazione e formazione interna al dipartimento su temi tecnico-scientifici;
- studiare e proporre al comitato di dipartimento procedure operative per assicurare la continuità terapeutica e la multidisciplinarietà dell'intervento;
- studiare e proporre al comitato di dipartimento procedure diagnostiche e protocolli terapeutici standard alla luce delle nuove acquisizioni ed evidenze scientifiche;
- promuovere il controllo costante e periodico dell'efficacia degli interventi (esiti dei trattamenti) e

- dell'applicazione delle tecniche di valutazione da parte delle singole unità operative;
- controllare l'applicazione degli standard assistenziali previsti e la permanenza dei livelli di qualità da parte delle varie unità operative;
- provvedere all'aggiornamento degli operatori sulle tematiche di prevenzione del rischio professionale;
- coordinare ed assicurare la raccolta e preparazione dei dati di attività e di risultato;
- organizzare meeting periodici di aggiornamento per i responsabili delle unità operative su temi di competenza.

#### 4.6.5 Il Gruppo Territoriale di Reinserimento

Risulta fondamentale che il dipartimento abbia una forte integrazione territoriale sia per le attività preventive ma soprattutto per quelle riabilitative e di reinserimento sociale e lavorativo. A questo proposito sarà utile valutare la costituzione di uno specifico gruppo di lavoro territoriale permanente che dia la possibilità di promuovere e sostenere tali attività.

**Gruppo di lavoro per attività di riabilitazione e reinserimento**

Il Gruppo Territoriale di Reinserimento presenta al proprio interno una doppia componente:

- Unità produttive**  
Vengono così definite tutte quelle organizzazioni del servizio pubblico o del privato sociale (Ser.D. dotati di unità organizzative finalizzate al reinserimento socio-lavorativo, SIL, comunità terapeutiche con specifici programmi e attività di reinserimento, cooperative sociali con analoghe attività, ecc.), cioè quelle organizzazioni in grado materialmente e realisticamente di far intraprendere e mantenere percorsi di reinserimento socio-lavorativo a persone tossicodipendenti. Queste unità produttive, a seconda delle organizzazioni territoriali esistenti e già funzionanti, possono anche avere componenti miste pubblico-privato sociale che operano in sinergia e coordinamento per il reinserimento delle persone tossicodipendenti all'interno dei Dipartimenti delle Dipendenze.
- Unità di supporto e collaborazione**  
(ASL, Amministrazione Comunale, Amministrazione Provinciale, rappresentanze degli imprenditori locali), cioè quelle amministrazioni/organizzazioni in grado di creare condizioni favorevoli sia per l'assegnazione di commesse lavorative alle unità produttive, sia di individuare eventuali aziende sottonumerarie rispetto all'obbligo di collocamento di persone con invalidità civile (legge 12 marzo 1999 n. 68 e successive modificazioni), sia di offrire posti di lavoro. Queste unità, nella loro funzione pubblica, svolgono anche attività di controllo e vigilanza relativamente al corretto svolgimento delle attività produttive e dell'utilizzo di eventuali finanziamenti pubblici erogati.

**Unità produttive**

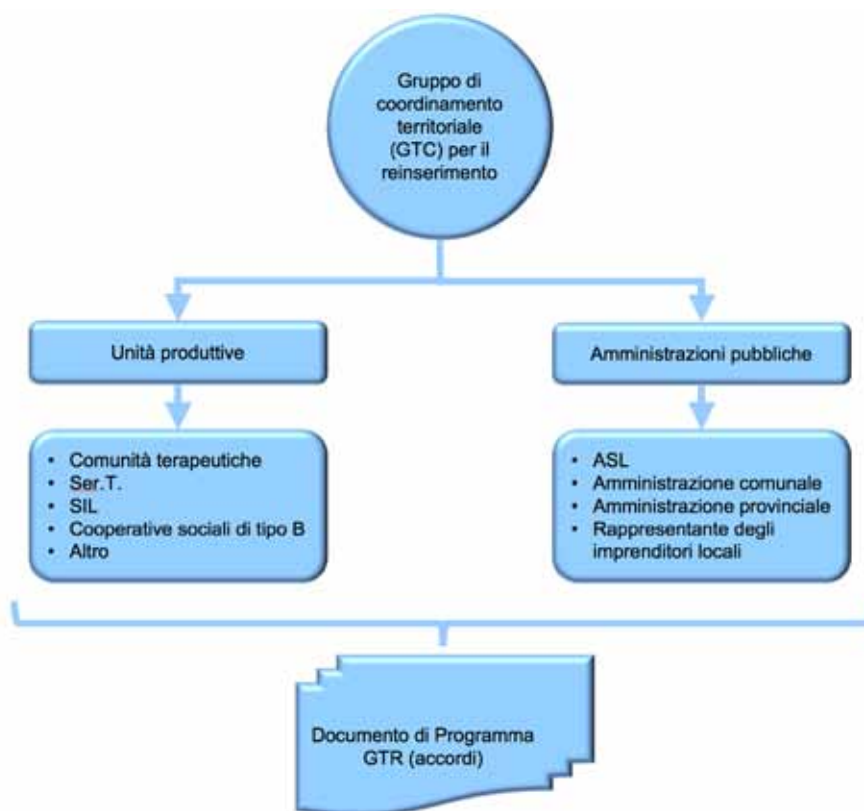
**Unità di supporto e collaborazione**

I gruppi di coordinamento territoriale per il reinserimento (GTR) da un lato promuovono e sostengono le unità produttive; dall'altro, esse mettono in relazione le aziende pubbliche e private del territorio con queste unità produttive al fine di creare una concreta e reale sinergia e collaborazione che passi, prima di tutto, attraverso l'affidamento di commesse lavorative e l'inserimento concreto di persone tossicodipendenti all'interno delle aziende sottonumerarie rispetto all'obbligo di collocamento. In altre parole, si tratta di un tavolo "fisico", concreto e non virtuale, dove gli operatori si possano ritrovare e programmare una serie di azioni a sostegno delle attività di reinserimento.

**Gruppi di coordinamento territoriale**



Figura 6 - Composizione del Gruppo di Coordinamento Territoriale per il Reinserimento - GTR.



## 4.7 Integrazione organizzativa interna, aziendale e territoriale

### Livelli di integrazione

Il Dipartimento delle Dipendenze dovrà attuare tre livelli di alta integrazione funzionale:

- Integrazione interna fra le unità operative pubbliche e del privato sociale.
- Integrazione Aziendale con le varie unità operative, centri diagnostico-clinici dell'Azienda Sanitaria, compreso il Dipartimento di Salute Mentale (da cui comunque mantiene la propria autonomia) e i Distretti.
- Integrazione territoriale con le Amministrazioni Locali e le Organizzazioni operanti sul territorio, soprattutto per quanto riguarda le attività di prevenzione e di riabilitazione finalizzate al reinserimento socio lavorativo.

Ognuno di questi tre livelli viene regolamentato, se necessario, da accordi di collaborazione e regole formali di condotta professionale.



Figura 7 - Livelli di integrazione funzionale del Dipartimento delle Dipendenze.



Il Dipartimento delle Dipendenze non dovrà essere assorbito o inserito all'interno dei Dipartimenti di Salute Mentale, con i quali comunque andranno definiti e mantenuti precisi protocolli di collaborazione operativa, ma dovrà mantenere una propria autonomia e connotazione indipendente. Così, come definito anche a livello Europeo, è opportuno ed indispensabile che le professionalità e gli interventi nel campo delle dipendenze trovino una loro identità di disciplina e di percorso professionale, non quindi all'interno della psichiatria ma mantenendo e sviluppando una propria linea di lavoro e di ricerca. La dipendenza infatti è una vera e propria malattia del cervello e non un semplice disturbo psichico.

**Distinzione tra Dipartimenti delle Dipendenze e Dipartimenti di Salute Mentale**

## 4.8 Accreditalmento e mantenimento nel tempo degli standard di funzionamento

### Criteria di accreditamento e autorizzazione al funzionamento

A garanzia del buon funzionamento del dipartimento andranno applicati e monitorati criteri di accreditamento e autorizzazione al funzionamento, valevoli sia per le unità appartenenti al Servizio Pubblico sia per quelle del Privato Sociale. Questi criteri dovrebbero essere definiti a livello nazionale e concertati con le Regioni e Province Autonome in modo tale da avere un'uniformità delle strutture dipartimentali e quindi dell'offerta, su tutto il territorio nazionale.

### Influenza degli ambienti

Fanno parte dei criteri (Chauvet C. et al, 2011) di accreditamento anche la qualità e il decoro degli ambienti. È scientificamente dimostrato che gli esiti del trattamento della dipendenza vengono fortemente influenzati dalla qualità dell'ambiente e dalla possibilità che essi possano fornire stimoli positivi. Infatti, gli ambienti arricchiti sono in grado di incrementare ed influenzare le connessioni sinaptiche del cervello, stimolando la sua capacità di generare nuove cellule e di cambiare il modo in cui alcuni geni operano. È stato dimostrato che ambienti sciatti, mal tenuti ed esteticamente poco gradevoli influenzano negativamente il decorso delle cure. Gli ambienti pertanto dovranno essere in buono stato, esteticamente gradevoli, stimolanti e mantenuti tali nel tempo.

# 5 | Orientamento delle attività offerte

Per quanto riguarda l'orientamento generale delle attività, delle offerte e degli interventi del Dipartimento delle Dipendenze, essi dovrebbero essere orientati e indirizzati sulla base delle indicazioni strategiche regionali ed aziendali anche sulla base delle priorità contenute nel Piano d'Azione Nazionale (PAN) approvato dal Consiglio dei Ministri il 29 ottobre 2010, e chiaramente adattate alla realtà e alle strategie della singola Regione e Provincia Autonoma nel pieno rispetto della propria autonomia programmatoria ed organizzativa.

Figura 8 - Principali aree di attività dei Dipartimenti delle Dipendenze.



## 5.1 Prevenzione

In relazione all'area della prevenzione, sarà necessario investire e mettere tra le priorità in particolare quattro aspetti chiave:

**Informazione/  
comunicazione  
permanente e  
ricorrente**

1. *Informazione/comunicazione* permanente e ricorrente per le giovani generazioni subentranti al rischio droga. Le attività di prevenzione si dovrebbero esplicare anche mediante una contemporanea informazione permanente, sistematica e rinnovata periodicamente nel tempo, negli ambienti frequentati dai giovani (scuole, ambienti sportivi, luoghi dell'intrattenimento) al fine di sviluppare precocemente un'alta percezione del rischio e della pericolosità legata all'uso di sostanze stupefacenti ma contemporaneamente di alcol e tabacco.

**Prevenzione  
selettiva**

2. *Prevenzione selettiva* mediante il supporto educativo alle famiglie che presentino figli con disturbi comportamentali precoci e condizioni di vulnerabilità all'addiction. Tali condizioni dovrebbero essere oggetto di individuazione precoce e affrontati con opportune forme di supporto educativo e dove necessario specialistico.

**Diagnosi  
precoce**

3. *Diagnosi precoce per un intervento precoce: "early detection for early intervention"* dei comportamenti di assunzione di sostanze, sia per quanto riguarda l'alcol, sia il tabacco che le sostanze stupefacenti. Questi interventi sono finalizzati a cogliere il più precocemente possibile l'inizio dell'uso di sostanze soprattutto nelle persone minori per attivare interventi precoci. Prima si scopre tale uso, infatti, e prima è possibile intervenire per sospendere tale comportamento, in un'età che sicuramente presenta maggiori probabilità che le azioni educative attuabili siano efficaci. Questi interventi, infatti, si sono dimostrati fondamentali per interrompere precocemente percorsi evolutivi verso forme di addiction e ridurre i danni allo sviluppo e alla maturazione cerebrale dell'adolescente consumatore di sostanze.

**Prevenzione  
ambientale**

4. *Prevenzione ambientale.* Andrà inoltre ben espletata una comunicazione sociale antidroga chiara e coerente al fine di mantenere alta la "disapprovazione sociale" verso l'uso di sostanze sia legali che illegali. E' stato scientificamente dimostrato, infatti, che un livello elevato di disapprovazione del consumo di droga durante l'adolescenza determina una minore probabilità di farne uso successivamente (Keyes K.M. et al, 2011). Andranno quindi evitati atteggiamenti di tolleranza e di complicità verso l'uso, anche occasionale, di qualsiasi droga o abuso alcolico.

**Neuroscienze**

5. *Neuroscienze.* E' auspicabile che nell'ambito della prevenzione, il dipartimento orienti le proprie attività sulla base delle scoperte scientifiche emergenti dalle neuroscienze dell'addiction ed in particolare della "neuroeducazione" al fine di fornire agli utenti servizi sempre più aggiornati e soprattutto in grado di comprendere al meglio i meccanismi su cui si sviluppano e si mantengono i comportamenti a rischio e successivamente la dipendenza. Ciò consentirà di elaborare percorsi di prevenzione più efficaci, basati sulle evidenze scientifiche. A tal fine, il dipartimento potrà dotarsi anche di un'unità specifica sulle neuroscienze deputata alla raccolta delle informazioni scientifiche e alla proposta di applicazione di tali informazioni all'attività di prevenzione, ma anche di cura e riabilitazione. Ciò includerà anche eventuali valutazioni neuro-psicologiche che potranno essere proposte all'utente per meglio comprendere il suo grado di rischio di sviluppare comportamenti additivi o di consumo di sostanze stupefacenti.

Si sottolinea l'importanza di creare e mantenere percorsi educativi da svolgersi in stretta collaborazione con le principali agenzie educative (scuole, famiglie, ecc.) presenti sul territorio.

### 5.1.1 Diagnosi precoce (early detection) ed interventi precoci (early intervention) per l'uso di droghe

La diagnosi precoce dell'uso di sostanze in età evolutiva è una delle sfide più importanti che i Dipartimenti per le Dipendenze si trovano ad affrontare e che ha come obiettivo quello di identificare molto precocemente l'inizio d'uso di droghe e interrompere quanto prima un'eventuale progressione verso forme di dipendenza riducendo così anche il rischio di morte per overdose o di contrarre e trasmettere infezioni correlate all'uso.

**Premesse**

L'early detection, cioè l'identificazione precoce dell'uso di droghe e alcol, è oggi un intervento prioritario dal quale non si può più prescindere nel momento in cui in un territorio si vuole organizzare un intervento di tipo preventivo rispetto all'uso delle droghe.

**Cos'è l'early detection**

I dati attuali (Relazione annuale al Parlamento 2010) collocano l'inizio dell'uso delle sostanze mediamente nel 14° anno di età. E' 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 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 molti dei giovani teenagers hanno probabilmente 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. E' 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.

**Ritardo di diagnosi**

Attualmente, il tempo che intercorre tra la prima assunzione e la prima richiesta d'aiuto è di 5,5 anni (periodo oscillante tra i 4 e gli 8 anni) (Dipartimento Politiche Antidroga, 2011). Questo periodo di latenza risulta molto lungo e appare evidente che concentrare gli sforzi diagnostici e di contatto precoce sia da considerare fondamentale e prioritario. In realtà, esistono pochissimi programmi strutturati in questo senso all'interno dei Dipartimenti delle Dipendenze ed è necessario pertanto porsi come obiettivo la loro attivazione sistematica e permanente.

Le Nazioni Unite, di concerto con l'OMS, per mezzo della Risoluzione numero 51/3 hanno fortemente raccomandato a tutti gli Stati l'adozione di interventi di "early detection" per interrompere il più precocemente possibile la progressione dell'uso di sostanze verso la dipendenza e poter far entrare in trattamento le persone tossicodipendenti il prima possibile.

**La risoluzione ONU sull'early detection**

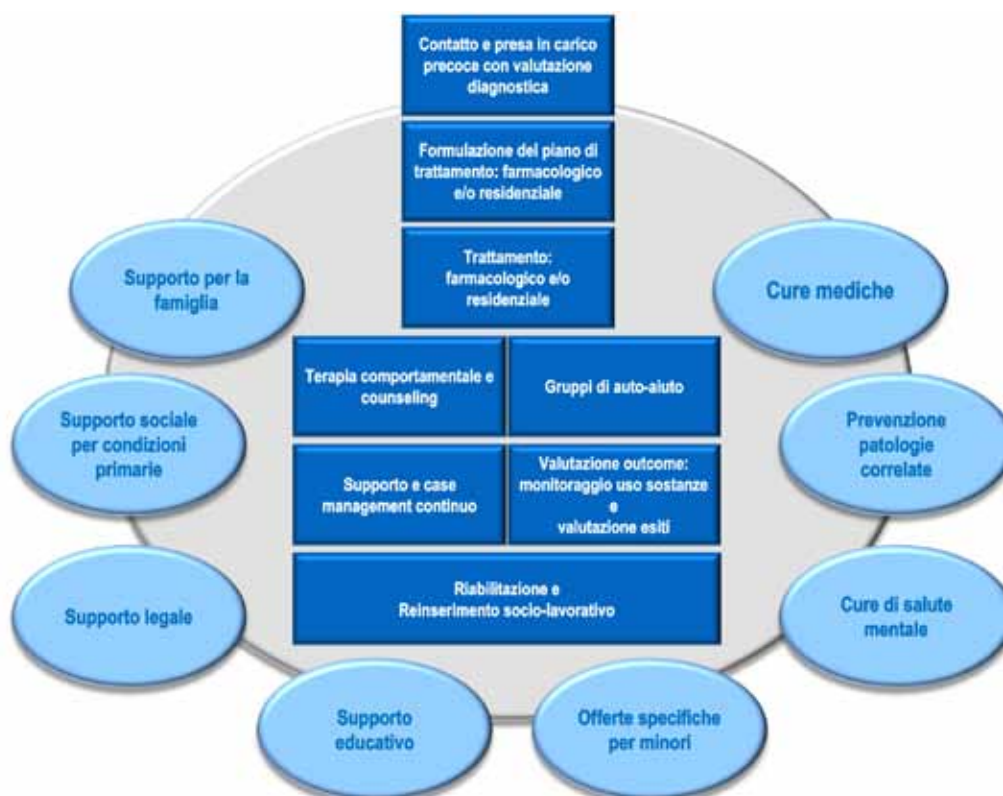
Il Dipartimento Politiche Antidroga ha recentemente pubblicato un Piano di Azione Nazionale sulle Droghe (PAN) (2010). Al punto n. 34 del PAN si parla esplicitamente di "diagnosi precoce" e della necessità di promuovere questo tipo d'intervento.

**Le indicazioni nazionali**

## 5.2 Cura della dipendenza

Le componenti principali e di completamento che definiscono il trattamento dell'abuso di sostanze e/o della dipendenza vengono identificate nel modello riportato in Figura 9.

Figura 9 - Modello esemplificativo delle componenti principali e di completamento che definiscono il trattamento dell'abuso di sostanze e/o della dipendenza.



In questo modello si vuole riassumere, focalizzare ed evidenziare la necessità di concentrarsi sulle condizioni e le azioni necessarie per un efficace trattamento dell'abuso di sostanze o della dipendenza, partendo da un contatto e una presa in carico precoce che si basino soprattutto su una specifica valutazione diagnostica, esitando poi nella formulazione di un preciso piano di trattamento, farmacologico o residenziale che sia (in base alle caratteristiche e ai bisogni della persona tossicodipendente). Il trattamento della dipendenza trae molto beneficio ed aumenta la sua efficacia se associato alla terapia comportamentale e al counseling, all'inserimento della persona in gruppi di auto-aiuto, con un supporto e un case management continuo.

Un piano strutturato e contestuale dovrebbe essere fatto anche per quanto riguarda le attività di riabilitazione e reinserimento socio-lavorativo. Si segnala, infatti, che nella maggior parte dei casi tale piano riabilitativo non viene fatto, venendo a mancare, quindi, percorsi e processi strutturati soprattutto all'interno dei servizi pubblici fortemente orientati alla riabilitazione e all'acquisizione di social skills e competenze professionali finalizzati a sviluppare un livello di autonomia sufficiente a garantire la ripresa delle normali attività sociali, in totale libertà dalle sostanze stupefacenti.

Fondamentale, inoltre, è la valutazione dell'outcome mediante monitoraggio dell'uso di sostanze e valutazione degli esiti del trattamento attraverso macro-indicatori quali la qualità di vita, la presenza

di attività lavorativa reddituale, grado di salute e riduzione dei rischi associati alle patologie correlate.

Oltre a questo, è necessario assicurare contemporaneamente una serie di altre offerte e servizi alla persona quali: cure mediche (in particolare per l'infezione da HIV e per le altre malattie infettive, quali epatiti, TBC, malattie sessualmente trasmesse, ecc.), interventi per la prevenzione delle patologie correlate, cure per la salute mentale, offerte specifiche per i minori, supporto educativo, supporto legale, supporto sociale per le condizioni primarie di vita, supporto per la famiglia.

Le caratteristiche delle attività dei Dipartimenti delle Dipendenze in relazione alla cura della dipendenza sono:

- Contatto precoce (anche mediante unità di contatto in strada e l'utilizzo di siti web). Risulta fondamentale orientare l'organizzazione al contatto quanto più precoce possibile con le persone con dipendenza da sostanze, agevolando ed incentivando l'accesso anche tramite attività sul territorio di operatori specializzati, sia nei luoghi di consumo che in quelli di intrattenimento. Un importante ruolo nel contatto precoce può essere svolto da Internet e dalla possibilità di avere siti web attrattivi ed interattivi, soprattutto con le persone che consumano cocaina.
- Offerta differenziata, integrata e multidisciplinare. L'offerta terapeutica deve essere:
  - differenziata in base alle caratteristiche e ai bisogni dei pazienti, conservando la necessaria integrazione degli interventi medici, psicologici, educativi e sociali. A questo proposito risulta indispensabile assicurare la presenza di tutte le professionalità necessarie per poter avere un approccio multidisciplinare e il loro coordinamento mediante l'adozione di programmi terapeutici e riabilitativi per ogni singolo paziente;
  - adeguata anche in base allo stadio del cambiamento comportamentale e al livello motivazionale del paziente;
  - con forte orientamento alla riabilitazione e al reinserimento, e non alla semplice gestione di lungo termine del paziente;
  - differenziata per fasce di età. E' necessario prevedere programmi, fasce orarie o ambienti specificatamente dedicati ai pazienti minorenni e differenziati da quelli degli altri pazienti;
  - è fondamentale prevedere all'interno dei dipartimenti programmi ben strutturati e formalizzati che siano "incrementali e a soglie crescenti" in modo da poter far percorrere al paziente un processo di cura evolutivo verso la possibile guarigione;
  - valutata negli esiti (outcome) mediante indicatori quantitativi in grado di rappresentare l'interruzione di uso di sostanze nel tempo, la qualità di vita, il grado di reinserimento sociale e lavorativo, il rischio infettivo e di overdose. Contemporaneamente, sarà necessario prevedere la possibilità di monitorare e correlare gli esiti con le prestazioni erogate (densità prestazionale media su paziente e volume totale).

**Contatto  
precoce**

**Offerta differenziata,  
integrata e  
multidisciplinare**

### **5.3 Prevenzione delle patologie correlate**

È necessario prevedere specifiche azioni e programmi strutturati per la prevenzione delle patologie correlate all'uso di sostanze. Questo potrà avvenire anche mediante informazione e training comportamentali per i pazienti in trattamento (sia nei Ser.D. che nelle Comunità) orientati allo sviluppo di abilità preventive sia delle infezioni, sia delle overdose. Per ulteriori informazioni si rimanda alle specifiche linee di indirizzo riportate in bibliografia.

**Informazione  
e training  
comportamentali**



## 5.4 Diagnosi e cura delle patologie correlate

### Mantenimento del luogo di cura

Presso i dipartimenti, oltre alla continuità assistenziale, è necessario assicurare la completezza di tutta la gamma delle offerte terapeutiche necessarie alla cura delle persone tossicodipendenti. È noto, infatti, che richiedere lo spostamento da un centro di cura ad un altro per poter trattare diverse patologie (come ad esempio, malattie sessualmente trasmesse, infezione da HIV, epatiti, TBC, ecc.), soprattutto per una persona tossicodipendente, aumenta il rischio di mancato inizio ed abbandono delle cure. È necessario quindi sviluppare una strategia organizzativa che concentri l'offerta diagnostica e terapeutica per le persone tossicodipendenti in un unico luogo fisico.

### Diagnosi precoce delle malattie e test ai partner

I dipartimenti devono essere in grado di diagnosticare precocemente, presso le proprie unità operative, la presenza di eventuali malattie infettive droga correlate mediante l'offerta sistematica di test di screening specifici, sia ai nuovi utenti che a quelli già in carico e che dovrebbero essere ritestati almeno una volta ogni 6-12 mesi.

### Caratteristiche del test

Il test deve contemplare alcune caratteristiche fondamentali:

- volontarietà
- possibilità di esecuzione in anonimato
- confidenzialità
- consenso informato esplicito
- intervento di counselling

Oltre a questo, risulta fondamentale, per le persone riscontrate sieropositive, che i servizi offrano attivamente il test anche ai partner mediante l'impiego, esclusivamente su adesione volontaria, di procedure di contact tracing e partner notification.

L'utilizzo di tali procedure infatti consente di:

- ridurre il numero delle persone infettate da persone HIV positive non a conoscenza del loro stato;
- ridurre la prevalenza delle persone con infezioni asintomatiche non ancora in terapia per non conoscenza della loro condizione;
- ridurre la diffusione anche di altre malattie sessualmente trasmesse;
- far aumentare la precocità di accesso alle terapie anti-HIV

### Offerta precoce di cure e terapie farmacologiche

Inoltre, risulta indispensabile che i dipartimenti possano offrire cure e terapie farmacologiche precoci in particolare per l'infezione da HIV e per le epatiti virali presso la sede dove il paziente assume le terapie per la tossicodipendenza. La precocità delle cure per le malattie infettive non solo aumenta la probabilità di ridurre l'evoluzione in malattia ma riduce anche la carica virale, diminuendo così la trasmissibilità dell'infezione. I problemi tecnico-organizzativi devono quindi essere superati assicurando l'erogazione tempestiva e costante anche di tali terapie presso i Dipartimenti delle Dipendenze. Ciò può avvenire o con la presenza di personale residente e specializzato in trattamenti o con la stipula di accordi di collaborazione con i reparti di malattie infettive per assicurare la presenza di consulenti presso i dipartimenti.



## 5.5 Riabilitazione

Ricordando che la riabilitazione rientra a pieno titolo nei livelli essenziali di assistenza, va segnalata la grave carenza ancora esistente nei dipartimenti di questo cruciale aspetto.

**Grave carenza di riabilitazione**

La riabilitazione delle persone con dipendenza è un lungo processo educativo sempre possibile e da ricercare attivamente e costantemente fin da subito, sia per quanto riguarda lo sviluppo, il recupero e il mantenimento delle abilità sociali e delle relazionali della persona, sia per quanto riguarda le life skills, soprattutto quelle lavorative, a garanzia del mantenimento della propria autonomia e indipendenza.

**Riabilitazione come processo educativo possibile e da ricercare**

È necessario distinguere la fase della riabilitazione da quella del successivo reinserimento sociale e lavorativo, anche se strettamente correlate e spesso compenstrate. La prima fase è prevalentemente finalizzata alla costruzione delle condizioni di base per poter reinserire la persona tossicodipendente; la seconda fase, evoluzione e completamento della prima, è fortemente finalizzata all'autonomizzazione sociale e lavorativa della persona. Il processo terapeutico-riabilitativo è da considerarsi, quindi, un processo continuativo ed "incrementale", e cioè costituito da sequenze operative mutuo-supportive con un incremento della gradualità degli obiettivi verso l'autonomizzazione della persona, secondo la sequenza: aggancio precoce, trattamento intensivo iniziale, stabilizzazione del trattamento con contestuale riabilitazione e successivo reinserimento.

**Riabilitazione e reinserimento**

Il trattamento, la riabilitazione e il reinserimento, quindi, non sono processi strettamente sequenziali ma "incrementali" l'uno dell'altro e fortemente integrati. Le attività di riabilitazione, infatti, possono e devono iniziare già durante il trattamento, così come quelle di reinserimento iniziano già durante la fase di riabilitazione. Il passaggio da una fase all'altra risulta graduale e, in un primo momento, compenetrato. La riabilitazione e il reinserimento sociale delle persone tossicodipendenti devono trovare, quindi, una giusta e prioritaria considerazione fin dall'inizio dell'attivazione dei programmi di trattamento, sia per quanto concerne quelli ambulatoriali, sia quelli residenziali.

**Processo incrementale**

Il reinserimento lavorativo delle persone dipendenti costituisce l'obiettivo e il punto di arrivo di tutti i trattamenti al fine di garantire l'autonomia, l'indipendenza e la possibilità di una reale e duratura reintegrazione nella vita e nella società delle persone tossicodipendenti.

**Reinserimento lavorativo come obiettivo finale per l'autonomia**

Concretamente, è necessario che ogni dipartimento possieda specifici programmi e protocolli generali formalizzati per la riabilitazione (criterio di accreditamento).

**Protocolli specifici per la riabilitazione**

Ogni singolo utente dovrebbe avere un proprio e formale programma di riabilitazione personalizzato, con obiettivi esplicitati, verificati e monitorati nel tempo al pari dei programmi farmacologici.

**Personalizzazione dei programmi di riabilitazione**

### 5.5.1 La Risoluzione ONU sul recupero e reinserimento sociale e lavorativo proposta dal governo italiano e adottata dalle Nazioni Unite

Il tema del reinserimento sociale e lavorativo delle persone tossicodipendenti è stato oggetto di un'importante Risoluzione ONU varata a Vienna a marzo 2011 nell'ambito della 54esima Commissione stupefacenti delle Nazioni Unite. La Risoluzione, presentata dal Dipartimento Politiche Antidroga, era stata precedentemente discussa, concordata, sostenuta prima da 27 Paesi dell'Unione Europea a Bruxelles, in sede di Consiglio Europeo, e quindi è approdata a Vienna dove è stata definitivamente approvata e condivisa dai 180 Stati delle Nazioni Unite (Allegato 7).

**54esima Commissione stupefacenti delle Nazioni Unite**

**Prevenzione e recovery: punti fondamentali nell'intervento sulle tossicodipendenze**

La risoluzione è un risultato importante perché, oltre a valorizzare l'attività di prevenzione dell'uso di droghe, essa riporta e valorizza come punti fondamentali nell'intervento sulle tossicodipendenze i concetti di riabilitazione, reinserimento sociale-lavorativo e di "recovery", cioè il recupero totale della persona. Con questa risoluzione, quindi, tutti gli Stati delle Nazioni Unite hanno concordato che quella proposta dall'Italia deve essere la strategia prioritaria nell'approccio alle tossicodipendenze.

**Riconoscimento internazionale della strategia italiana in materia**

Un così ampio consenso ha testimoniato il riconoscimento che a livello internazionale riceve attualmente la strategia del governo italiano in tema di tossicodipendenza. E' la prima volta, infatti, che una risoluzione così importante ed articolata proposta dall'Italia acquisisce l'apprezzamento e l'approvazione di tutti gli Stati membri delle Nazioni Unite al punto tale che molti di loro hanno dichiarato di voler impegnare risorse per realizzare strategie di recupero totale delle persone tossicodipendenti nei propri ambiti territoriali.

## 5.6 Reinserimento sociale e lavorativo

**Protocolli specifici per il reinserimento**

Il programma di reinserimento lavorativo prevede la definizione di un percorso riabilitativo che faciliti l'acquisizione e il rafforzamento di abilità e di competenze finalizzate ad un adeguato inserimento nel mondo del lavoro. È necessario che ogni dipartimento abbia specifici programmi e protocolli generali formalizzati per il reinserimento sociale e lavorativo (criterio di accreditamento) del soggetto.

**Personalizzazione dei programmi di reinserimento**

L'analisi della motivazione, della disponibilità e delle caratteristiche psico-fisiche del soggetto orientano gli operatori nell'attuare una scelta tra un percorso formativo in un contesto occupazionale (attraverso tirocini) o un percorso lavorativo vero e proprio. Oltre a ciò, nel predisporre il progetto individuale, l'operatore deve valutare le caratteristiche del contesto occupazionale e individuare le metodologie e gli strumenti da adottare. Ogni singolo utente dovrebbe quindi avere un proprio programma di reinserimento sociale e lavorativo, con obiettivi esplicitati, verificati e monitorati nel tempo al pari dei programmi farmacologici.

## 5.7 La community sociale "no drugs – be free"

**Community sociale di supporto al dipartimento**

Ogni dipartimento dovrebbe avere una community sociale di supporto alle proprie attività in grado di coinvolgere sia le autorità locali (Sindaco, Prefetto, Forze dell'Ordine), sia la popolazione generale (soprattutto quella giovanile) per sostenere le politiche e gli interventi antidroga, diffondere messaggi ed informazioni chiare ed esplicite contro l'uso di sostanze al fine di far mantenere la percezione del rischio nei giovani particolarmente alta (fattore protettivo) e contemporaneamente elevata anche la disapprovazione sociale (fattore che si è dimostrato in grado di far diminuire i consumi negli adolescenti). La community risulta anche importante per poter aggregare e coordinare le associazioni sportive, culturali, produttive, ecc. presenti sul territorio e fornire loro indicazioni ed informazioni affinché nelle loro attività venga sempre portato e sia sempre presente un messaggio antidroga.

**Consorzio etico**

Utile a questo proposito si è dimostrata la costituzione di un "consorzio etico", cioè una community contro tutte le droghe formata da opinion leader e persone di chiara fama soprattutto a livello locale, che intendono testimoniare il valore di stili di vita sani e gratificanti senza l'uso di sostanze e l'abuso di alcol, facendosi parte attiva nella diffusione delle idee contro l'uso di sostanze stupefacenti e la legalizzazione di tali sostanze e creando opportunità per i giovani attraverso il loro operato.

## 5.8 Le attività di progetto nella gestione operativa

Alcune attività del dipartimento possono rappresentare iniziative e attività di progetto temporanee intraprese per creare nuovi servizi, oppure possono essere volte a realizzare un prodotto definito e innovativo, con una precisa data di inizio e fine e una precisa allocazione delle risorse. In questi casi, si parla di attività progettuali che rientrano a pieno nelle funzioni istituzionali dei Dipartimenti delle Dipendenze.

In particolare, è possibile prevedere, all'interno del dipartimento, un'unità operativa semplice per la gestione dei progetti, che provveda alla gestione tecnico-scientifica di tutti i progetti locali, regionali, ministeriali ed europei del Dipartimento delle Dipendenze, interfacciandosi con le strutture aziendali ed armonizzando il proprio operato con le indicazioni e le procedure definite dalla direzione strategica.

La figura, nonché la funzione, del project manager sarà responsabile della pianificazione e della gestione generale dei progetti, nonché del coordinamento con la Direzione del dipartimento.

L'attività di progetto e i progetti stessi sono delle importanti risorse ed opportunità, non solo finanziarie, su cui le Regioni, le aziende sanitarie e i dipartimenti stessi devono poter investire. Essi devono inoltre essere messi in grado di gestire tali opportunità e risorse in maniera tempestiva ed adeguata. La logica del "lavorare per progetto" e, quindi, con obiettivi chiari, indicatori quantitativi di risultato sia intermedi che finali, in tempi prestabiliti e con responsabilità chiare (chi fa che cosa) è una logica estremamente importante e utile da introdurre come modalità permanente di lavoro all'interno dei dipartimenti.

L'effetto negativo da evitare con l'utilizzo dei progetti, però, è sicuramente quello di iniziare a sostenere finanziariamente servizi che, invece, costituiscono attività istituzionali, rientranti quindi nel budget del dipartimento.

I progetti

La logica del "lavorare per progetti"

## 5.9 Possibile utilizzo della "web clinic" nelle dipendenze

L'utilizzo delle telecomunicazioni e della tecnologia informatica per fornire l'accesso alla valutazione della propria salute, per ricevere diagnosi, consulenze, supervisioni e informazioni a distanza tramite rete web è sempre più frequente in vari settori della medicina. A tal fine, Internet svolge una funzione importante nella pratica e nell'economia della medicina ma anche della psicologia e del supporto e orientamento del paziente nonché al suo contatto iniziale. Questo strumento si è dimostrato utile, efficace e sostenibile anche nell'ambito delle dipendenze ed è auspicabile che i Dipartimenti, che devono fornire servizi sempre più competitivi e con uno spettro sempre più ampio dei vari clienti, introducano servizi online e siti web per i pazienti, finalizzati a migliorare i servizi amministrativi e a gestire in modo sempre più efficiente gli interventi di cura e supporto che possono trarre beneficio anche da questo strumento.

Si parla quindi di uno strumento virtuale di contatto e supporto alla gestione clinica che prende il nome di "web clinic", ovvero dell'utilizzo di Internet come un'interfaccia-cliente per migliorare e velocizzare l'accesso al dipartimento, destinata agli operatori del settore (professionals), come medici, psicologi, assistenti sociali infermieri, educatori, e aperta anche agli utenti esterni (visitatori), oltre che ai clienti già in carico.

Le principali aree di applicazione della web clinic, nella moderna sanità, sono: l'emergenza sanitaria, la teleassistenza domiciliare ("home care"), la diagnosi e le consultazioni remote, i sistemi informativi sanitari distribuiti, i servizi ambulatoriali remotizzati con accesso a servizi specialistici da parte di centri periferici, lo scambio e la raccolta elettronica di dati ed immagini a livello nazionale e sovranazionale, la comunicazione tra e con i laboratori diagnostici, l'educazione sanitaria continua, la teledi-

Telecomunicazioni e tecnologia informatica

Aree di applicazione

dattica tradizionale ed interattiva. Esiste quindi un'ampia esperienza e strumentazione tecnologica a disposizione che può essere facilmente utilizzata anche dagli operatori del settore delle dipendenze.

**Bisogni, processi, servizi**

La web clinic si caratterizza come una struttura virtuale in grado d'essere interrogata con diverse domande, di attivare processi di valutazione ed erogare servizi. Nella figura seguente si contestualizza il processo essenziale della web clinic all'interno del Sistema Sanitario Nazionale. Ancor più possiamo pensare che la web clinic sia una risorsa che si può integrare all'interno dell'organizzazione standard dei Dipartimenti delle Dipendenze. Questo permetterà di integrarsi ancora meglio non solo con le altre strutture aziendali, ma anche con quelle extra-aziendali.

Attraverso un sito web specificatamente dedicato, il cliente interroga la web clinic riportando i propri bisogni attraverso un'interfaccia semplice e facilmente manovrabile che lo mette in contatto con un operatore il quale, in maniera differita, e non in real time, lo mette in contatto con un operatore del dipartimento che può valutare la domanda e indirizzarla correttamente verso il contatto con gli specialisti; successivamente, vengono attivati una serie di processi interni sulla base dei quali viene definito il tipo di prestazione da erogare, sia essa un primo supporto per l'orientamento del paziente, sia essa finalizzata alla gestione di un programma terapeutico già attivato. Questo tipo di approccio si è dimostrato particolarmente gradito per i pazienti consumatori di cocaina ancora ben integrati nella rete sociale e lavorativa e per le persone non ancora particolarmente motivate al cambiamento comportamentale. Una delle difficoltà importanti da affrontare è comunque la necessità di garantire ai clienti che accedono alla "web clinic" standard procedurali e di riposta tra i vari operatori. Tale struttura pertanto avrà bisogno di procedure interne e protocolli condivisi e ben conosciuti dagli operatori che agiranno in tale settore.

L'addiction web clinic può annoverare una serie di offerte che vengono riportate in Tabella 2.

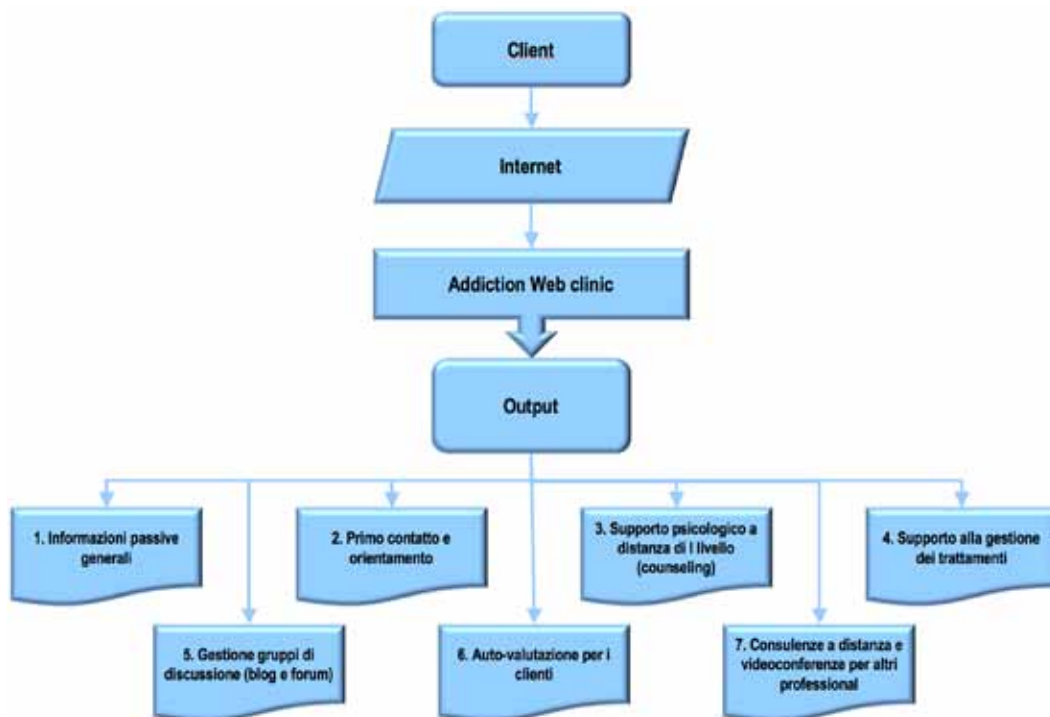
**Necessaria versatilità degli operatori**

La fattibilità e la sostenibilità organizzativa di questo sistema sono molto alte. Tuttavia, è necessario considerare che gli operatori addetti devono essere particolarmente versatili all'uso di Internet e delle tecnologie digitali e soprattutto della gestione del particolare tipo di relazione che si instaura con il paziente attraverso l'uso del web. Il tempo dedicato a sostenere un'"addiction web clinic" per introdurre queste nuove modalità organizzative è notevolmente inferiore rispetto al tempo che bisognerebbe dedicare se tali attività venissero gestite con rapporti diretti, richiedendo l'accesso diretto al servizio da parte sia dei pazienti che dei professionisti. Questo approccio viene anche definito tecnicamente "time saving" in riferimento al tempo risparmiato dai clienti e dagli operatori.

Tabella 2 - Offerte a disposizione annoverate dall'addiction web clinic.

| N | Ambito di attività (offerta)                                   | Specifiche  |
|---|--|---|
| 1 | Informazioni passive generali                                  | Quest'area è dedicata alla fornitura di informazioni senza interazione attiva tra cliente e professional. Le informazioni riguardano in particolare due ambiti: il primo è quello delle possibili offerte da ottenere all'interno del sito; il secondo è l'ambito preventivo e terapeutico delle varie forme di addiction.  |
| 2 | Primo contatto e orientamento                                  | Quest'area è dedicata all'aggancio precoce del paziente utilizzatore di Internet mediante la possibilità di ricevere, tramite email, blog o partecipazione a forum, domande da parte del client interessato. La gestione di questa interazione avviene chiaramente in forma differita ed esclude quindi le emergenze-urgenze, in modo da dare all'operatore la possibilità di programmare sia i tempi, sia i contenuti delle risposte. L'area ha come finalità anche quella di orientare meglio il paziente alla forma più opportuna di accesso ed eventuale trattamento.                                   |
| 3 | Supporto psicologico a distanza di primo livello (counseling)  | Molte esperienze in vari paesi stanno dimostrando la possibilità, anche nelle dipendenze, di poter instaurare programmi di supporto mediante counseling motivazionale a persone con dipendenza da sostanze, che non hanno la possibilità o l'intenzione di accedere ai servizi ambulatoriali. Questa nuova forma di supporto deve comunque trovare personale particolarmente versatile e addestrato all'uso di interazioni virtuali tramite Internet.   |
| 4 | Supporto alla gestione dei trattamenti                         | Quest'area è dedicata a supportare a distanza la routinaria gestione dei pazienti già in trattamento che possono accedere alla rete Internet e quindi ridurre la difficoltà derivante dalla mobilità territoriale senza interrompere la relazione con il terapeuta. Questo tipo di supporto si è dimostrato molto utile e fattibile soprattutto per la gestione dei trattamenti delle patologie correlate alla dipendenza, quali l'infezione da HIV e l'epatite C, aumentando l'aderenza ai trattamenti ed ai controlli.  |
| 5 | Gestione dei gruppi di discussione (blog e forum)              | Attraverso quest'area è possibile, per specifici argomenti di interesse comune, dare informazioni e standardizzare i comportamenti di accesso e partecipazione ai trattamenti e ai controlli diagnostici di vari gruppi di pazienti. Gli argomenti possono essere così trattati in modo omogeneo ed uniforme, diffondendo le buone prassi a vari gruppi di clienti che possono far presente, a loro volta, eventuali aspettative o indicazioni di miglioramento.  |
| 6 | Auto-valutazione per i clienti                                 | In quest'area possono essere inseriti dei test di auto-valutazione per i clienti, sia relative alle proprie condizioni di salute o di dipendenza, sia per quanto riguarda i risultati raggiunti durante il trattamento. L'applicazione di queste metodologie è risultata particolarmente efficace nel motivare il paziente e nel migliorare l'accesso e l'aderenza ai trattamenti.  |
| 7 | Consulenze a distanza e videoconferenze per altri professional | L'addiction web clinic si è dimostrata particolarmente utile nel ridurre i tempi e l'impegno necessario per fornire consulenze a distanza anche mediante l'utilizzo di videoconferenze o di semplici strumenti (come Skype) dove è possibile scambiare informazioni e materiali in maniera estremamente facilitata. L'accesso a questo servizio, chiaramente programmato ed in differita, si è rivelato particolarmente utile non solo per le consulenze specialistiche ai reparti ospedalieri che accolgono pazienti tossicodipendenti per vari motivi medici, ma anche per i medici di medicina generale. |

Figura 10 - Modello di addiction web clinic.



# 6 I principali processi e le procedure standard

## 6.1 I principali processi e le loro caratteristiche

Il funzionamento corretto e duraturo nel tempo dei Dipartimenti delle Dipendenze si può ottenere se saranno definiti all'interno del dipartimento una serie di processi e procedure standard che permettano di conservare la qualità necessaria per erogare prestazioni, sia in ambito di prevenzione sia di cura e riabilitazione. I processi e le procedure adottate dal dipartimento dovranno essere evidence based, formalizzati, conosciuti e applicati dagli operatori e periodicamente controllati nella loro corretta applicazione da parte dei responsabili e del direttore (process adherence) e negli output.

Caratteristiche dei processi e delle procedure

I principali processi standard sono:

- processo di contatto precoce, accoglienza ed intake del paziente
- processo di prima valutazione dei bisogni primari e decodifica della domanda
- processo di valutazione diagnostica e monitoraggio
- processi di prescrizione, somministrazione e controllo dei trattamenti farmacologici integrati
- processo di riabilitazione
- processo di valutazione delle prestazioni e dei servizi erogati (output)
- processo di valutazione degli esiti dei trattamenti (outcome)
- processo di valutazione dei costi e delle risorse utilizzate (input)
- processo di valutazione della soddisfazione dei clienti (interni ed esterni)
- processo di dimissione
- processo di reporting standard
- processo di formazione degli operatori
- processo di controllo della sicurezza delle attività svolte (risk management)

Gli elementi che caratterizzano i processi nei Dipartimenti delle Dipendenze sono:

### 1. *Attività sequenziate*

Per i processi operativi deve essere chiara la sequenza delle azioni in modo che tutti gli operatori abbiano consapevolezza di che cosa andrebbe fatto e di che cosa deve essere fatto in quale sequenza.

### 2. *Predefinizione*

I processi devono essere predefiniti rispetto alla partenza delle attività in modo che gli operatori sappiano ex-ante quello che devono fare e le modalità con cui svolgere tali attività.

### 3. *Costanza*

I processi devono essere mantenuti costanti nel tempo sia per quanto riguarda la sequenza delle attività sia la loro applicazione specifica.



4. *Finalizzazione*  
I processi devono essere finalizzati a produrre specifici output misurabili e verificabili, coerenti con gli obiettivi e la mission del dipartimento.
5. *Tempificazione*  
Lo svolgimento delle attività e i tempi di produzione devono essere tempificati e cioè definiti nei tempi di realizzazione e di produzione degli output.
6. *Uso di risorse*  
Nella descrizione del processo è necessario definire anche quali e quante risorse potranno essere utilizzate sia umane, sia i beni, i servizi e quelle finanziarie, coerentemente con i budget assegnati.
7. *Produzione di output chiari*  
La formalizzazione dei processi dovrà prevedere la definizione chiara dei prodotti attesi da ogni singolo processo.
8. *Uso di metodologie formali*  
I processi andranno formalizzati in specifici algoritmi e matrici WDW, diffusi in forma scritta a tutti gli operatori del dipartimento e depositati presso la direzione del dipartimento e di ogni singola unità operativa.
9. *Scientificamente ed eticamente orientato*  
Nella preparazione e stesura dei processi dovranno essere utilizzate le evidenze scientifiche e rispettati i principi etici per il trattamento delle dipendenze.

Figura 11 - Elementi caratterizzanti i processi nei Dipartimenti delle Dipendenze.





Al fine di fornire chiaramente compiti e funzioni ai singoli operatori, è necessario sviluppare per ciascun profilo professionale uno specifico "job profile", cioè una descrizione analitica formalizzata per iscritto delle principali caratteristiche di una posizione organizzativa. Il job profile dovrà contenere, ben descritti e standardizzati per tutte le figure professionali, il nome della posizione, le sue finalità, i requisiti professionali di base richiesti per svolgere tali compiti, le basi di conoscenze specialistiche necessarie, le skills professionali e relazionali necessarie oltre alle attività e le responsabilità derivanti e i clienti.

Nel job profile sarà necessario, inoltre, che l'operatore trovi anche note esplicative sulle modalità con cui svolgere i propri compiti e i criteri di qualità attesi oltre che indicazioni su chi siano i propri referenti in termini organizzativi e gerarchici e di supervisione tecnica.

**Job profiles**

## 6.2 Integrazione dei processi e continuità assistenziale

Un concetto fondamentale da sottolineare relativamente ai processi assistenziali, è quello di dover sempre assicurare la continuità assistenziale anche e soprattutto nel momento in cui il paziente passa da un'unità operativa all'altra per l'evoluzione del suo stato clinico (ad esempio, da Ser.D. a Comunità o da Comunità a Ser.D.). E' necessario evidenziare quanto sia indispensabile il fatto che tutti i professionisti delle varie unità operative del Dipartimento sviluppino la consapevolezza che il paziente in carico in una specifica unità operativa, Ser.D. o Comunità che sia, è "in carico" al Dipartimento, e cioè il suo percorso assistenziale deve essere condiviso nelle scelte sia di progressione che di regressione tra tutte le unità operative coinvolte e non solo quella che ce l'ha in carico in quel momento. E' importante sottolineare questo soprattutto in relazione alle dimissioni forzate che alcune volte vengono messe in atto da qualche comunità terapeutica per il sopraggiungere di condizioni di incompatibilità ambientale del paziente o di comportamenti inadeguati che rendono necessario un suo allontanamento dalla Comunità. In alcuni casi, si è verificato il fatto che questo allontanamento è avvenuto in modo molto repentino senza un concordato piano alternativo di presa in carico da un altro servizio del Dipartimento esponendo, a volte, il paziente a rischi e disagi sia di recidiva che di overdose o disagi di altra natura.

**Garantire la continuità assistenziale**

La raccomandazione che viene quindi formulata è quella di attuare sempre, in caso di necessità di dimissioni forzate, un vero e proprio "trasferimento del paziente" ad altre unità operative del Dipartimento a più bassa soglia e quindi più adatto allo stadio del cambiamento e alla motivazione del paziente in quel momento, dando sempre delle offerte alternative che possono essere dal rientro in terapia farmacologica presso il Ser.D. al supporto presso un'unità mobile ad un'assistenza di tipo semiresidenziale, ecc.: importante sarà non abbandonare mai il paziente a se stesso. Questo connoterebbe, infatti, in caso di incidente, non solo una trasgressione al principio della continuità assistenziale e l'esposizione a rischi evitabili del paziente, ma anche l'esposizione a rischi legali degli operatori stessi che hanno attuato tali scelte professionali.

**Dare sempre offerte alternative e mai abbandonare il paziente a sé stesso**

Si impone quindi la necessità di integrare le unità operative, non solo attraverso un assetto organizzativo di tipo dipartimentale che preveda un gruppo di coordinamento e programmazione pubblico-privato, ma soprattutto attraverso l'integrazione dei processi assistenziali e il fissare regole chiare su come gestire formalmente ed operativamente i vari passaggi del percorso terapeutico e riabilitativo del paziente (ammissione, dimissione, trasferimenti) tra un'unità operativa e l'altra. Avere queste chiarezze sarà fondamentale per la corretta gestione del paziente, soprattutto nei momenti di crisi: ricadute, dimissioni forzate dalle Comunità per incompatibilità comportamentale e/o ambientale, non efficacia dell'intervento, ecc.

**Integrare le unità operative attraverso il Dipartimento e l'integrazione dei processi assistenziali**



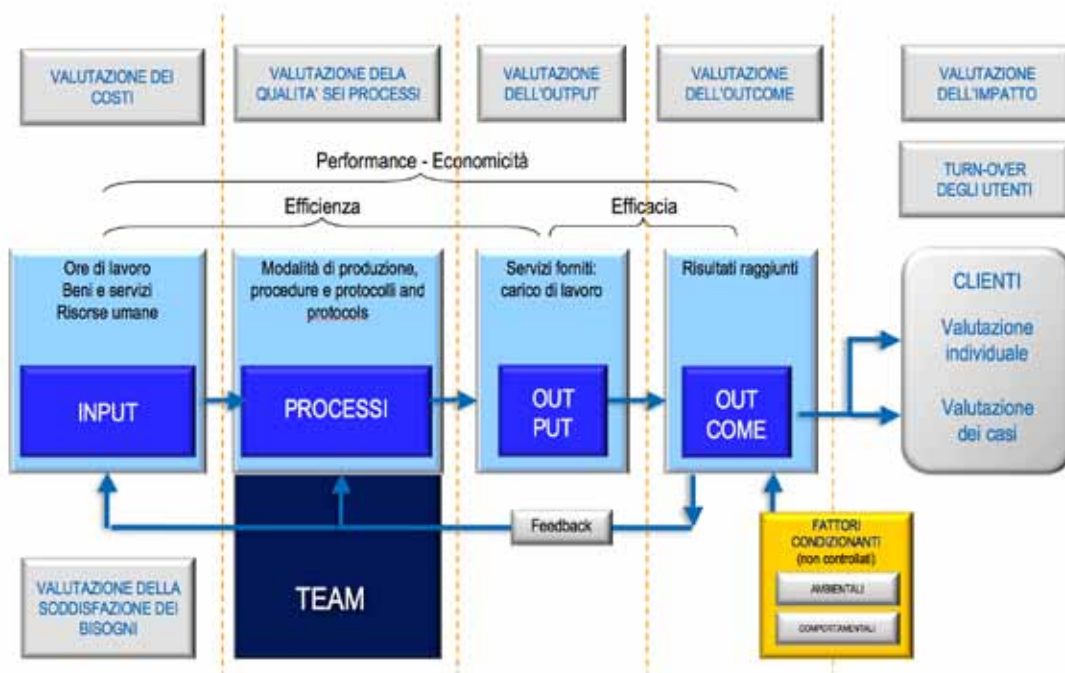
# 7 | La valutazione degli esiti

Al fine di governare il sistema e di razionalizzare gli impegni di spesa e le risorse assegnate, sarà indispensabile mettere a punto un sistema di valutazione e controllo in grado di rendere visibili e comprensibili le prestazioni erogate (output) gli effetti prodotti (outcome) a fronte delle risorse impegnate (input) in modo da poter realmente comprendere "in progress" il raggiungimento degli obiettivi assegnati.

A tal fine sarà indispensabile che ciascun Ser.D. rilevi le prestazioni erogate con sistemi di registrazione in grado di imputare per ogni singolo paziente le prestazioni erogate dal singolo operatore. Molta attenzione dovrà essere posta affinché le modalità di raccolta e verifica delle prestazioni, siano standardizzate tra le singole unità operative omogenee per compiti e funzioni.

**Caratteristiche dei processi e delle procedure**

Figura 12 - Valutazione degli esiti del dipartimento.



### Dimensioni per la misurazione della qualità

Esistono diverse dimensioni su cui misurare la qualità degli interventi assistenziali che necessariamente deve essere valutata in maniera multidimensionale partendo dalla considerazione che la qualità si raggiunge assicurando contemporaneamente una serie di condizioni e caratteristiche.

Come indicato nella Figura sottostante, le principali dimensioni per la misurazione della qualità degli interventi nel Dipartimento delle Dipendenze riguardano:

1. Sicurezza - Condizioni con cui si assicurano i clienti e gli operatori da eventuali rischi o danni.
2. Eticità - Grado di rispetto dei diritti umani, dei principi di eguaglianza nell'accesso, nell'informazione, nell'utilizzo dell'assistenza e del buon uso delle risorse.
3. Accessibilità - Grado di facilità di accesso alla struttura, ai trattamenti e alle informazioni da parte dei clienti.
4. Libera scelta - Condizione in cui si può effettivamente esercitare la propria libertà di scelta relativamente al curante, alle terapie appropriate e del luogo di cura.
5. Partecipazione del cliente - Grado di informazione attiva dei clienti e di coinvolgimento nei processi decisionali.
6. Equità del trattamento - Garanzia di un trattamento non differenziato tra i clienti su base discrezionale o discriminatoria.
7. Appropriatezza - Caratteristica degli interventi per la quale i benefici attesi superano fortemente i rischi derivanti dall'intervento stesso.
8. Efficacia - La capacità dimostrabile di una organizzazione o di un intervento terapeutico o riabilitativo di produrre realmente risultati positivi.
9. Efficienza e tempestività - Grado di utilizzo ottimizzato delle risorse e grado di risposta ai bisogni e/o soddisfazione della domanda della popolazione (efficienza allocativa o esterna).
10. Continuità assistenziale - Condizione per la quale il cliente ha assicurata la continuità delle prestazioni nel tempo.

Figura 13 - Principali dimensioni per la misurazione della qualità degli interventi nel Dipartimento delle Dipendenze.

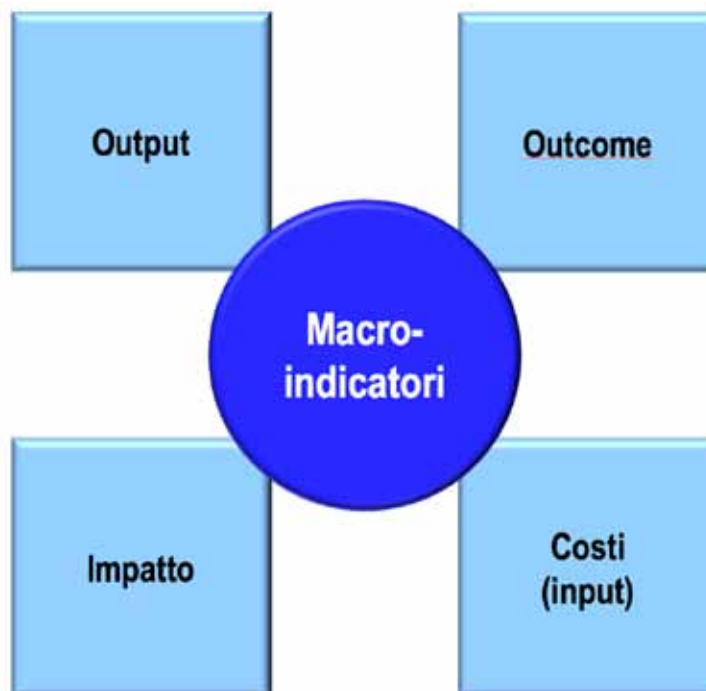


In Allegato si riporta una check list indicativa e generale dei criteri di qualità che il dipartimento dovrebbero possedere in considerazione delle presenti linee di indirizzo (Allegato 3).

Il Dipartimento delle Dipendenze dovrà essere necessariamente dotato di sistemi informativi per permettere la contemporanea e permanente valutazione dei seguenti macro indicatori:

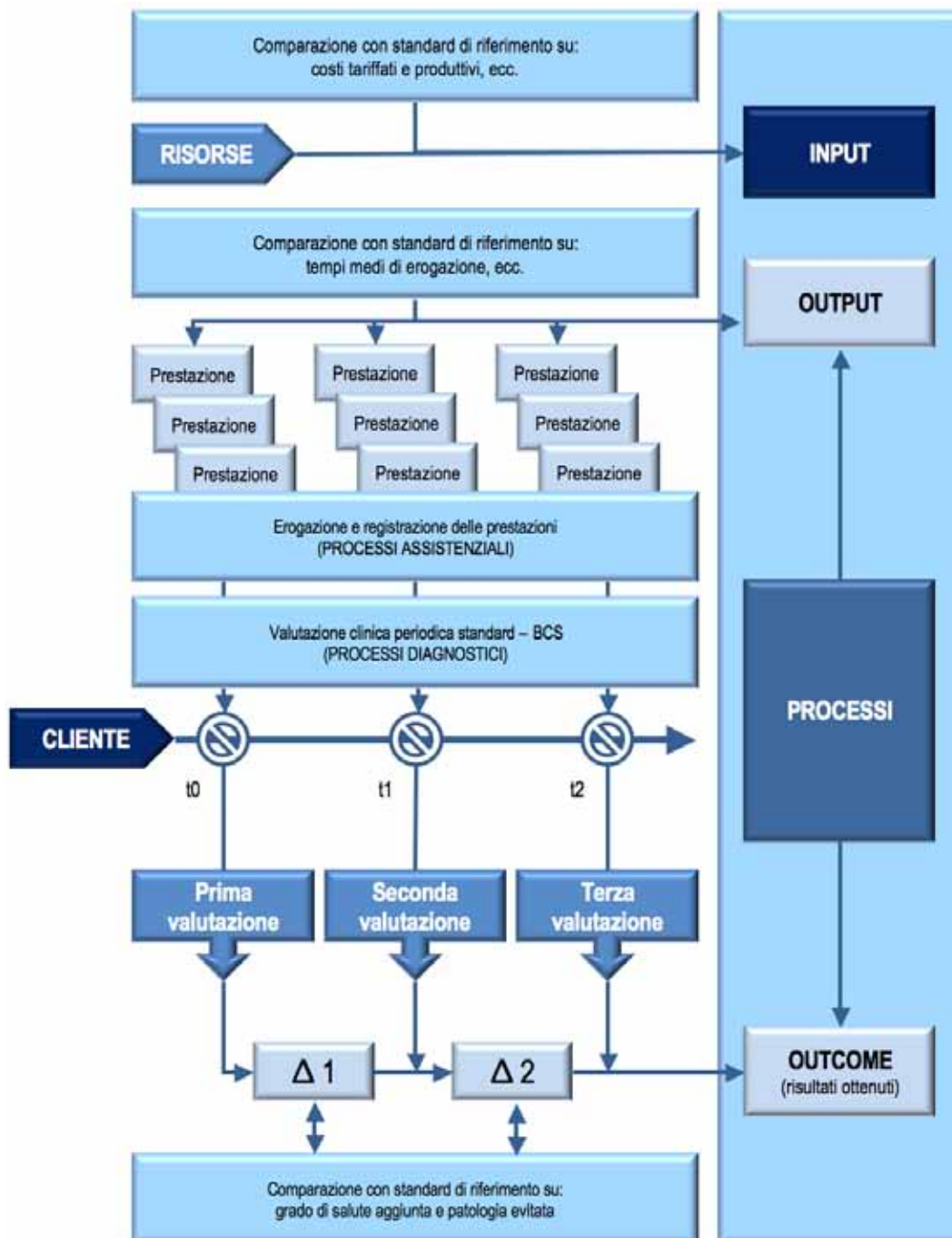
- risorse impiegate e costi generati (input);
- prestazioni e servizi erogati (output) con possibilità di correlare le singole prestazioni al paziente ricevente e all'operatore che eroga la prestazione;
- esiti raggiunti (outcome osservato attraverso la quantificazione dell'efficacia in pratica - effectiveness - dei trattamenti). La valutazione degli esiti dei trattamenti deve essere in grado di rilevare indicatori per singolo paziente relativi all'uso di sostanze stupefacenti durante il trattamento, la qualità di vita, il grado di reinserimento sociale e lavorativo, il rischio di malattie infettive o di overdose e la soddisfazione del cliente;
- oltre a questo, andrà definito l'impatto concreto sul fenomeno, negli anni, sul territorio dove il dipartimento svolge le sue attività, misurato attraverso indicatori che rilevino e stimino il numero dei tossicodipendenti con necessità di trattamento, la risposta assistenziale relativa e la variazione del numero dei consumatori nel tempo.

Figura 14 - Macro-indicatori da valutare contemporaneamente nei Dipartimenti delle Dipendenze.



Per poter realizzare un sistema di questo tipo è necessaria una profonda revisione dei modelli assistenziali correnti dove il computo delle risorse impiegate o addirittura dei risultati ottenuti non vengono ancora eseguiti ma soprattutto non vi è alcun criterio e/o standard di riferimento per la comparazione dei risultati. La figura sottostante rappresenta ulteriormente questo concetto.

Figura 15 - Modello concettuale generale e flussi del sistema per la valutazione della qualità nei Dipartimenti delle Dipendenze.



# 8

## Il reporting standard

Ogni dipartimento deve dotarsi di un'unità dedicata ad un osservatorio epidemiologico e di controllo di gestione. Tale unità dovrà occuparsi di:

- Mantenere il *database* del dipartimento sui soggetti assistiti (valutazione dei bisogni)
- Valutare i bisogni e la domanda
- Monitorare le malattie diffuse
- Registrare il Delta system tra U.O. (analisi degli scostamenti produttivi)
- Valutare permanentemente i risultati in termini di impatto sociale ed epidemiologico del fenomeno
- Controllare costantemente il budget assegnato (realizzazione degli obiettivi e utilizzo programmato delle risorse - controllo dell'offerta)
- Allineare i principali processi assistenziali tra le U.O. e valutarne l'applicazione e la sicurezza
- Valutare l'output (prestazioni erogate): volumi, densità su paziente, qualità
- Valutare l'outcome (esiti dei trattamenti) sulle presone in carico
- Valutare la soddisfazione dei clienti interni ed esterni
- Controllare il recupero della mobilità da parte delle U.O.
- Trasmettere alla Regione i dati sul fenomeno dipendenze (con particolare riguardo degli aspetti sanitari - patologie correlate - e le terapie farmacologiche), che vengono successivamente trasmessi al Ministero della Salute
- Trasmettere alla Regione i dati secondo il tracciato SIND del Ministero della Salute

Osservatorio  
epidemiologico

Nell'ambito dell'osservatorio epidemiologico, ogni dipartimento deve essere in grado di produrre periodicamente dei report standard sulle proprie attività. Tale attività deve essere considerata cruciale sia per poter comprendere le eventuali aree di miglioramento sia per poter comunicare in esterno il lavoro eseguito. Il reporting standard deve essere considerato un atto dovuto da espletare annualmente entro i primi 30 giorni del nuovo anno.

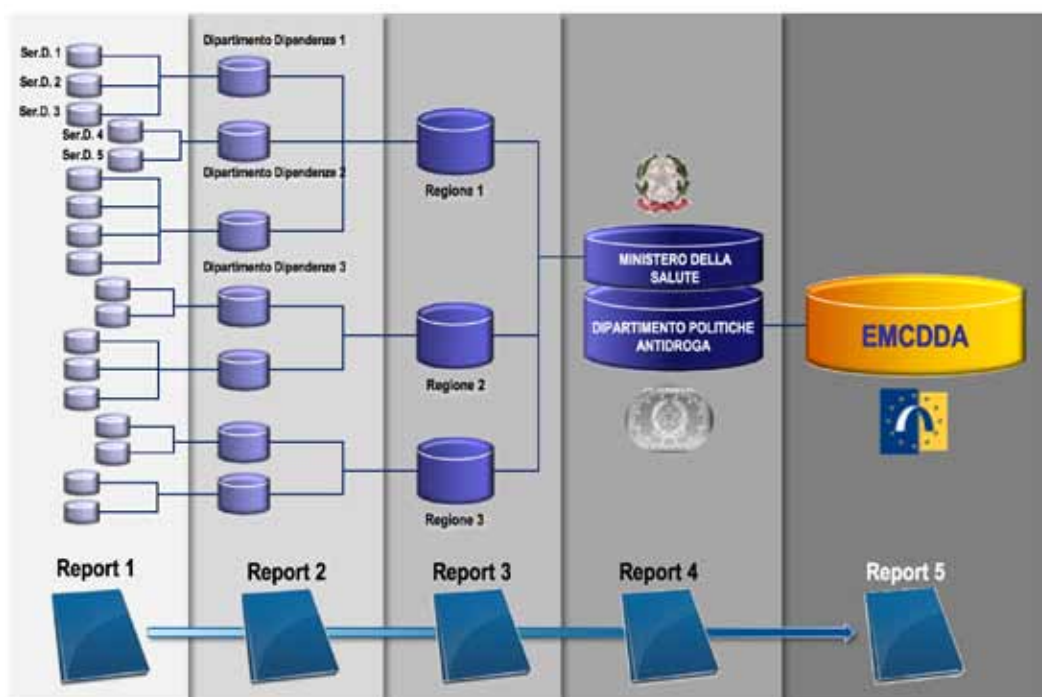
Produzione di  
report periodici

Oltre a quanto previsto per la trasmissione alla Regione dei flussi ministeriali e SIND, è necessario che il dipartimento elabori un rapporto sintetico sulle proprie attività, altamente comprensibile e basato su specifici indicatori, al fine di far comprendere in esterno annualmente una serie di caratteristiche e di dati. Ciò consentirà, a livello centrale, di elaborare annuali rapporti epidemiologici regionali e nazionali e di soddisfare il debito informativo che il nostro Paese è tenuto a saldare nei confronti delle istituzioni europee ed in particolare dell'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA).

Trasmissione dei  
dati alla Regione



Figura 16 - Flussi informativi cui partecipano i Dipartimenti delle Dipendenze, dal livello locale a quello europeo.



| Tipo di report | Specifiche              | Autore                           |
|----------------|-------------------------|----------------------------------|
| Report 1       | Report di servizio      | Ser.D. e Comunità Terapeutiche   |
| Report 2       | Report di Dipartimento  | Dipartimenti                     |
| Report 3       | Report regionale        | Regioni e Province Autonome      |
| Report 4       | Relazione al Parlamento | Dipartimento Politiche Antidroga |
| Report 5       | National Report         | Dipartimento Politiche Antidroga |

#### Aree del report

Il report standard di Dipartimento dovrebbe riportare le seguenti aree descrittive:

- Organigramma, vision e mission del dipartimento
- Elenco delle offerte disponibili
- Obiettivi di budget assegnati e grado di raggiungimento
- Aree di attività con descrizione sintetica e quantitativa degli interventi fatti (output) in relazione alla dotazione organica e ai carichi di lavoro
- Movimento clienti e tempi di presa in carico
- Esiti dei trattamenti (outcome) sugli indicatori standard
- Costi/benefici generati (valorizzazione monetaria)
- Soddisfazione dei clienti
- Commento e riflessioni sui dati rilevati e indicazioni per la programmazione futura definita per aree prioritarie.

#### Ricostruzione dei trend e confronto

Le tabelle descrittive del report standard devono essere strutturate in modo che ci sia la possibilità di ricostruire un trend almeno triennale dell'andamento delle variabili oggetto di descrizione. In questo modo sarà possibile verificare variazioni emerse nel corso del tempo. Oltre a questo sarà importante che su tali report standard la Regione possa fornire dei dati medi regionali indicizzati al fine di potersi confrontare con altre Regioni (benchmarking di settore) e calcolare gli eventuali scostamenti dal punto di riferimento medio regionale.



# 9 | La formazione

È necessario che i dipartimenti abbiano un preciso e formale piano formativo ECM accreditato per l'aggiornamento e la formazione costante degli operatori, sia mediante seminari sia attraverso sistemi di e-learning. Questo piano dovrà essere adattato alle esigenze formative degli operatori ma anche orientato nei contenuti al fine di poter trasmettere le indicazioni strategiche regionali, nazionali, europee e delle Nazioni Unite agli operatori.

**Definizione e attuazione di piani formativi per gli operatori**

La formazione permanente dovrà riguardare necessariamente alcuni argomenti chiave:

**Principali argomenti per la formazione**

- Le strategie generali regionali, nazionali ed europee
- Le neuroscienze dell'addiction
- Prevenzione degli incidenti professionali da HIV e epatiti
- La prevenzione selettiva
- I processi diagnostici e l'early detection
- I trattamenti e la loro integrazione
- La riabilitazione e il reinserimento
- La gestione dei pazienti
- La valutazione dei trattamenti
- Gli aspetti epidemiologici
- Gli aspetti organizzativi dipartimentali, la gestione della qualità e della sicurezza
- Gli aspetti legali
- La comunicazione
- I sistemi di allerta per le nuove droghe

È necessario assicurare alla formazione le caratteristiche necessarie per ottenere l'accreditamento ECM per gli operatori del settore.

**Accreditamento ECM**

La formazione dovrà essere rivolta alla costruzione di un linguaggio comune tra gli operatori e tra i dirigenti dei servizi, pubblici e privati, che compongono il dipartimento. In questo senso, infatti, la formazione gioca un ruolo fondamentale per la condivisione della vision e della mission di un dipartimento. Occorre pertanto superare la logica di un intervento strettamente per sole competenze, entrando definitivamente nella logica di un intervento veramente integrato. In questo senso la formazione diventa strategicamente irrinunciabile e dovrebbe sempre essere fatta congiuntamente da operatori del pubblico e del privato sociale.

**Formazione come veicolo per l'integrazione**

Un'opportunità di alta formazione sulle dipendenze viene fornita dalla Scuola Nazionale sulle Dipendenze (National School on Addiction - Programma di formazione multidisciplinare sulle dipendenze). Questa ha sede a Roma ed è istituzionalmente accreditata dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri e gestita dalla Scuola Superiore della Pubblica Amministrazione (SSPA), in collaborazione con il Ministero della Salute, il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e il Ministero dell'Interno.

**National School on Addiction**

Nasce con l'obiettivo di proporre nuovi modelli e nuovi stimoli agli operatori del settore delle dipendenze e di offrire un percorso di studi orientato alla multidisciplinarietà, accreditato presso il Programma Nazionale di Formazione Continua in Medicina, privilegiando la trasmissione di conoscenze scientifiche e sugli aspetti tecnici legati al funzionamento del sistema nazionale e dei sistemi regionali di prevenzione, cura e riabilitazione delle tossicodipendenze.

Grande attenzione viene inoltre rivolta alle attività di contrasto del traffico internazionale e dello spaccio, realizzate dalle Forze dell'Ordine, oltre agli aspetti normativi e internazionali. La scuola si inserisce nel più ampio progetto della Italian Scientific Community on Addiction che nasce con lo scopo di realizzare iniziative finalizzate allo sviluppo di una comunità scientifica nazionale e multidisciplinare nel campo delle dipendenze, dotata di strumenti informativi e di attivare collaborazioni internazionali per la condivisione delle *best practices*. L'esigenza di offrire nuovi percorsi formativi in grado di rendere disponibili le più avanzate conoscenze scientifiche acquisite nei vari settori, oltre che le conoscenze di base sulla normativa vigente e sull'operato delle Forze dell'Ordine, nasce anche dalla necessità di uniformare e di riorientare, a livello nazionale, le strategie generali di azione, i protocolli e le procedure, sia in ambito di prevenzione, cura e riabilitazione, sia di contrasto. L'obiettivo è quello di formare e specializzare una nuova generazione di professionisti impegnati sul campo, dando vita ad un progetto di riconversione e aggiornamento tecnico-culturale che dovrebbe dare una spinta innovativa in tutto il sistema delle dipendenze italiane.

# 10 | Alcol e problemi e patologie correlate: indirizzi generali per l'organizzazione di base e orientamenti delle offerte<sup>1</sup>

Premessa

Viene riportata di seguito una sintesi degli indirizzi generali per l'organizzazione della rete di offerta per i problemi alcolici. La necessità di integrare da un punto di vista organizzativo le offerte alcoliche all'interno dei Dipartimenti delle Dipendenze dipende anche dalla necessità di coordinare l'approccio generale alle dipendenze e, nel contempo, creare economie di scala ed ottimizzazione delle risorse. Va inoltre ricordato che molto spesso, anche se non sempre, l'utilizzo di alcol è prodromico e/o contestuale all'uso di sostanze stupefacenti. Nel contempo, è necessario mantenere per l'alcolologia una propria specificità e specializzazione di settore, anche in conseguenza del fatto che la popolazione interessata dal fenomeno è molto maggiore della popolazione tossicodipendente e presenta caratteristiche, bisogni, riferimenti molto diversi da questi ultimi. Non va infine dimenticato che molto spesso i pazienti alcolisti sono anche affetti da tabagismo e presentano gambling patologico.

## 10.1 Introduzione

La Legge 125/2001 "Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati" (G. U. n. 90 del 18-04-2001) ha istituito per la prima volta in Italia l'intervento sulle principali tematiche alcolcorrelate colmando, dopo oltre dieci anni di discussione parlamentare, un rilevante gap legislativo, politico, istituzionale e culturale. Unico esempio in tutta Europa, citata come best practice dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la 125/2001 ha trasformato in diritti i principi etici<sup>2</sup> e gli obiettivi della Carta Europea sull'Alcol, approvata nel 1995 a Parigi dai governi degli Stati della Comunità Europea, rendendo atto dell'impatto sociale e sanitario dell'alcol nella popolazione e ponendo in essere un'articolata serie di indirizzi indispensabili per giungere a prevenire, attraverso misure specifiche, i danni che l'alcol produce o concorre a produrre.

Dal 2011, tendenza al collocamento prevalente dell'alcolologia all'interno dei Dipartimenti per le Dipendenze

Dal 2001 si sono progressivamente implementate azioni a livello locale e regionale che hanno nel tempo conferito dignità autonoma all'alcolologia e alle patologie e problematiche alcolcorrelate (PPAC,

<sup>1</sup> Con il contributo del Dott. Emanuele Scafato dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), del Direttivo Nazionale della Società Italiana di Alcolologia (SIA) e in collaborazione con il Gruppo di Lavoro congiunto ISS-SIA.

<sup>2</sup> Charter Europea sull'Alcol. "Tutti hanno diritto a una famiglia, una comunità ed un ambiente di lavoro protetti da incidenti, violenza e da altre conseguenze negative del consumo alcolico. Tutti hanno diritto, fin dalla prima infanzia, ad un'informazione e ad un'educazione valide e imparziali riguardo gli effetti che il consumo di alcol esercita sulla salute, la famiglia e la società. Tutti i bambini e gli adolescenti hanno il diritto di crescere in un ambiente protetto dalle conseguenze negative del consumo di alcol e, per quanto possibile, dalla pubblicità di bevande alcoliche. Tutti coloro che consumano alcol secondo modalità dannose o a rischio, nonché i membri delle loro famiglie hanno diritto a trattamenti e cure accessibili. Tutti coloro che non desiderano consumare alcol o che non possono farlo per motivi di salute o per altre ragioni hanno il diritto di essere salvaguardati dalle pressioni esercitate al bere e sostenuti nel loro comportamento di astinenza".

come definite dalla Società Italiana di Alcologia) legittimando forme organizzative sanitarie di intervento consolidate attraverso la costituzione dei servizi di alcologia, in particolare nel Nord e nel centro Italia. La devoluzione regionale della sanità, attuata immediatamente dopo la promulgazione della Legge 125/2001, favorendo l'autonomia, non ha consentito la definizione strutturale omogenea del sistema di servizi e prestazioni alcologiche; essa, piuttosto, ha contribuito ad una oggettiva frammentazione organizzativa e strutturale che ha rafforzato le pratiche pre-esistenti basate, a volte, su approcci più propri degli ambiti ospedalieri, con prevalenza delle esperienze derivate dalle gastroenterologie, altre volte, su un approccio territoriale, con prevalenza dei servizi per le tossicodipendenze e, in alcuni casi, della salute mentale. E' degli anni più recenti la tendenza al collocamento prevalente dell'alcologia all'interno dei Dipartimenti per le Dipendenze patologiche, attraverso forme variegata di organizzazione, formalizzate attraverso gruppi di lavoro, gruppi funzionali, part-time sino alle unità operative semplici, con differenti gradi di autonomia rispetto all'organizzazione del dipartimento. Tale collocazione ha implicitamente diffuso, anche in alcologia, approcci più tipici dei Ser.D., storicamente e istituzionalmente demandati alla diagnosi, cura e riabilitazione delle persone con dipendenza da sostanze illegali.

## 10.2 Le evidenze scientifiche

**Alcol come sostanza psicoattiva capace di indurre dipendenza**

Le bevande alcoliche sono beni di consumo non ordinari in funzione della tossicità dell'alcol etilico, sostanza psicoattiva, potenzialmente cancerogena e capace di indurre dipendenza specifica. Il consumo di alcol gode in Italia di una diffusa normalizzazione e accettazione sociale, di familiarità e popolarità nonostante costituisca, come in tutta Europa, il secondo fattore di rischio di malattia, disabilità e morte prematura.

**Livelli di rischio alcol correlato e professionisti indicati nella cura**

Le evidenze scientifiche e il processo storico-culturale attraversato dall'alcologia in questi anni è stato orientato dalle esperienze maturate sul campo, dai documenti formali e di indirizzo prodotti dagli organismi di tutela della salute, sia a livello internazionale che nazionale (OMS, Commissione Europea, Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità Società Italiana di Alcologia) supportati dalle evidenze e dai risultati della ricerca scientifica.

La stessa definizione dei livelli di rischio alcolcorrelato introdotti dalla Classificazione Internazionale delle Malattie ICD10 ha sollecitato una profonda riflessione sul ruolo e sulle competenze necessarie per delineare interventi congrui in ambito alcolologico.

Consumo a basso rischio, consumo rischioso, consumo dannoso e alcolodipendenza sottendono condizioni estremamente differenti sia in termini di approccio che di interventi specifici. La persistenza di livelli di consumo alcolico che espongono la salute ad un incrementato rischio (consumo rischioso o hazardous) richiede prioritariamente un approccio basato sulla persona, l'identificazione precoce e un intervento motivazionale noto come "intervento breve" volto a indurre il cambiamento di stile di vita e il modello di consumo in una persona che non è (ancora) un "paziente". In tali casi, secondo le esperienze e gli orientamenti internazionali ed europei, l'uso di personale sanitario afferente ai servizi delle dipendenze appare poco indicato. Le linee guida specifiche di uso corrente indicano come professionista privilegiato, il cui intervento è caratterizzato dal minimo costo e dalla massima efficacia, il medico di medicina generale o, comunque, il medico impegnato nei contesti di assistenza sanitaria primaria (progetto PHEPA<sup>3</sup> e progetto in Fase IV EIBI del WHO<sup>4</sup>).

**Avvalersi di competenze specialistiche di secondo livello**

Nei casi di persone in cui sia già presente un danno d'organo correlabile all'alcol (consumo dannoso o harmful, ad esempio steatosi, pancreatite, cirrosi, ecc.) è possibile e spesso anche opportuno avvalersi di competenze specialistiche di secondo livello (ad esempio, ambulatoriale o ospedaliero),

3 <http://www.phepa.net/units/phepa/html/en/Du9/index.html>

4 [http://www.gencat.cat/salut/phepa/units/phepa/pdf/155\\_01presentazione.pdf](http://www.gencat.cat/salut/phepa/units/phepa/pdf/155_01presentazione.pdf)

che siano in rete con i servizi di alcologia cui spetta la presa in carico per l'uso problematico e/o la dipendenza dall'alcol. La prevenzione della ricaduta, essenziale per evitare l'aggravamento della patologia alcol-correlata (talora a prognosi infausta, come ad esempio in caso di comorbidità, ad esempio per concomitante cirrosi, cardiomiopatia dilatativa, tumori, ecc.) è competenza specifica dei servizi di alcologia. La persona con dipendenza da alcol, outcome clinico e sociale estremo delle PPAC, necessita, invece, di un trattamento specialistico che si articola sia a livello territoriale che ospedaliero in un sistema di continuità assistenziale che coinvolge anche il terzo settore, il mondo del volontariato e dell'auto-aiuto (Alcolisti Anonimi, le comunità multifamiliari e di cittadinanza attiva dei Club Alcologici Territoriali, per citarne alcuni).

I problemi e le patologie alcolcorrelate sono condizioni per le quali un approccio coinvolgente la comunità rappresenta una realtà consolidata negli anni, auspicabilmente da supportare in qualunque modello organizzativo e gestionale specifico. Le esperienze di lavoro in rete dei servizi di alcologia con altre agenzie pubbliche e/o private del territorio su attività di prevenzione e promozione della salute (vedi alcol e guida, alcol e lavoro, alcol ed incidenti domestici, ecc.) rappresentano un esempio concreto, percorribile e già realizzato in taluni contesti. E' altresì ben documentato che un'organizzazione che non riesca ad utilizzare in maniera integrata tutte le risorse e che impieghi in maniera incongrua le professionalità disponibili incide negativamente sulle performance qualitative dei servizi che dovrebbero riservare le attività specialistiche in via esclusiva all'alcoldipendente.

**Un approccio  
che coinvolge  
la comunità**

### 10.3 Un modello flessibile

A fronte della complessità gestionale sinora sommariamente delineata è evidente che un modello esaustivo, una ricetta unica che possa prestarsi a fronteggiare tutte le esigenze particolari delle differenti realtà geografiche, culturali, amministrative italiane non è di facile definizione. Pur tuttavia, sulla base delle considerazioni poste in premessa, delle indicazioni e delle esperienze in atto a livello nazionale, europeo ed internazionale, è possibile tracciare un core set essenziale di elementi utili a stabilire un modello concettuale dell'offerta e dell'organizzazione dei servizi alcologici che sappia:

1. considerare la necessità di delineare una rete ottimale di ruoli e competenze, di strutture e di programmi;
2. influire sulle capacità di utilizzare al meglio tutte le risorse sulla base del riconoscimento di una autonomia sia funzionale che organizzativa seppure integrata tra livelli;
3. favorire la gestione delle professionalità idonee a fronteggiare un problema specifico ed un livello ben definito di rischio attraverso i livelli competenti della promozione della salute, della prevenzione, della diagnosi, della cura e della riabilitazione;
4. utilizzare in maniera congrua e diligente gli strumenti e le tecniche di cui vi sia conoscenza e competenza specifica e in merito ai quali sia assicurata una formazione professionale specifica continua.

**Elementi per un  
modello concettuale  
dei servizi alcologici**

In tale ottica sarebbero da articolare e prevedere servizi, gruppi di lavoro, unità o comunque strutture alcologiche organizzate in maniera autonoma e funzionale all'utenza, secondo i criteri di valutazione del rischio a cui è esposta la persona o il paziente e al tipo di intervento richiesto, con personale multidisciplinare opportunamente formato, afferente a spazi e setting logisticamente differenziati, protocolli di gestione dedicati, garantiti da una programmazione anche economico-finanziaria pertinente, irrinunciabilmente in rete con gli ospedali e le risorse territoriali, primi tra tutti i gruppi di auto-aiuto (Alcolisti Anonimi, comunità multifamiliari e di cittadinanza attiva dei Club Alcologici Territoriali).

**Garantire un sistema di intervento alcolologico equo, accessibile, efficace ed efficiente**

Le condizioni che oggi caratterizzano l'intervento di prevenzione alcolcorrelata non riguardano in maniera prevalente l'alcoldipendenza quanto i Problemi e le Patologie Alcolcorrelate (PPAC), espressione più ampia e complessa con cui si fa riferimento a tutti quei problemi di ordine fisico, psichico e sociale, connessi al consumo rischioso o dannoso, episodico o protratto, di bevande alcoliche; una dimensione di sofferenza multidimensionale causata dall'alcol che si manifesta in maniera diversa da individuo ad individuo.

La classificazione dell'OMS (consumo a basso rischio, consumo rischioso e consumo dannoso) ha imposto e impone un intervento che è e sarà sempre più frequentemente rivolto agli stili di vita del singolo, della famiglia e della popolazione al fine di identificare precocemente i rischi e attivare azioni di promozione della salute tese a modificare l'approccio culturale della comunità all'alcol.

Pertanto, al di là della collocazione strutturale in un determinato ambito sanitario, valutazione che è evidentemente connessa alle esigenze organizzative regionali, diventa fondamentale dare consistenza alle competenze e ai programmi specifici, tracciando sempre e comunque linee di indirizzo generali per l'organizzazione dei servizi di alcologia ospedalieri e territoriali in sintonia con i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) e con l'esigenza di garantire ai cittadini un sistema equo, accessibile, efficace ed efficiente di intervento alcolologico che sia:

1. coerente con gli indirizzi dell'Unione Europea e con le linee di indirizzo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità;
2. più efficace nella sua applicazione sul territorio;
3. omogeneo, fruibile, accessibile e appropriato su tutto il territorio nazionale;
4. allargato alla comunità e ad azioni di promozione della salute.
5. basato sulle evidenze scientifiche esistenti e sulle buone pratiche e i relativi programmi che hanno dimostrato maggiore efficacia nella loro applicazione.

A tale ultimo riguardo è da sottolineare il contributo sostanziale, identitario rispetto ad altre pratiche nel settore delle dipendenze, che ha favorito, a partire dagli anni '30, il processo evolutivo e la differenziazione culturale dell'alcologia in funzione delle esperienze dei gruppi di auto-aiuto (Alcolisti Anonimi e Club Alcologici Territoriali) tesi a mantenere le persone con PPAC nel contesto sociale di appartenenza, ad agire secondo un approccio familiare e a promuovere interventi di comunità.

## 10.4 Livelli organizzativi

In definitiva, sulla base degli orientamenti emersi nel corso degli anni attraverso le esperienze prodotte in particolare dalla Società Italiana di Alcologia (SIA), dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), da alcune esperienze in atto nelle Regioni, dai movimenti degli Alcolisti Anonimi e dei Club Alcologici Territoriali e, non ultime, dagli atti della Prima Conferenza Nazionale Alcol, si ritiene che, i programmi alcolologici per la prevenzione e la promozione della salute, la diagnosi e il trattamento delle PPAC possano ispirarsi, svilupparsi e concretizzarsi in maniera evidentemente flessibile nella loro articolazione finale attraverso l'analisi orientativa dei seguenti livelli

Livello territoriale

**Primary Health Care**

- *Primary Health Care:*  
i programmi basati sull'approccio Primary Health Care hanno portato un miglioramento dello stato di salute della popolazione ed un rafforzamento dei sistemi sanitari nei paesi a medio e basso reddito. Per quanto riguarda le PPAC, molte sono le figure e i contesti che possono svolgere un ruolo importante in termini di identificazione precoce dei rischi alcolcorrelati e di promozione della salute, tra cui, in un'elencazione non esaustiva:

- medici di medicina generale, pediatri di famiglia, infermieri, medici dei distretti, dei dipartimenti di prevenzione, medici competenti e medici del lavoro, medici dello sport, odontoiatri e igienisti dentali;
  - associazioni di volontariato che si occupano di PPAC come, ad esempio, Alcolisti Anonimi, Alanon, Alateen, Club Alcologici Territoriali che rivolgono le proprie attività ai singoli, alle famiglie, alla comunità e, comunque, alle reti relazionali;
  - associazioni e gruppi di cittadinanza attiva che attivano iniziative spontanee dei cittadini, di auto tutela ed autopromozione della salute (Club Alcologici Territoriali, Eurocare, ALIA - Alleanza Italiana Alcol, Associazione vittime della strada, Caritas, Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, ecc.);
  - setting specifici non specificamente dedicati ma che svolgono attività di prevenzione: distretti territoriali delle ASL, consultori, centri di accoglienza, centri affidi, centri antiviolenza, commissioni mediche patenti, servizi sociali dei comuni, strutture per diversamente abili e non autosufficienti, strutture per anziani, scuole di tutti gli ordini e i gradi, istituti penitenziari, ecc.
- *Servizi di Alcologia Territoriali (SAT):*  
 è l'unità operativa di base, la configurazione organizzativa essenziale, autonoma e dotata di personale pluridisciplinare interamente dedicato alle attività alcoliche le cui funzioni comprendono, in sintesi, la realizzazione di programmi di promozione della salute nella comunità e la presa in carico di persone e famiglie con PPAC. Svolgono attività di diagnosi, trattamento e riabilitazione. I SAT sono dotati di una equipe multidisciplinare (medico, psicologo/psicoterapeuta, infermiere, dietista, assistente sociale, educatore) di comprovata competenza ed esperienza alcolologica e formata sull'approccio familiare e di comunità. Il SAT, come tutte le strutture della rete alcolologica, ha una sua dignità autonoma, funzione e valenza interdipartimentale, collaborante, quindi, con tutti i Dipartimenti territoriali e ospedalieri, con le associazioni di volontariato e cittadinanza attiva, con il Terzo Settore, sia per le azioni di promozione della salute nella comunità, sia per garantire percorsi di continuità terapeutica alle famiglie in carico.
- *Strutture residenziali e semiresidenziali accreditate:*  
 all'interno di un processo di continuità terapeutica-assistenziale e in stabile coordinamento con i SAT e il livello ospedaliero (Servizio di Alcologia Ospedaliero), la disponibilità di setting residenziali rappresenta un punto di importante riferimento per quei casi più complessi, non gestibili direttamente né a livello territoriale, né ospedaliero, in cui non si riesce a raggiungere una stabile astinenza dalle bevande alcoliche.

Servizi di Alcologia  
Territoriali

Strutture residenziali  
e semi-residenziali  
accreditate

#### Livello ospedaliero

- *Servizio di Alcologia Ospedaliero (SAO):*  
 il servizio si configura come unità operativa con funzioni di diagnosi, disintossicazione, cura e trattamento delle PPAC di riferimento regionale che svolge prestazioni ambulatoriali e/o di ricovero in relazione ai casi più acuti e complessi, o comunque quando si pone la necessità di un ricovero ospedaliero a tempo pieno o parziale. Si può pensare al SAO anche come alla struttura che provvede all'individuazione e segnalazione, sia ai fini epidemiologici che di prevenzione secondaria, di eventuali PPAC in tutti i ricoverati per varie cause, con particolare attenzione ai ricoveri in Pronto Soccorso e nei reparti per problemi e patologie riferibili al consumo di alcol. Il SAO costituisce un punto di riferimento regionale per garantire la continuità terapeutica intra ed extraospedaliera nelle diverse articolazioni territoriali (SAT) alle quali vengono inviati gli utenti e le relative famiglie per l'intervento nella fase post acuta e di mantenimento e per l'eventuale iter riabilitativo. Come i SAT, anche il SAO è dotato di un'equipe multidisciplinare (medico, psicologo/psicoterapeuta, infermiere, dietista) di comprovata competenza ed esperienza alcolologica e formata sull'approccio familiare e di comunità.

Servizio di Alcologia  
Ospedaliero



#### Livello regionale

#### **Centro Alcolologico Regionale**

- *Centro Alcolologico Regionale (CAR):*  
sulla base di alcune esperienze regionali attuate e in via di attuazione, tale struttura si identifica con un'agenzia regionale per la Promozione della Salute in ambito alcolologico, autonoma e deputata ad attività di formazione, prevenzione, documentazione, monitoraggio sulle PPAC in collaborazione con i SAT e il SAO, con le società della salute, le municipalità, le province, le prefetture, le realtà del volontariato e dell'auto-aiuto e con le diverse agenzie regionali. Il CAR, in base alle necessità che si evidenziano, ha prerogative di attivazione di gruppi tecnici interprofessionali, usufruendo e valorizzando le risorse presenti sul territorio regionale in termini di competenze ed expertise al fine di realizzare interventi in ambiti specifici dell'alcolologia.



# 11

## Raccomandazioni e conclusioni

- 11.1 Queste linee di indirizzo rappresentano esclusivamente degli orientamenti metodologici che si auspica possano trovare accoglienza presso le Amministrazioni regionali ed aziendali, nel rispetto della loro autonomia programmatoria ed organizzativa.
- 11.2 Il DPA ritiene indispensabile attuare una politica socio-sanitaria che valorizzi, responsabilizzi, renda autonomi e sostenga concretamente i Dipartimenti delle Dipendenze.
- 11.3 Gli assetti organizzativi dovrebbero essere quanto più omogenei possibili su tutto il territorio nazionale così come i processi assistenziali utilizzati e le metodologie di valutazione ed osservazione epidemiologica del fenomeno a livello territoriale.
- 11.4 Il futuro dell'efficacia dell'intero sistema nazionale sulle dipendenze sarà fortemente condizionato dall'organizzazione specialistica che le Regioni e le Province Autonome sapranno mettere in piedi e mantenere in questo campo.
- 11.5 L'estrema frammentazione e la differenziazione organizzativa ad oggi esistente potrebbero trovare una buona risposta agli orientamenti espressi in questo documento che necessariamente ha bisogno di essere adattato alle varie realtà programmatorie e organizzative esistenti, ma soprattutto ai differenziati bisogni degli utenti.
- 11.6 Il punto nodale di questa necessaria riorganizzazione è comunque la necessità di riconoscere l'importanza (e agire di conseguenza) del fatto che il Dipartimento delle Dipendenze debba avere un'identità organizzativa e una propria autonomia gestionale in un contesto di disciplina specialistica che ormai trova riscontri ed accoglienza in tutti i più accreditati contesti nazionali ed internazionali.
- 11.7 Nell'impatto che sapremo creare verso il fenomeno dipendenze, sia in termini preventivi, sia di cura e riabilitazione, molto dipenderà da quanto le varie organizzazioni aziendali e le programmazioni regionali sapranno riconvertire e riorganizzare le proprie strutture e i propri programmi in questo senso.



# 12 | Bibliografia

- Adolphs, R., 2003. Cognitive neuroscience of human social behaviour. *Nat Rev Neurosci* 4: Mar 165-178.
- Anderson P, Gual A, Colom J (2005). Alcohol and primary health care: clinical guidelines on identification and brief interventions. Barcelona, Health Department of the Government of Catalonia <[http://gencat.cat/salut/phepa/units/phepa/pdf/cg\\_1.pdf](http://gencat.cat/salut/phepa/units/phepa/pdf/cg_1.pdf)> , accessed 7 ottobre 2011.
- Anderson (2009b). Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Anderson P, Baumberg B, Scafato E, Codenotti T, Russo R. L'alcol in Europa: una prospettiva di salute pubblica. In: Prospettive di intervento sui problemi alcolcorrelati. Indirizzi e documenti. Roma: ISFOL; 2007. p. 25-45.
- Amodio D. M. e Frith C. D., Meeting of minds: the medial frontal cortex and social cognition, *Nature Reviews Neuroscience* 7:268-277, aprile 2006
- Andrews JA et al.: Parental influence on early adolescent substance abuse. *Journal of early adolescence*, 13:285- 310, 1993.
- American Society of Addiction Medicine, Definition of Addiction, Agosto 2011.
- Asato M.R., Terwilliger R., Woo J, Luna B. White Matter Development in Adolescence: A DTI Study. *Cereb Cortex*.2010 Jan 5.
- Ashtari M., Cervellione K., Cottone J., Kester H., Roofeh D., Ardekani B., Kumra S. Effect of Marijuana on Adolescent Brain: A Voxelwise Diffusion Analysis with Fiber Tractography. *American Society of Neuroradiology*, New Orleans, June 2008
- Babor TF et al. (2001). AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary care, second edition. Geneva, WHO <[http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_MSD\\_MSB\\_01.6a.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf)> , accessed 16 August 2009).
- Battaglia G., Simeoni E., Serpelloni G., Apprendere e lavorare nell'era digitale - On-line collaborative e-learning per le organizzazioni sanitarie e sociali, luglio 2008
- Bava S., Jacobus J., Mahmood O., Yang T.T., Tapert S.F. Neurocognitive correlates of white matter quality in adolescent substance users. *Brain Cogn*. 2010 Apr; 72(3): 347-354. Epub 2009 Nov 22.
- Bechara, A., Nader, K. And Vander Kooy, D., 1998; A two-separate-motivational systems hypothesis of opioid addiction: *Pharmacol Biochem Behav* 59: 1-17
- Black DW, Gabel J, Hansen J, Schlosser S. A double-blind comparison of fluvoxamine versus placebo in the treatment of compulsive buying disorder *Ann Clin Psychiatry* 2000 Dec;12(4):205-11.
- Boettiger C.A., Jennifer M. Mitchell, Venessa C. Tavares, Margaret Robertson, Geoff Joslyn, Mark D'Esposito, and Howard L. Fields, Immediate Reward Bias in Humans: Fronto-Parietal Networks and a Role for the Catechol-O-Methyltransferase 158Val/Val Genotype, *J. Neurosci.*, Dec 2007; 27: 14383 – 14391
- Bolla K. I. et al., Orbitofrontal cortex dysfunction in abstinent cocaine abusers performing a decision making task, *Neuroimage* 19(3):1084-1094, 2003
- Breiter H. C. et al, Functional magnetic resonance imaging of brain reward circuitry in the humans, *Annals of the New York Academy of Sciences* 877:523-547, 1997
- Bussi M., Trimarchi M., Serpelloni G., Rimondo C., Uso di cocaina e lesioni distruttive facciali: linee di indirizzo per gli specialisti otorinolaringoiatri, 25 maggio 2011
- Cantamessa M., Cobos E., Rafele C., Il project management, Idesi, 2007
- Cantarelli C., Casat G., Cavallo M., Cocchi T., Elefanti M., Formentoni A., Lega F., Maggioni S., Sassi M., Malarico E.,

- Chauvet C. et al, Brain regions associated with the reversal of cocaine conditioned place preference by environmental enrichment, *Neuroscience*, 2011 Jun 16;184:88-96.
- Cochrane A.L., *Efficienza ed efficacia*, Il Pensiero Scientifico Editore, 1999
- Consulta nazionale alcol. I pareri della Consulta e delle Regioni. In: *Prospettive di intervento sui problemi alcolcorrelati. Indirizzi e documenti*. Roma: ISFOL; 2007. p. 89-102.
- Consulta nazionale Alcol anni 2007-2009 . Relazione al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 125/2001. Ministero della Salute. 2009 Il sistema dei servizi pubblici e privati accreditati. Atti Prima Conferenza Nazionale Alcol. < <http://www.alcolonline.it/index.php/rivista-di-alcologia/25-2008/189-sintesi-delle-sessioni-parallele.html>> , accessed 07 ottobre 2011
- Corradini A. I modelli organizzativi per le aziende U.L.S.: tradizione ed innovazione, *Mecosan* n.20, 17-33, 1997
- Costa G., Nacamulli R.C.D., *Manuale di organizzazione aziendale*, UTET
- Dipartimento Politiche Antidroga (DPA), Presidenza del Consiglio dei Ministri, *Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle Tossicodipendenze in Italia – Base dati 2010, 2011*
- Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri, *la prevenzione dell'uso di sostanze stupefacenti. Materiali, siti informativi e piani di comunicazione per le campagne antidroga*, in press
- Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri, *Relazione annuale al Parlamento 2011 sull'uso di sostanze stupefacenti e sulle tossicodipendenze in Italia*, 28 giugno 2011
- Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri, *Manuale operativo SIND*, maggio 2011
- Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri, *Linee di indirizzo. Screening e diagnosi precoce delle principali patologie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti*, gennaio 2011
- Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri (ed a cura di), *Strategie di Auto-aiuto. Guida per interrompere l'uso di sostanze stupefacenti*, giugno 2011
- Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri, *Piano di Azione Nazionale (PAN) sulle Droghe*, 22 ottobre 2010
- Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri, *Sintesi degli orientamenti espressi dagli operatori nella V Conferenza*, 2009
- Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri, *Linee guida per la prevenzione delle patologie correlate all'uso di sostanze stupefacenti*, giugno 2009
- Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri, *Il counseling individuale nella dipendenza da cocaina*, gennaio 2009
- Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza Consiglio Ministri (ed a cura di), *Guida alla realizzazione di programmi di formazione sulle abilità genitoriali per la prevenzione dell'uso di droghe*, Aprile 2009
- Duncan E. et al, An fMRI study of the interaction of stress and cocaine cues on cocaine craving in cocaine-dependent men, *The American Journal on Addictions* 16: 174-182, 2007
- EMCDDA, *Key Epidemiological Indicator: demand for treatment by drug users*, EMCDDA, dicembre 2000
- Focarile F., *Indicatori di qualità nell'assistenza sanitaria*, Centro Scientifico Editore, 1998
- Fowler J.S. et al, Low monoamine oxidase B in peripheral organs in smokers. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA* 100(20):11600-11605
- Fowler J.S. et al., *Imaging the addicted human brain, Science and practice perspectives*, Aprile 2007
- Frith, C.D., Friston, K., Liddle, P.F. and Frackowiak, R.S., 1991. *Willed action and prefrontal cortex in man: a study with PET. Proceedings of the Royal Society of London, Series B – Biological Sciences* 244: 241-246.
- Gaia E., Poncini D., *Il Dipartimento ospedaliero*, Edizioni Minerva Medica, 1996
- Galbraith J., *La progettazione organizzativa: un'analisi dal punto di vista del trattamento delle informazioni*, *Problemi di gestione*, vol.9, 1975
- Galbraith J., *Organization desing*, Addison-Wesley, Reading, 1997
- Gartner Group, *Rapporto sui principali tools per interventi di Business Process Reengineering*, 1998-99
- Grace, A.A., 1995. The tonic/phasic model of dopamine system regulation: its relevance for understanding how stimulant abuse can alter basal ganglia function. *Drug and Alcohol Dependence* 37: 111-129.
- Grandori A., *L'organizzazione delle attività economiche*, Il Mulino, 1995
- Grilli R., Penna A.e Liberati A., *Migliorare la pratica clinica*, Il Pensiero Scientifico Editore, 1995

- Guzzanti E. et AL, Aree funzionali omogenee e dipartimenti, Federazione Medica, 4-8, novembre 1994
- Hall GW, Carriero NJ, Takushi RY, Montoya ID, Preston KL, Gorelick DA. Pathological gambling among cocaine dependent outpatients Am J Psychiatry 2000 Jul;157(7):1127-33.
- Hammer M., Champy J., Ripensare l'azienda, Sperling&Kupfer, 1993
- Hammer M., Ripromettiamo il lavoro: automatizzare non basta, bisogna rivoluzionare, Harvard Espansione, 1990
- Hariri A. R. et al., Serotonin transporter genetic variation and the response of the human amygdale, Science 297 (5580):400-403
- Hronec S.M., Segni vitali: come utilizzare gli indicatori di qualità, tempo e costo per tracciare il futuro della vostra azienda, Franco Angeli, 1995
- Jefferson T., Deminchelli V., Mugford M., La valutazione economica degli interventi sanitari, Il Pensiero Scientifico Editore, 1998
- Kaufman J. N. et al, Cingulate hypoactivity in cocaine users during a GO-NOGO task as revealed by event-related functional magnetic resonance imaging, Journal of Neuroscience 23(21):7839-7843
- Keyes KM, Schulenberg JE, O'Malley PM, Johnston LD, Bachman JG, Li G, Hasin D., The social norms of birth cohorts and adolescent marijuana use in the United States, 1976-2007. Addiction. 2011 May 6.
- King A.J., et al., Doing the right thing: a common neural circuit for appropriate violent or compassionate behavior. Neuroimage 30 (2006) 1069 – 1076
- König C, Segura L (2009). Do infrastructures impact on alcohol policy making? Barcelona, Alcohol Public Health Research Alliance .amphoraproject.net <<http://amphoraproject.net/>> . (AMPHORA).
- Kufhal P. R. et al., Neural Responses to acute cocaine administration in the human brain detected by fMRI, Neuroimage 28(4):904-914, 2005
- Kung H. F., et al., Radiopharmaceuticals for single-photon emission computed tomography brain imaging, Seminars in Nuclear Medicine 33(1):2-13, 2003
- Lenroot R. K., Brain development in children and adolescents: insights from anatomical magnetic resonance imaging, Neuroscience and biobehavioral Reviews 30: 718-729, 2006
- Leshner A.I., Addiction is a brain disease, and it matters, Science 278 (5335):45-47, 1997
- Leshner AI. Vulnerability to addiction: new research opportunities. Am J Med Genet 2000 Oct 9;96(5):590-1.
- Li C. Y. et al., Genes and (common) pathways underlying drug addiction. Plos Comput Biol 4(1)e2.doi:10.1371/journal.pcbi.0040002, 2008
- Liu X. et al, Smaller volume of prefrontal lobe in polysubstance abusers: a magnetic resonance imaging study, Neuropsychopharmacology 18(4):243-252, 1998, 1998
- Marino V., Serpelloni G., Marketing preventivo, 2007
- Marchiali R., Rognoni G., Cause Effetti in medicina, Il Pensiero Scientifico Editore, 1994
- Marshall, J.C., Halligan, P.W., Fink, G.R., Wade, D.T. and Frackowiak, R.S., 1997. The functional anatomy of a hysterical paralysis. Cognition 64: B1-8.
- Mata I., Perez-Iglesias R., Roiz-Santiañez R., Tordesillas-Gutierrez D., Pazos A., Gutierrez A., Vazquez-Barquero J.L., Crespo-Facorro B. Gyrification brain abnormalities associated with adolescence and early-adulthood cannabis use . Brain research (2010) 297-304
- Mattay V.S: et al., Catechol O-methyltransferase val58-met genotype and individual variation in the brain response to amphetamine. Proceedings of the National Academy of Science of the USA 100(10):6186-6191, 2003
- Meneguzzo M., Dall'azienda sanitaria alle reti di aziende sanitarie: una prima valutazione dell'efficacia dei network sanitari, Mecasan, n°19 1996
- Mezzani L, Patussi V, Rossi A, Russo R, Scafato E. Establishing an Italian general practitioner brief intervention pilot project for problem drinkers. Substance use & misuse. 2007;42(12-13):1979-1989.
- Mintzberg H., Le strutture organizzative, Il Mulino, 1985
- Montironi M., Genova M., Riorganizzare i servizi pubblici, Sviluppo & Organizzazione, n.167, 1998
- Mooney G., Problemi chiave dell'economia sanitaria, a cura di Garattini L., Il Pensiero Scientifico Editore, 1996
- Moore T. H. M. et al., Cannabis use and risk of psychotic or effective mental health outcomes: a systematic review, Lancet, 370: 319- 328, luglio 2007
- National Institute on Drug Abuse (NIDA), Preventing Drug use among children and adolescents. A research based guide for

- parents, educators and community leaders, U.S. Department of health and human services, Bethesda, 2003.
- Netherlands Institute for Health Promotion (NIGZ) (2005). Getting Evidence into Practice [web page]. Woerden, NIGZ <<http://subsites.nigz.nl/systeem3/site2/index.cfm>>, accessed 7 ottobre 2011.
- Normann Richard, La gestione strategica dei servizi, Etaslibri, 1984
- Oggioni E., Le organizzazioni professionali a network, Sviluppo & Organizzazione, n°.140, 1993
- ONU, World Drug report 2000, United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention, 2000
- Paquette V., Levesque J. Menseur B. et al. Change the mind and you change the brain : effect of cognitive –behavioral therapy on the neural correlates of spider phobia. Neuroimage, 2003 feb; 18 (2): 401-9
- Paus Tomás, Mapping brain maturation and cognitive development during adolescence, Trends in cognitive sciences 9(2), febbraio 2005
- Perrone V., Le strutture organizzative d'impresa, EGEA, 1990
- Phillips, A. G., Ahn, S. and Howland, J. G., 2003. Amigdal control of the mesocorticolimbic dopamine system: parallel pathways to motivated behaviour. Neurosci Biobehav Rev 27: 543-554.
- Piazza PV; Le Moal ML Pathophysiological basis of vulnerability to drug abuse: role of an interaction between stress, glucocorticoids, and dopaminergic neurons. Annu Rev Pharmacol Toxicol,36():359-78 1996
- Primary Health Care European Project on Alcohol (PHEPA) (2009). Assessment tool report: hazardous and harmful alcohol consumption. Barcelona, Health Department of the Government of Catalonia <[http://gencat.net/salut/phepa/units/phepa/pdf/\\_assessment\\_tool.pdf](http://gencat.net/salut/phepa/units/phepa/pdf/_assessment_tool.pdf)> , accessed 7 ottobre 2011.
- Rachele U., Perrone V., Modelli per la gestione del cambiamento organizzativo, Economia & Management
- Risinger R. E. et al., Neural correlates of high and craving during cocaine self-administration using BOLD fMRI, Neuroimage 26(4):1097-1108, 2005
- Ruffini R., Logiche di progettazione dell'assetto organizzativo delle aziende sanitarie, Mecosan n°18, 1996
- Rugiadini A., Organizzazione d'impresa, Giuffrè, 1979
- Scafato E, Ghirini S, Galluzzo L, Farchi G, Gandin C, Gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol - CNESPS sull'impatto dell'uso e abuso di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporti ISTISAN. 2009;09(04).
- Scafato E, ed. Alcol e prevenzione nei contesti di assistenza sanitaria primaria. Programma di formazione IPIB-PHEPA. identificazione precoce e intervento breve dell'abuso alcolico in Primary Health Care. Roma: Istituto Superiore di Sanità. Gruppo di lavoro IPIB; 2008.
- Scafato E, Galluzzo L, Gandin C, Martire S, Ghirini S. Il rischio alcol-correlato in Italia: definizioni ed indicatori. Alcologia. 2008;1(Feb):28-42.
- Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Galluzzo L, Martire S, Parisi N. Consumo di alcol. Rapporto Osservasalute 2008. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. 2008;51-57.
- Scafato E, Ghirini S. L'impatto dell'alcol sullo stato di salute della donna. In: Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna, ed. La salute della donna. Proposte, strategie, provvedimenti per migliorarla. Libro Verde. Milano: Franco Angeli; 2008. p. 33-41.
- Scafato E. Alcol: l'epidemiologia e i consumi in una prospettiva di salute pubblica. Internal and emergency medicine. 2008;3(Suppl):S131-S133.
- Scafato E. La programmazione delle attività della SIA nel quadriennio 2008-2012. Alcologia. 2008;(2):80-85.
- Schlaepfer T.E. et al, Decreased frontal white-matter volume in chronic substance abuse, International Journal of Neuropsychopharmacology 9(2):147-153, 2006
- Serpelloni G., Bricolo F., Gomma M. (a cura di) Elementi di Neuroscienze e Dipendenze. Manuale per operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze II ed. Verona 2010
- Serpelloni G., Diana M., Gomma M., Rimondo C., Cannabis e danni alla salute. Aspetti tossicologici, neuropsichici, medici, sociali e linee di indirizzo per la prevenzione e il trattamento, Dipartimento per le Politiche Antidroga – PCM, Gennaio 2011.
- Serpelloni G., Diana M.; Gomma M.; Rimondo C., Cannabis e danni alla salute. Aspetti tossicologici, neuropsichici, medici, sociali e linee di indirizzo per la prevenzione e il trattamento, Gennaio 2011
- Serpelloni G., Frighetto R., Di Chiara R., Modello teorico-pratico per la riabilitazione e il reinserimento sociale e lavorativo della persona tossicodipendente - Manuale per gli operatori progetto RELI, in press
- Serpelloni G., Rimondo C., Gomma M., Faccio M., Marani E., Berti Taini A., Bricolo F., La diagnosi precoce (early detection)

- dell'uso di sostanze nei minori mediante drug test e counseling educativo: metodo e razionale, in press
- Serpelloni G.; Diana M.; Gomma M.; Rimondo C., Cannabis e danni alla salute, 20 Gennaio 2011
- Serpelloni G., Bricolo F., Gomma M., Elementi di Neuroscienze e Dipendenze  
2° edizione, 8 giugno 2010
- Serpelloni G., Bonci A., Rimondo C., Cocaina e minori, giugno 2009
- Serpelloni G., Candio D., Rimondo C., Progetto Drugs on street e Protocollo D.O.S. per gli accertamenti su strada, agosto 2008
- Serpelloni G., Simeoni E., Project Management - Gestire progetti in sanità e nel sociale, luglio 2008
- Serpelloni G., Rimondo C., Sistema di Allerta Precoce e Risposta Rapida per le Droghe, maggio 2008
- Serpelloni G., Macchia T., Gerra G., COCAINA Manuale di aggiornamento tecnico scientifico, 2006
- Serpelloni G., Macchia T., Mariani F., OUTCOME La valutazione dei risultati e l'analisi dei costi nella pratica clinica nelle tossicodipendenze, 2006
- Serpelloni G. et al., DOPING Aspetti medici, nutrizionali, psicopedagogici, legali ed etici e indicazioni per la prevenzione, 2006
- Serpelloni G., Gomma M., Analisi economica dei dipartimenti delle dipendenze: prima analisi dei costi e valorizzazione dei risultati, 2006
- Serpelloni G. et al., La valutazione dell'outcome nei trattamenti della tossicodipendenza, 2003
- Serpelloni G., Simeoni E., Rampazzo L., Quality Management, 2002
- Serpelloni G., Gerra G., La vulnerabilità all'addiction, 2002
- Serpelloni G., Rezza G., Gomma M., Eroina Infezione da HIV e patologie correlate, Leonard Edizioni, 1995
- Stapleton J.M. et al., Cerebral glucose utilization in polysubstance abuse, *Neuropsychopharmacology* 13(1):719-724, 1993
- Spence, S.A., Hirsch, S. R., Brooks, D.J. and Grasby, P.M., 1998. Prefrontal cortex activity in people with schizophrenia and control subjects. Evidence from positron emission tomography for remission of "hypofrontality" with recovery from acute schizophrenia. *Br J Psychiatry* 172: 316-323.
- Stone, V.E., Cosmides, L., Tooby, J., Kroll, N. and Knight, R.T., 2002. Selective impairment of reasoning about social exchange in a patient with bilateral limbic system damage. *Proc Natl Acad Sci USA* 99: 11531-11536.
- Temali D., Maj M., Capatano F., Giordano G., Saccà C. ICD-10 Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali, Masson, 1996
- Tiffany, S.T., 1990. A cognitive model of drug urges and drug-use-behaviour. Role of automatic and nonautomatic processes. *Psychological Review* 97: 147-168.
- United States Centers for Disease Prevention and Control (US CDC) (2009). Healthy places terminology: social capital [web page]. Atlanta, CDC <<http://www.cdc.gov/healthyplaces/terminology.htm#p>> , accessed 7 ottobre 2011).
- Volkow N. et al., Changes in brain glucose metabolism in cocaine dependence and withdrawal, *American Journal of Psychiatry* 148(5):621-626, 1991
- Volkow N. et al., The addicted human brain: insights from imaging studies, *Journal of Clinical Investigation* 111(10):1444-1451, 2003
- Volkow N.D., et al., 2001a. Low level of brain dopamine D2 receptors in methamphetamine abusers: Association with metabolism in the orbitofrontal cortex. *American journal of Psychiatry* 158(12): 2015-2021
- Volkow N.D., Wang G.J., Fowler J.S., Logan J., Gatley S.J., Hitzemann, R., Chen A.D., Dewey S.L., and Pappas N. Decreased striatal dopaminergic responsiveness in detoxified cocaine-dependent subjects. *Nature* 386:830-833, 1997
- Yücel M. et al., Understanding drug addiction: a neuropsychological perspective, *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry* 41:957- 968, 2007
- Wexler B.E. et al., Functional magnetic resonance imaging of cocaine craving, *American Journal of psychiatry* 158(1):86-95, 2001
- White T., Su S., Schmidt M., Kao C.Y., Sapiro G. The development of gyrification in childhood and adolescence. *Brain Cogn.* 2010 Feb; 72(1): 36-45. Epub 2009 Nov 25.
- White, N.M., 1996. Addictive drugs as reinforcers: multiple partial actions on memory systems. *Addiction* 91(7): 921-949.
- WHO (2006). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: 10th revision: version for 2007 [online database]. Geneva, WHO <<http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online>> , accessed 7 ottobre

2011).

WHO Collaborative Project on Identification and Management of Alcohol-Related Problems in Primary Health Care (2006). WHO Collaborative Project on Identification and Management of Alcohol-Related Problems in Primary Health Care: report on Phase IV: development of country-wide strategies for implementing early identification and brief intervention in primary health care. Geneva, WHO <[http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/identification\\_management\\_alcoholproblems\\_phaseiv.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/identification_management_alcoholproblems_phaseiv.pdf)> , accessed 7 ottobre 2011). WHO (2009a).

WHO-CHOICE interventions: hazardous alcohol use [web page]. Geneva, WHO <[http://www.who.int/choice/interventions/rf\\_alcohol](http://www.who.int/choice/interventions/rf_alcohol)> , accesso 06 ottobre 2011).

Wienand U., Cinotti R. e Prandi F., Il miglioramento continuo delle aziende sanitarie, Centro Scientifico Editore, 1999

Zhu, J., 2004. Understanding volition. *Philosophical Psychology* 17: 247-273

Zucco F., Il percorso del paziente, EGEA, 1999



## Allegati

---



# A1

## Principi generali per la Vision del Dipartimento delle Dipendenze<sup>1</sup>

Vengono qui riportati i principali punti su cui sviluppare la vision del Dipartimento delle Dipendenze relativamente alle problematiche affrontate. Su questi principi di base, che rappresentano anche la posizione italiana sulle dipendenze, si dovrebbero strutturare le offerte e l'organizzazione dipartimentale tenendo conto delle specificità dei diversi territori e delle organizzazioni e potenzialità presenti. E' fondamentale sottolineare la necessità che questi principi vengano discussi, condivisi e fatti propri da tutte le unità operative dei Dipartimenti delle Dipendenze al fine di arrivare ad un'unità culturale e professionale che porti gli operatori ad avere una quanto più omogenea e armonizzata visione e unità di intenti non solo da un punto di vista strategico generale, ma anche nella concreta operatività.

### Introduzione

Questo documento mette a fuoco i principi base su cui si fonda la moderna strategia di lotta alla droga sia per quanto riguarda gli aspetti della domanda che dell'offerta, fornendo nel contempo definizioni e raccomandazioni coerenti con un approccio centrato sulla persona e rispettoso dei diritti umani (sia dei consumatori di sostanze che dei non consumatori in contatto con loro), compresi quelli di poter vivere una vita completamente libera dal condizionamento, dalla dipendenza e dagli effetti negativi per la propria e altrui salute, derivanti dall'uso delle sostanze stupefacenti.

**Principi base**

Alla luce di quanto riportato anche dalle Nazioni Unite si ritiene pertanto che sia necessario definire meglio ed integrare alcuni paradigmi di azione per consolidare, migliorare ed espandere le strategie e gli interventi all'interno di un approccio bilanciato, razionale basato sulle evidenze scientifiche, ma nel contempo etico, sostenibile e permanente. Un approccio che consideri inoltre, valorizzi e supporti concretamente le azioni di prevenzione, cura, riabilitazione e recupero della persona e contestualmente le azioni di contrasto della produzione illegale, del traffico e dello spaccio delle droghe. Questo approccio non ritiene adeguata la proposta di legalizzazione dell'uso delle droghe (a partire dalla cannabis) quale principale soluzione alla diffusione della droga nella società. Infatti, la letteratura scientifica mostra che un aumento della disponibilità di una sostanza (attraverso minori livelli di sanzione e/o costi più accessibili) fa aumentare anche il consumo stesso della sostanza nella popolazione generale.

**Un approccio bilanciato, razionale, etico, sostenibile e permanente**

<sup>1</sup> Tratto da Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Principi generali della posizione italiana sulla lotta alla droga, Roma, novembre 2011.

Usare droghe  
resta pericoloso  
ed illegittimo

Si ritiene che molti dei principi auspicati da varie organizzazioni in questi anni, siano condivisibili per migliorare l'efficacia degli interventi contro le droghe ma che tali risultati non debbano necessariamente essere raggiunti con politiche indirizzate e basate sulla legalizzazione delle droghe.

Essi possono essere comunque e più efficacemente raggiunti mantenendo nel contempo l'illegittimità del consumo, con interventi e sistemi indirizzati verso una maggiore attenzione per l'individuo e orientati alla prevenzione selettiva, al trattamento precoce e gratuito della dipendenza, alla maggior promozione di sistemi di riabilitazione e recupero della persona tossicodipendente e della prevenzione delle patologie correlate.

Giovanni Serpelloni  
Capo Dipartimento Politiche Antidroga  
Presidenza del Consiglio dei Ministri

## Premesse e principi generali della posizione Italiana sulla lotta alla droga

### 1. La prevenzione come arma vincente

Prevenzione  
permanente

Le azioni di prevenzione, soprattutto per le giovani generazioni e i genitori, devono essere mantenute in forma permanente al fine di ridurre il consumo di sostanze stupefacenti, l'abuso alcolico e lo sviluppo di altre forme di dipendenza.<sup>2 3</sup>

Prevenzione  
selettiva

La prevenzione selettiva sulle persone particolarmente vulnerabili, coinvolgendo nel contempo e supportando attivamente i genitori e gli insegnanti, è risultata un'arma particolarmente efficace e sostenibile.<sup>4</sup> La prevenzione deve essere più precoce, a partire quindi dall'età scolare, attraverso la trasmissione di regole e stili di vita sani che escludono quindi l'uso di tutte le sostanze stupefacenti, l'abuso alcolico, il tabagismo e il consumo di farmaci non prescritti.

Diagnosi precoce  
per un intervento  
precoce

Contemporaneamente la diagnosi precoce (*early detection*) diretta agli adolescenti, finalizzata ad un intervento precoce (*early intervention*) è una strategia vincente e fattibile per ridurre il numero delle persone vulnerabili che intraprendono, dall'uso occasionale o abitudinario, percorsi evolutivi verso forme di *addiction*.<sup>5 6 7 8</sup>

2 Serpelloni G., Bonci A., Rimondo C., Cocaina e minori. Linee di indirizzo per le attività di prevenzione e l'identificazione precoce dell'uso di sostanze, Dipartimento per le Politiche Antidroga – PCM, Giugno 2009. Scaricabile da [www.dronet.org](http://www.dronet.org).

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

4 Serpelloni G., Gerra G., Vulnerabilità all'addiction. Prevenzione Primaria: nuovi strumenti agli operatori sia nell'ambito delle conoscenze che delle metodologie, 2002, Regione Veneto. Scaricabile da [www.dronet.org](http://www.dronet.org).

5 Cfr. nota 1.

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

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

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

Le azioni di prevenzione sono da considerarsi irrinunciabili anche alla luce del fatto che le sostanze stupefacenti, soprattutto se assunte in giovane età, possono interferire fortemente con i fisiologici processi di maturazione cerebrale (che vanno a completarsi verso i 21 anni) ed in particolare quelli della mielinizzazione, della sinaptogenesi e del "pruning" (cioè il processo cerebrale di attivazione e selezione delle sinapsi durante l'accrescimento), compromettendo così lo sviluppo di importanti funzioni neurocognitive quali la memorizzazione, la motivazione, l'attenzione e conseguentemente le capacità di apprendimento, di *decision making* e di stima del pericolo.<sup>9 10 11 12 13 14 15</sup>

Azione irrinunciabile

Proteggere la maturazione cerebrale

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

Evidence based

Oltre a questo una prevenzione ambientale esplicita e coerente contro l'uso di droghe, l'abuso alcolico e il tabagismo risulta importante per mantenere alto il grado di disapprovazione sociale dell'uso di sostanze e la percezione del rischio e del danno che si sono dimostrati importanti fattori per ridurre l'uso derivante dal consumo anche occasionale.<sup>16</sup>

Prevenzione ambientale

## 2. La vulnerabilità dell'addiction

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

Vulnerabilità e maggior rischio di percorsi evolutivi

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

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

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

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

11 Serpelloni G., Diana M., Gomma M., Rimondo C., Cannabis e danni alla salute. Aspetti tossicologici, neuropsichici, medici, sociali e linee di indirizzo per la prevenzione e il trattamento, Dipartimento per le Politiche Antidroga – PCM, Gennaio 2011. Scaricabile da [www.dronet.org](http://www.dronet.org).

12 Bussi M., Trimarchi M., Serpelloni G., Rimondo C., Uso di cocaina e lesioni distruttive facciali: linee di indirizzo per gli specialisti otorinolaringoiatri, Dipartimento per le Politiche antidroga – PCM, Maggio 2011. Scaricabile da [www.dronet.org](http://www.dronet.org).

13 Serpelloni G., Macchia T., Gerra G., COCAINA, Manuale di aggiornamento tecnico scientifico, progetto START, Ministero della Sanità, 2006. Scaricabile [www.dronet.org](http://www.dronet.org).

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

15 <http://www.drugfreed.org/>.

16 Keyes K.M., Schulenberg J.E., O'Malley P.M., Johnston L.D., Bachman J.G., Li G., Hasin D., The social norms of birth cohorts and adolescent marijuana use in the United States, 1976-2007. *Addiction*. 2011 May 6.

- la bassa disapprovazione sociale,<sup>17</sup>
- l'alta disponibilità di sostanze sul territorio.

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

### 3. La tossicodipendenza è una malattia prevenibile, curabile e guaribile

#### La tossicodipendenza è una malattia

La posizione ufficiale del Dipartimento per le Politiche Antidroga relativamente alle strategie antidroga, ben espressa nel Piano di Azione Nazionale approvato dal Consiglio dei Ministri nell'ottobre 2010, riconosce prima di tutto che "la tossicodipendenza è una malattia prevenibile, curabile e guaribile che spesso ha andamento cronico e recidivante".<sup>18 19</sup>

#### E' una complessa malattia del cervello con gravi conseguenze

La tossicodipendenza è una malattia del cervello, complessa e fortemente invalidante, correlata a disturbi comportamentali, rischi infettivi e psichiatrici con gravi conseguenze sociali per l'individuo<sup>20</sup>.

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

#### La malattia è generata da un uso iniziale volontario di sostanze

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

#### Forte difficoltà a mantenere lo stato di sobrietà

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

#### Coinvolti i meccanismi neurobiologici

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

<sup>17</sup> Cfr. nota 1.

<sup>18</sup> Dipartimento per le Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Piano di Azione Nazionale (PAN) sulle Droghe, 2010-2013. Scaricabile da [www.politicheantidroga.it](http://www.politicheantidroga.it) e [www.dronet.org](http://www.dronet.org).

<sup>19</sup> Serpelloni G., Frighetto R., Dalla Chiara R., Linee di indirizzo e modello teorico-pratico per la riabilitazione e il reinserimento sociale e lavorativo della persona tossicodipendente. Manuale RELI, Dipartimento per le Politiche Antidroga – PCM, 2011, *in press*.

<sup>20</sup> National Institute of Drug Abuse, monograph "Drugs, Brains, and Behavior - The Science of Addiction", Bethesda, 2007.

Come tutte le malattie croniche, la dipendenza spesso alterna cicli di ricaduta a periodi di remissione dei sintomi. Senza un efficace trattamento e un pieno coinvolgimento in attività orientate al recupero (*recovery*), la dipendenza è progressiva e può degenerare in forme di inabilità o nella morte prematura.<sup>21</sup>

Pertanto, nel nostro Paese tutte le politiche e le strategie sono impostate a riconoscere che l'uso di qualsiasi sostanza stupefacente, anche occasionale, sia un comportamento pericoloso e ad alto rischio per la salute; che la tossicodipendenza è una condizione che costituisce, oltre un problema sociale e di sicurezza, anche un serio problema di sanità pubblica che riguarda non solo la salute delle persone dipendenti dalle droghe, ma anche terze persone che possono venire danneggiate dai loro comportamenti a rischio mediante, per esempio, la guida di autoveicoli o lo svolgimento di lavori che comportino rischi per terzi.

Il riconoscimento di questi concetti comporta che tutti i sistemi assistenziali e di cura siano orientati a rapportarsi con le persone che usano in maniera occasionale o periodica (ma in assenza di dipendenza) sostanze come soggetti con comportamenti a rischio per la salute con la necessità di interventi precoci per prevenire l'instaurarsi di una dipendenza o sospendere l'uso, e le persone con dipendenza da sostanze come malati con necessità di cure mediche, psicologiche e supporti sociali facilmente accessibili e mantenibili sia per la dipendenza che per le patologie ad essa correlate. Questi sistemi dovranno essere orientati, oltre che alla cura, anche al recupero e alla guarigione della persona e non solo al "controllo sociale" della malattia.

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

Sempre di più si riconosce la necessità di integrare le politiche e gli interventi (nonché le strutture) relative alle problematiche derivanti dall'uso di droghe, alcol, fumo, farmaci non prescritti e comportamenti compulsivi patologici quali il "gambling patologico". L'approccio globale e integrato verso tutte queste forme di dipendenza comporta una nuova strategia ed organizzazione orientata a fronteggiare sia comportamenti, sia (in termini preventivi, terapeutici e riabilitativi) tutte le varie forme di dipendenza che spesso presentano percorsi evolutivi e contemporanei<sup>22</sup>. Risulta pertanto fondamentale disporre di organizzazioni specializzate nell'ambito dell'addiction, quali i Dipartimenti delle Dipendenze (distinte da quelle dedicate alla psichiatria), in grado di affrontare congiuntamente tali patologie.

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

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

**Recidivante**

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

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

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

**Approccio integrato su tutte le dipendenze patologiche**

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

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

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

E' inoltre importante supportare lo sviluppo del senso di responsabilità nei giovani verso la propria salute e quella altrui. Contemporaneamente è però necessario mantenere attivi anche deterrenti sociali, legali e movimenti culturali antidroga positivi, affinché si realizzi e si mantenga un alto grado di disapprovazione sociale di tale consumo <sup>23 24</sup>.

**Deterrenti e disapprovazione sociale del consumo**

Questo importante fattore è effettivamente in grado di produrre una riduzione dei consumi, soprattutto di nicotina, marijuana e cocaina che, in adolescenti vulnerabili, si sono dimostrate droghe “*gateway*” in grado cioè di attivare percorsi evolutivi verso l'*addiction*, come è stato scientificamente dimostrato da studi trentennali<sup>25</sup>.

## 6. Il diritto alle cure gratuite per le persone tossicodipendenti

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

I tossicodipendenti, in quanto tali, non vengono e non devono essere discriminati, emarginati, stigmatizzati o trattati come criminali ma come malati bisognosi di cure a cui lo Stato italiano e le Regioni garantiscono gratuitamente un'ampia gamma di offerte terapeutiche sia in regime di libertà che all'interno delle carceri, nel caso queste persone vi si trovino per aver commesso dei reati (tra i quali nel nostro paese non è contemplato l'uso di sostanze). Al tossicodipendente in carcere verrà comunque garantito un adeguato trattamento sanitario.

**Terapie farmacologiche integrate**

I programmi farmacologici con sostanze sostitutive (esclusa l'eroina), fanno parte di queste terapie sempre integrate con offerte e supporti psicologici e sociali<sup>26</sup>.

**No all'uso dell'eroina**

La somministrazione controllata di eroina viene esclusa per la bassa aderenza al trattamento riscontrata nel medio-lungo termine, per la necessità di assumerla per via endovenosa ben 4 volte al giorno e per la necessità di eseguire questa terapia da parte del paziente sempre in ambiente sanitario controllato con la necessità di valutazione per almeno 60 minuti post iniezione con ciò che comporta per il paziente in termini di tempo/ore dedicate (dalle 5 alle 7 ore al giorno compresi gli spostamenti). L'eroina inoltre non viene utilizzata anche per l'aumentato rischio di overdose rispetto al metadone e per la presenza di farmaci alternativi (metadone e buprenorfina) che si sono dimostrati più sicuri, efficaci e maneggevoli. <sup>27 28 29 30 31 32 33</sup>

**Cure anche in carcere**

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

23 Cfr. nota 1.

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

25 Cfr. nota 15.

26 Serpelloni G., Pirastu R., Brignoli O., *Medicina delle Tossicodipendenze. Manuale specifico per i Medici di Medicina Generale sul tema generale della tossicodipendenza*, Ministero della Sanità 1996. Scaricabile da [www.dronet.org](http://www.dronet.org).



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

In alcune persone tossicodipendenti, in particolare nei consumatori di stimolanti e/o allucinogeni o in presenza di forti crisi astinenziali da oppiacei in pazienti con comorbidità psichiatrica, la malattia può essere accompagnata da gravi manifestazioni di violenza sistematica e ripetuta verso se stessi e verso i propri conviventi (genitori, coniugi, figli).

Questa problematica si è verificata di frequente in questi anni all'interno dei nuclei famigliari e, nei casi riscontrati, spesso persiste per lunghi periodi procurando forti sofferenze a persone vulnerabili quali bambini, genitori anziani, o parenti non in grado di reagire o difendersi adeguatamente. Alcune situazioni sono sfociate anche in tragici fatti.

Questi episodi spesso si associano e vengono aggravati dalla presenza contemporanea all'*addiction* di malattie psichiatriche, non infrequenti in queste persone.

In questi casi, dove l'*addiction* presenta una componente fortemente violenta, distruttiva e pericolosa, è necessario prendere in considerazione la possibilità e l'opportunità di introdurre temporaneamente trattamenti sanitari condizionati con adeguate forme di tutela per questi gruppi famigliari.

A tale proposito, sempre nel rispetto dei diritti umani dell'individuo, è possibile prevedere particolari ambienti di tipo residenziale specialistici per le persone tossicodipendenti (differenti dai reparti di psichiatria). Tali trattamenti dovrebbero essere mantenuti mediante atti in grado di imporre temporaneamente soluzioni contenitive e cure adeguate a ridurre tali rischi alla persona e al suo nucleo famigliare. E' chiaro che l'introduzione di soluzioni di questo tipo deve essere approfonditamente studiata e riflettuta in tutti i suoi aspetti, sia di efficacia terapeutica, sia di capacità di ridurre effettivamente il problema delle violenze sui famigliari, e nel contempo di essere rispettosi dei principi bioetici. In Italia, oltre alla necessità, vi potrebbe essere una condizione particolarmente favorevole a sperimentare tale soluzione considerata la forte presenza di strutture residenziali e l'alto accreditamento e l'alta specializzazione di alcune di esse nella gestione della comorbidità psichiatrica e, contemporaneamente, della tossicodipendenza. Un atteggiamento di estrema prudenza nell'affrontare questi temi è, però, sicuramente necessario. Tutto ciò al fine di assicurare al paziente un'adeguata assistenza per superare questo stato di malattia in grado di produrre danni sia da un punto di vista sanitario che sociale all'individuo e a terze persone. Al pari di alcune condizioni limite presenti nelle malattie psichiatriche dove si ritiene opportuno applicare trattamenti sanitari obbligatori temporanei,

**Violenza su genitori e bambini in relazione a gravi forme di addiction: necessaria una soluzione**  
**Addiction, patologie psichiatriche concomitanti e manifestazioni violente**

**Necessità di supportare il paziente con trattamenti temporanei "condizionati"**

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

27 Dipartimento per le Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Linee guida per la prevenzione delle patologie correlate all'uso di sostanze stupefacenti, Dipartimento per le Politiche Antidroga – PCM, 2009. Scaricabile da [www.dronet.org](http://www.dronet.org).

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

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

30 Strang J., Hall W., Hickman M., Bird S.M., Impact of supervision of methadone consumption on deaths related to methadone overdose (1993-2008): analyses using OD4 index in England and Scotland, *BMJ.* 2010; vol. 341 pp. c4851.

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

32 Cornish R., Macleod J., Strang J., Vickerman P., Hickman M., Risk of death during and after opiate substitution treatment in primary care: prospective observational study in UK General Practice Research Database, *BMJ.* 2010; vol. 341 pp. c5475.

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

anche in questo caso varrebbe la pena di riflettere sull'opportunità (valutandone l'efficacia anche in termini di riduzione della storia naturale della malattia, nonché sulla sicurezza dei provvedimenti) di inserire anche nel campo dell'addiction analoghe e temporanee forme di tutela per quelle persone che presentino queste condizioni estreme.

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

**No all'emarginazione e alla criminalizzazione dei tossicodipendenti**

I diritti umani di queste persone devono quindi essere rispettati al pari di qualsiasi altro cittadino malato. Pertanto è da combattere ed evitare qualsiasi forma di emarginazione delle persone tossicodipendenti, la loro criminalizzazione (semplicemente perché consumatori di sostanze) e ancora di più la loro stigmatizzazione essendo la tossicodipendenza una vera e propria malattia. Pertanto l'Italia non condivide l'utilizzo di pratiche quali la detenzione forzata, gli abusi fisici o psicologici sulle persone tossicodipendenti compiuti in virtù di un supposto intervento terapeutico o riabilitativo. Salvo per i casi riportati al punto 7, il trattamento deve essere costantemente rispettoso dei diritti della persona, su adesione consapevole e volontaria e rispettoso del diritto all'autodeterminazione.<sup>34 35 36</sup>

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

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

Il consumo individuale di sostanze e le conseguenze sia verso il singolo che verso terze persone ricadono quindi sotto la diretta responsabilità dell'individuo consumatore che, in caso fosse tossicodipendente, avrebbe comunque garantito il diritto alle cure. Esiste per contro un diritto individuale esigibile dai cittadini non consumatori di sostanze relativo alla necessità di essere protetti dalla diffusione e dallo spaccio di sostanze stupefacenti e dai comportamenti di chi usa sostanze mettendo a rischio la salute e l'integrità di terze persone.

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

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

Si ritiene inoltre che tutte le cure debbano essere fortemente orientate al recupero integrale e alla autonomizzazione della persona e che debbano sempre essere associate alla prevenzione delle patologie correlate quali l'infezione da HIV, le epatiti, la TBC e le overdose<sup>37</sup>. Queste azioni devono essere considerate prioritarie ma complementari e non alternative alla cura della dipendenza, e "atti dovuti" dai sistemi sanitari per la tutela della salute, non solo delle persone tossicodipendenti ma dell'intera comunità. La politica e gli interventi di "harm reduction" (riduzione del danno), se applicati da soli e al di fuori di un contesto sanitario orientato alla cura, alla riabilitazione ed al reinserimento delle persone, risultano, nel lungo termine, fallimentari, costosi, e di scarso effetto preventivo, oltre

34 Cfr. nota 17.

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

36 Cfr. nota 18.

37 Cfr. nota 26.

al fatto che sono in grado di cronicizzare lo stato di tossicodipendenza. Inoltre, le terapie farmacologiche non possono essere considerate mere azioni di riduzione dei rischi e dei danni ma veri e propri strumenti di cura e riabilitazione finalizzate, in tempi diversificati in base alle caratteristiche del paziente, alla terapia integrata della dipendenza. Va chiaramente evidenziato che le vere misure che si sono dimostrate realmente efficaci nel medio e lungo termine per la riduzione del rischio infettivo (HIV, Epatiti, TBC, ecc.) e delle overdose, sono le terapie per la dipendenza e quelle antiretrovirali che devono quindi essere offerte quanto più precocemente possibile e gratuitamente, anche promuovendo un contatto attivo e precoce con le persone che fanno uso di droghe.<sup>38 39 40</sup>

## 11. Interventi e strutture di cura orientate al recupero totale della persona tossicodipendente

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

**Il recupero è possibile**

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

**Orientamento primario dei trattamenti**

Il recupero della persona tossicodipendente con la guarigione dalla malattia della dipendenza da sostanze, è il risultato di processi terapeutico-riabilitativi incrementali non rinunciabili.

**Il recupero è un processo incrementale non rinunciabile**

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

**L'importanza delle relazioni sociali**

## 12. Scelte basate su criteri di scientificità ed etici

È fondamentale basare le scelte degli interventi, le programmazioni delle azioni, dei sistemi preventivi ed assistenziali nel campo della droga, sulle evidenze scientifiche di sicurezza, efficacia e sostenibilità ma è altrettanto importante integrare e bilanciare queste scelte con criteri etici e di accettabilità sociale nel contesto di appartenenza.<sup>41</sup>

**Approccio evidence based bilanciato con criteri etici**

38 Dipartimento per le Politiche Antidroga e Ministero della Salute, Linee di indirizzo. Screening e diagnosi precoce delle principali patologie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti, Gennaio 2011. Scaricabile da [www.dronet.org](http://www.dronet.org).

39 Serpelloni G., HIV/AIDS e droga: Manuale per operatori di prevenzione, 1998. Scaricabile da [www.dronet.org](http://www.dronet.org).

40 Serpelloni G., Simeoni E., Contact-tracing & Partner notification, progetto della Commissione Europea, 2000. Scaricabile da [www.dronet.org](http://www.dronet.org).

41 National Institute on Drug Abuse (NIDA), Preventing Drug use among children and adolescents. A research based guide for parents, educators and community leaders, U.S. Department of health and human services, 2003.

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

#### Costi o “investimenti”?

Se queste scelte utilizzeranno solo il criterio *evidence based* potrebbero portare a soluzioni ciniche, decise in virtù di priorità finanziarie, interessi di mercato o di mero controllo sociale di fasce deboli della popolazione. Queste scelte pertanto potrebbero risultare lesive dei diritti delle persone malate e del loro diritto di avere accesso a reali cure appropriate e risolutive e supporti sociali realmente orientati al recupero e alla guarigione. Scelte che potrebbero essere discriminanti e generanti condizioni socialmente ed eticamente non accettabili quali ad esempio la cronicizzazione in “quieti” stati di dipendenza cronica invece di intraprendere, anche se inizialmente più costosi ed impegnativi, percorsi di riabilitazione per il recupero totale della persona. Gli impegni finanziari necessari per sostenere queste azioni dovrebbero essere considerati veri e propri “investimenti” e non solo meri costi che lo Stato sostiene a favore dei propri cittadini e le loro potenzialità anche al fine di ridurre l'emergenza di reali costi più tardivi per l'assistenza di queste persone durante tutto lo svolgimento della loro vita.

#### Il diritto ad essere tutelati dall'offerta di droga

Non può essere quindi solo il criterio *evidence based* a guidare le nostre scelte né un mero criterio economico-finanziario in quanto il diritto umano da rispettare come prioritario nelle persone malate di addiction, al pari di ogni malato, è il diritto di potersi tempestivamente curare con le migliori terapie, di poter così recuperare il più alto grado di salute possibile, di prevenire ed evitare le patologie correlate e di potersi completamente reinserire nella comunità in piena autonomia e dignità.<sup>42 43</sup>

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

#### Costi per la prevenzione: indifferibili

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

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

### 13. L'uso di sostanze è anche un problema di sanità pubblica

#### Uso di droghe e sanità pubblica

L'uso di sostanze comporta pericoli e danni diretti ed indiretti alla salute della comunità nel suo intero. La presenza di malattie infettive, di condizioni psicologiche e psichiatriche, di rischi per l'integrità

psicofisica derivanti dalla guida o dallo svolgere mansioni lavorative sotto l'effetto di sostanze<sup>44 45 46</sup>  
<sup>47 48 49 50 51 52</sup> fa sì che tale condizione sia da considerare un rilevante problema di sanità pubblica che merita quindi specifici, strutturati e permanenti programmi pubblici e strutture sanitarie organizzate di intervento in tale ambito sia a livello regionale che nazionale in maniera coordinata.

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

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

**Sicurezza pubblica  
in pericolo**

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

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

**Finanziamenti alle  
mafie**

44 Serpelloni G., Bricolo F., Gomma M., Elementi di Neuroscienze e Dipendenze, 2° edizione. Manuale per operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze, Dipartimento per le Politiche antidroga – PCM, Giugno 2010. Scaricabile da [www.dronet.org](http://www.dronet.org).

45 Cfr. nota 8.

46 Cfr. nota 9.

47 Cfr. nota 10.

48 Cfr. nota 11.

49 Cfr. nota 12.

50 Cfr. nota 13.

51 Cfr. nota 14.

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

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

### Tutte le sostanze sono tossiche

Tutte le sostanze stupefacenti sono da considerarsi sempre potenzialmente nocive per la salute fisica, psichica e sociale dell'individuo anche se assunte occasionalmente.<sup>53 54 55</sup> È inutile e dannoso voler graduare i danni delle diverse sostanze stupefacenti al fine di voler giustificare la legalizzazione o la liberalizzazione di alcune (es. la cannabis) trascurando il potenziale evolutivo di nocività nelle persone vulnerabili, che vengono sensibilizzate dall'uso anche occasionale di queste droghe strumentalmente ed erroneamente definite “leggere”.<sup>56</sup>

### Persone a rischio e vulnerabili

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

Un'ulteriore importante osservazione è che, oltre a questo, va considerato, nella valorizzazione di questo potenziale nocivo globale, anche la facilità di accesso alla sostanza, l'alto numero di consumatori esistenti nella comunità e soprattutto la bassa percezione del rischio e del danno derivante dall'uso della sostanza che hanno i potenziali assuntori (soprattutto se adolescenti)<sup>57 58</sup>.

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

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

### Bilanciamento delle azioni

La politica nei confronti dell'uso di droghe si basa sul riconoscere la necessità di mantenere l'uso di sostanze stupefacenti un'azione illegittima e sanzionata amministrativamente dalla legislazione.

<sup>53</sup> Cfr. nota 1.

<sup>54</sup> Cfr. nota 10.

<sup>55</sup> Cfr. nota 11.

<sup>56</sup> Cfr. nota 10.

<sup>57</sup> Dipartimento per le Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Relazione annuale al Parlamento sull'uso di sostanze stupefacenti e sulle tossicodipendenze in Italia, Roma, 2011. Scaricabile da [www.politicheantidroga.it](http://www.politicheantidroga.it) e [www.dronet.org](http://www.dronet.org).

<sup>58</sup> EMCDDA, Annual report on the state of the drugs problem in Europe, Lisbona, Novembre 2010. Scaricabile da: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2010>.



L'approccio globale deve necessariamente prevedere un bilanciamento tra le azioni di prevenzione, cura e riabilitazione e le azioni di sanzione dell'uso, repressione e contrasto del traffico e dello spaccio con un sistema generale basato soprattutto sui diritti di salute delle persone, in particolare se minorenni e vulnerabili, ad essere difese dall'offerta di sostanze stupefacenti, ad essere curate precocemente se tossicodipendenti, ma con un orientamento alla piena riabilitazione ed al reinserimento sociale. E' quindi un dovere dello Stato fare in modo, con permanenti azioni di contrasto, che le organizzazioni criminali vengano perseguite costantemente sia nelle fasi di produzione e traffico, sia nelle fasi dello spaccio.

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

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

**Contrasto del traffico e dello spaccio**

A questo proposito contrastare l'immigrazione clandestina e attivare contestualmente politiche di forte integrazione ed inclusione sociale e lavorativa delle persone immigrate legalmente risulta fondamentale anche per la prevenzione del crimine organizzato correlato al traffico e allo spaccio di droga. Una particolare attenzione deve essere rivolta al nuovo mercato delle droghe su internet e tramite le farmacie on-line che hanno necessità, al fine di essere realmente efficaci, di essere fortemente contrastate anche con nuove forme di azione telematica.

**Contrastare l'immigrazione clandestina e contestuale inclusione**

Va segnalata però la difficoltà oggettiva di dover agire sulla rete internet a livello globale e non solo nazionale, con la necessità quindi di supportare e valorizzare il coordinamento e la cooperazione internazionale delle Forze dell'Ordine.<sup>59</sup>

**Lotta alla droga in internet: un'azione globale**

Una particolare rilevanza riveste inoltre lo sviluppo e il rafforzamento di strategie e procedure agevolate per utilizzare, al fine di sostenere finanziariamente soprattutto le attività di prevenzione, dei fondi sequestrati alle mafie. Queste ingenti somme dovrebbero trovare un rapido ed agevolato utilizzo mediante atti specifici a sostegno delle organizzazioni impegnate nel settore della prevenzione e recupero delle persone tossicodipendenti.

**Finalizzazione alla prevenzione dei fondi sequestrati alle mafie**

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

**Contrasto del riciclaggio del denaro sporco**

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

Tutte le strategie e gli interventi devono poter essere valutati nella loro sicurezza, efficacia (*outcome*) e sostenibilità economica-finanziaria. Le organizzazioni sanitarie e di governo (nazionali e regionali) devono possedere sistemi idonei al fine di poter valutare permanentemente i loro risultati, nel senso

**Valutazione costante dei risultati (*outcome*) Criterio di finanziabilità**

<sup>59</sup> International Narcotics Control Board, Guidelines for governments on preventing the illegal sale of internationally controlled substances through the Internet, United Nations Publication, New York, 2009.

di *outcome* ottenuto, e i costi sostenuti. Questo deve costituire criterio di finanziabilità degli stessi interventi e progetti proposti. Inoltre la messa in comune dei dati di *outcome* e il confronto delle prassi permetterà di migliorare i sistemi di risposta e di far crescere l'efficacia degli interventi nel loro complesso.<sup>60 61</sup>

**Monitoraggio epidemiologico dell'andamento del fenomeno**

Risulta rilevante per ogni settore di intervento possedere un sistema di rilevamento ed elaborazione dei dati quanto più centralizzato possibile, che permetta soprattutto una tempestiva e precisa ricostruzione dell'andamento del fenomeno e dell'impatto globale, nel tempo, degli interventi oltre che dei costi. Sono pertanto da considerare strategici i sistemi informativi e le indagini epidemiologiche sulla popolazione a rischio e nelle acque reflue oltre che il mantenimento del sistema d'allerta precoce per l'individuazione delle nuove sostanze stupefacenti e la loro tabellazione.<sup>62</sup>

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

**Ricerca e neuroscienze per una nuova comunità scientifica**

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

## 21. I risultati positivi possono migliorare

**Diminuzione dei consumi, delle overdose, delle infezioni**

In questi ultimi dieci anni, grazie agli sforzi congiunti di tutte le Amministrazioni centrali, regionali, locali e le organizzazioni pubbliche, del privato sociale e del volontariato, che hanno fondamentalemente condiviso questa impostazione di azione bilanciata, i consumi di sostanze stupefacenti nel nostro Paese sono diminuiti con particolare riguardo alle fasce giovanili, le overdose sono fortemente calate (da 1002 all'anno nel 1999 a 374 nel 2010) e sono in costante decremento, le nuove infezioni da HIV nei tossicodipendenti si sono fortemente ridotte e la diffusione dell'infezione da HIV nei tossicodipendenti è sicuramente sotto controllo<sup>63</sup>.

**Aumento delle persone che vogliono entrare in trattamento**

Sono inoltre diminuite le incidenze di nuove infezioni di epatiti.

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

61 Dipartimento per le Politiche Antidroga e Ministero della Salute, Manuale operativo SIND, Maggio 2011. Scaricabile da [www.dronet.org](http://www.dronet.org).

62 Cfr. nota 17.

63 Cfr. nota 56.



Sono aumentate contemporaneamente le persone tossicodipendenti che chiedono aiuto ed entrano in trattamento presso le strutture pubbliche e del privato sociale accreditato.

**Aumento dei  
trattamenti in  
alternativa alla pena**

Inoltre, negli ultimi tre anni, sono diminuite le persone tossicodipendenti entrate in carcere e aumentate quelle che ne escono per intraprendere percorsi alternativi di cura.<sup>64</sup>

Nessuna persona tossicodipendente è stata arrestata semplicemente per aver usato sostanze stupefacenti, ma sempre e solo in relazione alla violazione delle leggi che puniscono penalmente il traffico, lo spaccio, la coltivazione illegale, ecc. di sostanze stupefacenti, oltre che altre violazioni delle altre leggi non in relazione con le droghe.<sup>65</sup>

**Depenalizzazione  
del consumo**

---

64 Cfr. nota 56.

65 Cfr. nota 56.



# A2

## Public Policy Statement: definizione di **ADDICTION**

ASAM - American society of Addiction Medicine, 15 Agosto 2011.

*Breve definizione di addiction:* la dipendenza è un disturbo cerebrale primario secondario, cronico legato ai meccanismi di “ricompensa” (*reward*) del cervello, della motivazione, della memoria e dei circuiti collegati. La presenza di una disfunzione in questi circuiti comporta peculiari manifestazioni biologiche, sociali e spirituali. Questo si riflette in una patologica ricerca dell'individuo di ricompense/piacere e sollievo derivante dall'uso di sostanze e altri comportamenti correlati.

La dipendenza sarebbe così caratterizzata da un'incapacità verso un'astinenza continuata e regolare, da disturbi nel controllo del comportamento, dal craving, da una scarsa percezione di problemi nei propri comportamenti e nelle relazioni con gli altri e da una disfunzione nei meccanismi di risposta emozionali. Come tutte le malattie croniche, la dipendenza spesso alterna cicli di ricaduta a periodi di remissione dei sintomi. Senza un efficace trattamento e un pieno coinvolgimento in attività orientate al recupero (*recovery*), la dipendenza è progressiva e può degenerare in forme di inabilità o nella morte prematura

---

L'addiction è un disturbo primario, cronico legato ai meccanismi di “ricompensa” (*reward*) del cervello, della motivazione, della memoria **e dei circuiti collegati**.

La dipendenza colpisce la neurotrasmissione e le interazioni all'interno delle strutture di “ricompensa” del cervello, inclusi il nucleus accumbens, la corteccia anteriore del cingolo, il proencefalo basale e l'amygdala in modo tale da alterare le gerarchie motivazionali e i comportamenti di dipendenza, tra cui l'uso di alcool e droghe, soppiantando i comportamenti a tutela della salute e della cura dell'individuo. La dipendenza agisce inoltre sulla neurotrasmissione e sulle interazioni tra i circuiti corticali e dell'ippocampo e le strutture di ricompensa del cervello così che la memoria delle precedenti esperienze alle gratificazioni (quali cibo, sesso, alcool o altre droghe) induce a una risposta biologica e comportamentale ai segnali esterni, innescando craving o coinvolgimento in comportamenti di dipendenza.

### **La neurobiologia dell'addiction va oltre la neurochimica della ricompensa.**

La corteccia frontale del cervello e le connessioni di materia bianca sottostanti tra la corteccia frontale e i circuiti della ricompensa, della motivazione e della memoria sono fondamentali nelle manifestazioni di controllo dell'impulso alterato e del giudizio alterato, e nel conseguimento anomalo di ricompense (che è spesso sperimentato dalla persona dipendente come un desiderio di “essere normale”) riscontrato nelle forme di addiction, nonostante le conseguenze negative accumulate e derivanti dall'assunzione di sostanze e in altri comportamenti di dipendenza.

---

1 Traduzione e adattamento italiano a cura del Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri.

I lobi frontali sono importanti nell'inibire gli impulsi e hanno un ruolo decisivo nell'assistere gli individui a controllare/ritardare in modo appropriato le gratificazioni. Quando una persona dipendente da sostanze manifesta problemi nel differire/controllare piaceri e gratificazioni, l'origine di questa tendenza è riscontrabile nella corteccia frontale.

La morfologia del lobo frontale, la connessione e il funzionamento sono elementi *in fieri* del processo di maturazione durante l'adolescenza e del periodo iniziale della vita di un adulto, perciò l'esposizione precoce all'uso di sostanze è un fattore significativo nello sviluppo di forme di dipendenza. Molti neuroscienziati ritengono che la morfologia dello sviluppo sia l'elemento base che rende l'esposizione precoce alle sostanze un fattore così importante.

I **fattori genetici** influiscono per più della metà sulla probabilità di un individuo di sviluppare forme di *addiction*. I fattori ambientali interagiscono con la biologia della persona e si ripercuotono sulla parte in cui i fattori genetici esercitano la loro influenza. Le resilienze che un individuo acquisisce (attraverso modelli educativi - *parenting* - o successive esperienze di vita) può influenzare la predisposizione a comportamenti o altre manifestazioni di dipendenza.

Altri **fattori** che possono contribuire al sorgere dell'*addiction* e che inducono a peculiari manifestazioni bio-psico-socio spirituali, includono:

- la presenza di deficit biologici nella funzione dei circuiti della "ricompensa";
- il reiterarsi di comportamenti di *addiction* o di uso di sostanze che provocano un neuroadattamento nel circuito motivazionale e una conseguente mancata capacità di controllo rispetto a questi comportamenti;
- distorsioni cognitive ed affettive che possono compromettere la percezione e la gestione dei sentimenti, provocando significative illusioni/autoinganni;
- disturbi e problemi nelle relazioni interpersonali che influiscono sullo sviluppo della resilienza;
- esposizione a traumi o stress;
- alterazioni nella comprensione, nel pensiero e nel comportamento;
- distorsioni dell'individuo a connettersi e relazionarsi con se stesso, con gli altri e con il trascendentale;
- la presenza di concomitanti disturbi psichiatrici nelle persone che usano sostanze o presentano altri comportamenti di dipendenza.

L'*addiction* è caratterizzata da:

- **incapacità ad uno stato di sobrietà (non uso della sostanza) duratura;**
- **alterazioni nel controllo del comportamento;**
- ***craving***; o forte desiderio/ricerca verso le droghe o altre esperienze "gratificanti";
- **scarsa capacità di riconoscere i problemi nel proprio comportamento o nelle relazioni interpersonali;**
- **una risposta emotiva disfunzionale.**

Il potere di stimoli esterni ad innescare il *craving* e l'uso di droghe, così come l'aumento della frequenza ad essere coinvolti in altri potenziali comportamenti di dipendenza, è una caratteristica stessa dell'*addiction*. L'ippocampo è importante nella memoria delle esperienze pregresse di euforia o di disforia e l'amigdala riveste un ruolo rilevante nell'avere una motivazione selettiva di comportamenti associati a queste esperienze passate.

Nonostante alcuni pensino che la differenza tra chi sviluppa dipendenza e chi invece no, risieda nella **quantità o nella frequenza** dell'uso di sostanze, nel coinvolgimento verso comportamenti orientati all'*addiction* (quali ad esempio il *gambling* o lo *spending*) o nell'esposizione verso gratificazioni esterne (come il cibo o il sesso), un elemento peculiare dell'*addiction* è **modalità qualitative** attraverso le

quali l'individuo risponde a queste esposizioni, allo stress e ai segnali ambientali.

Un particolare aspetto patologico della modalità con la quale la persona dipendente persegue l'uso di sostanze o gratificazioni esterne è la preoccupazione, l'ossessione per cui la ricerca di ricompense (alcol o altre droghe) persiste nonostante si accumulino conseguenze negative.

Un rischio persistente e/o la ricorrenza di ricadute, dopo periodi di astinenza, è un'altra caratteristica fondamentale della dipendenza. Ciò può essere innescato dall'esposizione a sostanze e comportamenti gratificanti, dall'esposizione a segnali ambientali che inducono all'assunzione, e dall'esposizione a fattori di stress che stimolano l'accresciuta attività nei circuiti dello stress del cervello.

Nella dipendenza vi è un problema significativo nelle funzioni esecutive, che si manifesta con problemi nella percezione, nell'apprendimento, nel controllo di impulsi, nella compulsività e nel giudizio. Le persone con dipendenza manifestano spesso una minore prontezza a cambiare i comportamenti anomali nonostante le crescenti preoccupazioni espresse da persone importanti nelle loro vite; e mostrano inoltre un apparente mancanza di riconoscimento della magnitudo dei problemi accumulati e delle complicazioni. Il lobo frontale ancora in fase di sviluppo e crescita degli adolescenti potrebbe aumentare questi deficit nelle funzioni esecutive e predisporre i giovani ad intraprendere comportamenti a rischio, compreso l'uso di alcool o altre droghe.

La profonda pulsione o il craving verso l'uso di sostanze o il coinvolgimento in comportamenti che portano a comportamenti gratificanti, che sono visibili in molti pazienti dipendenti, evidenzia l'aspetto compulsivo o non consapevole di questa malattia. Questa è la connessione con l' "assenza di potere" sulla dipendenza e l' "ingestibilità" della vita, come viene descritto nello Step 1 dei programmi dei 12 Passi.

L'**addiction** è più di una semplice alterazione comportamentale. Le caratteristiche dell'addiction includono gli aspetti relativi ai comportamenti dell'individuo, alle emozioni, ai pensieri e alle interazioni con gli altri, compresa la capacità di una persona di relazionarsi con i membri della propria famiglia, della comunità e rapportarsi con il proprio stato psicologico e con le cose che trascendono la loro esperienza quotidiana.

**Manifestazioni comportamentali e complicazioni** della dipendenza, in primis dovute a un mancato controllo, possono includere:

- l'uso eccessivo e/o coinvolgimento in comportamenti di dipendenza, con frequenze e/o quantità rispetto alle intenzioni della persona, spesso associate con un desiderio persistente e con tentativi fallimentari di controllo del comportamento;
- un tempo eccessivo perso ad usare sostanze o a riprendersi dagli effetti della sostanza e/o coinvolgimento in comportamenti di dipendenza, con un impatto negativo significativo sul funzionamento sociale e occupazionale (es. sviluppo di problemi nelle relazioni interpersonali, o negligenza nell'assunzione di responsabilità a scuola, a casa e sul lavoro);
- un uso continuo e/o un coinvolgimento in comportamenti che danno dipendenza, nonostante la presenza di persistenti o ricorrenti problemi fisici o psicologici che possono essere stati causati o esacerbati dall'uso di sostanze;
- un mancanza di abilità e/o prontezza ad intraprendere un'azione incisiva, positiva nonostante il riconoscimento dei problemi esistenti.

**Cambiamenti cognitivi** nella dipendenza possono includere:

- preoccupazione per l'uso di sostanze;
- valutazioni alterate dei benefici relativi e dei danni associati con le droghe o con comportamenti gratificanti;
- difficoltà ad identificare sentimenti, a distinguere tra sentimenti e sensazioni fisiche di eccitazione emotiva e a descrivere sentimenti alle altre persone (talvolta riconducibile ad alexitimia).

Gli “aspetti emozionali” dell'addiction sono molto complessi: alcuni soggetti usano sostanze perché cercano in modo patologico di raggiungere stati emotivi gratificanti (*euphoria*), mentre altri, al contrario, lo fanno per sfuggire a stati negativi emotivi (*dysphoria*). Altri perseguono l'uso di sostanze o di altre “ricompense” perché hanno sperimentato un sollievo da stati di disforia, i quali costituiscono un “rinforzo negativo”. Oltre a queste esperienze iniziali di ricompensa e piacere, c'è uno stato emotivo disfunzionale, presente in molte forme di dipendenza, che è associato con la persistenza di coinvolgimento in comportamenti che sviluppano dipendenza. Lo stato di dipendenza non è uguale allo stato di intossicazione. Mentre qualcuno sperimenta una lieve intossicazione tramite uso di alcol o droghe, qualcun altro viene coinvolto in modo non patologico in comportamenti che potenzialmente creano dipendenza quali il *gambling* o il cibarsi, altri invece possono provare un'esperienza percepita come stato emotivo positivo associata con un'incrementata attività di dopamina e peptidi oppioidi nei circuiti della ricompensa. Dopo una tale esperienza, si crea un “*rebound*” neurochimico nel quale la funzione di ricompensa non ritorna semplicemente alla linea/livello base ma spesso scende sotto il livello originale. Ciò non è percepibile in modo conscio dall'individuo e non è necessariamente associato con alterazioni funzionali.

Nel tempo le ripetute esperienze con l'uso di sostanze o comportamenti che generano dipendenza non sono sempre associati con un aumento dell'attività del circuito della ricompensa e non sono soggettivamente gratificanti. Una volta che una persona sperimenta la sindrome astinenziale dalla droga o da comportamenti affini, si sviluppa uno stato di ansia, agitazione, disforia e di labili emozioni legato alla ricompensa subottimale e al reclutamento del cervello e dei sistemi dello stress ormonale, che è associato all'astinenza da tutte le tipologie farmacologiche di sostanze che danno dipendenza. Mentre ci si abitua e si sviluppa una tolleranza a situazioni in cui “ci sente al massimo”, non accade lo stesso per gli stati emozionali negativi associati con il ciclo dell'intossicazione e dell'astinenza. Per questo, nelle forme di dipendenza, le persone tentano ripetutamente di raggiungere “il top”, e invece quello che sperimentano sono esperienze che li portano sempre più in basso.

Le persone dipendenti sentono il bisogno di utilizzare sostanze che creano dipendenza per risolvere i propri stati di disforia o i sintomi psicologici dell'astinenza. Inoltre usano sostanze in modo compulsivo anche quando non ne hanno benefici, in alcuni casi dopo molto tempo che la ricerca delle ricompense non è più di fatto gratificante. Anche se in alcuni modelli culturali vi è la possibilità di scegliere di essere “al massimo”, è importante rendersi conto che la dipendenza non è semplicemente una scelta. Per dirla in maniera semplice, la dipendenza non è una condizione desiderata.

Poiché la dipendenza è una patologia cronica, i periodi di ricaduta, che possono interrompere fasi di remissione dei sintomi, sono elementi comuni nelle forme di dipendenza. E' importante però riconoscere che il ritorno all'uso di sostanze o la ricerca patologica di ricompense non è sempre inevitabile.

Gli interventi clinici e terapeutici sono efficaci per risolvere gli stati di dipendenza. Attente attività di monitoraggio dei comportamenti degli individui e il “contingency management” possono portare a esiti clinici positivi (outcomes). Il coinvolgimento in attività mirate a promuovere la salute che incentivano la responsabilità individuale e la consapevolezza, la relazione con gli altri e la crescita personale possono contribuire nel recupero della persona (recovery). E' importante a tal proposito riconoscere la dipendenza come una **malattia** che può portare a inabilità o **provocare morte prematura**, specialmente quando è sottovalutata o trattata inadeguatamente.

Le modalità qualitative in cui il cervello e il comportamento rispondono all'esposizione di sostanze sono diverse nei stadi più avanzati di dipendenza rispetto a quelli iniziali, indicando una progressione che potrebbe non essere direttamente correlata. Così come si agisce per curare patologie croniche, la condizione di dipendenza deve essere monitorata e trattata nel tempo al fine di:

1. ridurre la frequenza e l'intensità delle ricadute,
2. supportare i periodi di remissione dei sintomi,
3. ottimizzare il livello di funzionamento della persona durante queste fasi di remissione.

In alcuni casi di dipendenza, la gestione farmacologica può aiutare gli esiti del trattamento. In molti casi di addiction l'integrazione tra la riabilitazione psicosociale e le cure continue con una terapia farmacologica "evidence based" dà i risultati migliori. La gestione delle patologie croniche è importante per ridurre al minimo gli episodi di ricaduta e il loro impatto. Il trattamento della dipendenza salva la vita.

I professionisti che lavorano nel campo dell'addiction e le persone coinvolte nei processi di recovery sanno che la speranza si trova proprio nel recupero della persona. Questo è disponibile anche per le persone che non sono in grado di percepire questa speranza, specialmente quando ci si focalizza sul legame tra le conseguenze sulla salute e la malattia della dipendenza. Come in altre condizioni di salute delicate, il "self-management" e il mutuo aiuto sono molto importanti per uscire dalla dipendenza. Il supporto delle persone pari (peer support) così come si riscontra in varie attività di "auto-aiuto" risulta avere benefici nell'ottimizzare lo stato di salute e gli esiti funzionali nei processi di recovery.

**Il recupero dalla dipendenza è raggiunto in modo ottimale grazie ad una combinazione di self-management, mutuo aiuto e cure professionali fornite da professionisti esperti e riconosciuti."**

Note esplicative:

1. La neurobiologia della ricompensa è stata analizzata a fondo per decenni, mentre la neurobiologia dell'addiction è ancora in fase di studio. Molti clinici hanno compreso i percorsi della ricompensa che includono le proiezioni dall'area ventro-segmentale (VTA) del cervello, attraverso il fascio medio del proencefalo (MFB) e che terminano nel nucleus accumbens (Nuc Acc), nel quale i neuroni dopaminergici sono prevalenti. L'attuale neuroscienza riconosce che il neurocircuito della ricompensa coinvolge anche un ricco e bidirezionale circuito che connette il nucleus accumbens e il proencefalo basale. E' in questo circuito che la ricompensa viene registrata, e dove le fondamentali gratificazioni quali il cibo, l'idratazione, il nutrimento esercitano un'influenza forte e di sostentamento alla vita. L'alcol, la nicotina, altre droghe e i comportamenti patologici di gambling agiscono inizialmente sullo stesso circuito della ricompensa che si manifesta nel cervello per rendere il cibo o il sesso, ad esempio, profondamente più forti. Altri effetti, quali l'intossicazione e l'euforia emotiva, derivano dall'attivazione del circuito della ricompensa. Mentre l'intossicazione o la sindrome astinenziale sono state studiate e capite a fondo tramite lo studio del circuito della ricompensa, la comprensione della dipendenza richiede la comprensione di un più ampio network di connessioni neurali che coinvolgono il proencefalo così come le strutture del mesencefalo. La selezione di alcune ricompense, la preoccupazione per certi comportamenti gratificanti, la risposta ai triggers di perseguire determinate ricompense e le iniziative (motivational drives) ad usare alcol e altre droghe e/o cercare in modo patologico altre ricompense, coinvolge varie aree del cervello al di fuori dal neurocircuito stesso della ricompensa.
2. Queste cinque caratteristiche non devono essere utilizzate come criteri diagnostici per stabilire se sussista o meno una forma di dipendenza. Nonostante tali peculiari caratteristiche siano ampiamente presenti nella maggior parte dei casi di dipendenza, indipendentemente dalla farmacologia dell'uso di sostanze riscontrata nell'addiction o dalla ricompensa che viene perseguita

in modo patologico, ogni elemento potrebbe non essere egualmente importante in ciascuna casistica. La diagnosi della dipendenza richiede una valutazione globale biologica, psicologica, sociale e spirituale fatta da un professionista riconosciuto ed esperto.

3. In questo documento, il termine (addictive behaviors) si riferisce ai comportamenti che sono comunemente gratificanti e sono una caratteristica della maggior parte dei casi di dipendenza. L'esposizione a questi comportamenti, come capita con l'esposizione a sostanze gratificanti, facilita il processo di dipendenza più che esserne la causa. Lo stato di anatomia e la fisiologia del cervello e la variabile di fondo che può essere in modo più diretto la causa dell'addiction. Perciò, in questo documento, il termine "comportamenti che danno dipendenza" non si riferisce a comportamenti disfunzionali o socialmente disapprovati, che possono essere presenti in molti casi di dipendenza. I comportamenti, come la disonestà, la violazione di valori individuali o di valori altrui, azioni criminali etc., possono essere una componente della dipendenza; questi devono essere meglio valutati come risultanti/conseguenze piuttosto che come fattori che contribuiscono all'addiction.
4. L'anatomia (i circuiti del cervello coinvolti) e la fisiologia (i neurotrasmettitori coinvolti) in questi tre modi di ricaduta (ricaduta scatenata dalla ricompensa vs ricaduta scatenata da un evento ambientale vs ricaduta scatenata dallo stress) sono stati identificati dalla ricerca nel campo delle neuroscienze.

**La ricaduta scatenata dall'esposizione a sostanze che danno dipendenza/gratificanti**, incluso l'alcool, coinvolge il nucleus accumbens e l'asse neurale VTA-MFB-NucAcc ("il circuito incentivante mesolimbico, dopamimergico del cervello). La ricaduta scatenata dalla ricompensa è anche mediata dai circuiti glutamatergici che proiettano al *nucleus accumbens* dalla corteccia frontale.

**La ricaduta scatenata dall'esposizione a segnali condizionati** dall'ambiente coinvolge i circuiti del glutammato, che hanno origine nella corteccia frontale, nell'*insula*, nell'ippocampo e nell'*amygdala* che si proietta verso il circuito incentivante mesolimbico.

**La ricaduta scatenata dall'esposizione a esperienze che provocano stress** coinvolge i circuiti dello stress del cervello oltre l'asse ipotalamica-pituitaria-adrenergico che è nota come il centro del sistema endocrino dello stress. Ci sono due di questi circuiti del cervello che scatenano la ricaduta: uno ha origine nel nucleo noradrenergico A2 nell'area segmentale laterale dell'asse (*stem*) cerebrale e si proietta verso l'ipotalamo, il *nucleus accumbens*, la corteccia frontale e il *bed nucleus* della *stria terminalis* e usa la noraepinefrina come suo neurotrasmettitore; l'altro invece ha origine nel nucleus centrale dell'*amygdala*, si proietta verso il *bed nucleus* della *stria terminalis* e utilizza in fattore di rilascio corticotropico (CRF) come neurotrasmettitore.

5. La ricerca patologica della ricompensa (menzionata nella definizione breve di questa definizione) ha così varie componenti. Non è quindi necessariamente la quantità dell'esposizione alla ricompensa (es. il dosaggio di una sostanza) o la frequenza della durata dell'esposizione che la rende "patologica". Inoltre, la ricerca di ricompense persiste, nonostante i problemi che si accumulano a causa dei comportamenti di dipendenza, anche quando il coinvolgimento in questi comportamenti cessa di essere piacevole. Allo stesso modo, nelle fasi iniziali della dipendenza, o persino prima che la dipendenza dia esplicite manifestazioni di sé, il consumo di sostanze o il coinvolgimento in comportamenti che generano dipendenza, possono rappresentare un tentativo di ricerca di sollievo da stati di disforia. Invece, nelle fasi avanzate della malattia, tale coinvolgimento può persistere sebbene il comportamento non sia più fonte di sollievo.



# A3 | Principali dimensioni per la misurazione della qualità degli interventi nei Dipartimenti delle Dipendenze

| N | Dimensione                        | Definizione  |
|---|-----------------------------------|--|
| 1 | <b>Sicurezza</b>                  | Condizioni con cui si assicurano i clienti e gli operatori da eventuali rischi o danni derivanti dal processo di erogazione dell'assistenza e/o dall'ambiente in cui viene erogata.  |
| 2 | <b>Eticità e Umanizzazione</b>    | Grado di rispetto dei diritti umani, dei principi di eguaglianza nell'accesso, nell'informativa, nell'utilizzo dell'assistenza e del buon uso delle risorse, coerentemente con i valori sociali propri della comunità dove si espletano gli interventi e di quelli dell'etnia di riferimento del cliente. Adattamento delle procedure assistenziali alle esigenze di vita e di lavoro del cliente. |
| 3 | <b>Accessibilità</b>              | Grado di facilità di accesso alla struttura, ai trattamenti e alle informazioni da parte dei clienti.  |
| 4 | <b>Libera scelta</b>              | Condizione in cui si può effettivamente esercitare la propria libertà di scelta relativamente al curante, alle terapie appropriate e al luogo di cura.   |
| 5 | <b>Partecipazione del cliente</b> | Grado di informazione attiva dei clienti da parte dell'organizzazione e di coinvolgimento nei processi decisionali che li riguardano.  |
| 6 | <b>Equità del trattamento</b>     | Garanzia di un trattamento non differenziato tra i clienti su base discrezionale o discriminatoria. Accesso alle varie terapie e conduzione dei trattamenti egualitaria.<br>Applicazioni delle regole, dei controlli e dei vincoli restrittivi in maniera omogenea senza deroghe "ad personam", se non per giustificati e documentabili motivi.  |
| 7 | <b>Appropriatezza</b>             | Caratteristica degli interventi per la quale i benefici attesi superano fortemente i rischi derivanti dall'intervento stesso (mortalità, morbilità, discomfort, perdita di giornate lavorative, ecc.) mantenendo un alto grado di coerenza dei processi assistenziali utilizzati con le evidenze scientifiche specifiche.  |
| 8 | <b>Efficacia</b>                  | La capacità dimostrabile di una organizzazione o di un intervento terapeutico o riabilitativo di produrre realmente risultati positivi esprimibili in termini di grado di salute aggiunta e grado di patologia evitata, valutato in relazione alle condizioni cliniche e di rischio rilevate all'ingresso in trattamento.  |

|  |   |
|--|---|
| <b>9</b> <b>Efficienza (interna ed esterna) e tempestività</b> | <p>Grado di utilizzo ottimizzato delle risorse (efficienza produttiva o interna) e grado di risposta ai bisogni e/o soddisfazione della domanda della popolazione (efficienza allocativa o esterna).</p> <p>Viene definita anche come la capacità di produrre e distribuire prestazioni utili, posseduta dall'organizzazione preposta all'erogazione di servizi, al minor costo.</p> <p>L'efficienza è data dal rapporto tra prestazioni erogate (output) e risorse impiegate (input), portando quindi con sé il concetto (sempre collegato all'efficienza) della valutazione delle prestazioni sempre in relazione al loro costo di produzione comparato con analoghi interventi.</p> <p>La tempestività è il tempo intercorso tra la domanda e l'erogazione dell'offerta.</p> |
| <b>10</b> <b>Continuità assistenziale</b>                      | <p>Condizione per la quale il cliente ha assicurata la continuità delle prestazioni nel tempo anche nel caso di cambiamenti dell'equipe curante e/o di trasferimenti in altre strutture.</p>  |

# A4 | Checklist indicativa dei criteri di qualità dei Dipartimenti delle Dipendenze

| N | Dominio logico                 | Criteri di qualità richiesti  | Indicatore   | Standard minimo  |
|---|--------------------------------|---|--|--|
| 1 | Aspetto organizzativo generale | Presenza di assetto organizzativo formale e conosciuto                  | Organigramma   | Chiaro, definito nelle responsabilità, formalizzato negli atti aziendali e conosciuto dagli operatori  |
|   |                                | Presenza di regolamenti e assetti di funzionamento                      | Funzionigramma e regolamento di funzionamento  | Chiaro, definito nelle funzioni e nei compiti, formalizzato negli atti aziendali e conosciuto dagli operatori  |
|   |                                | Buona formalizzazione delle collaborazioni con privato sociale          | Convenzioni/contratti  | Regolarmente stipulati, attivi e rispettati  |
|   |                                | Presenza di vision e mission formalizzate                               | Documento di vision e mission  | Formalizzato, conosciuto dagli operatori, attività assistenziali coerenti  |
|   |                                | Aspetto del dipartimento di tipo strutturale integrato                  | Modalità di gerarchizzazione delle U.O. pubbliche, di coordinamento con le U.O. private e di direzione | Definito e formalizzato nell'atto aziendale<br><br>Gerarchizzazione delle U.O. pubbliche presente e di tipo dipartimentale, coordinamento tecnico funzionale obbligatorio delle U.O. del privato sociale (vincolo riportato in convenzione) con le indicazioni dipartimentali, direzione presente con negoziazione del budget con U.O. intradipartimentale |
|   |                                | Alto grado di autonomia e responsabilizzazione diretta del dipartimento | Tipo di budget dipartimentale  | Budget specifico per dipartimento delle dipendenze   |
|   |                                | Alto grado di identità organizzativa/amministrativa                     | Tipo di dipartimento e interrelazioni con altri dipartimenti (DSM)                                     | Propria identità (dipartimento autonomo) non assorbita all'interno del DSM   |

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <b>2 Processi assistenziali</b>                       | Presenza di linea guida, processi formalizzati e schede di job description  | Linee guida e tipo di rappresentazioni standard dei processi, schede di job description (JD), Grado di aderenza, Grado di conoscenza   | Linea guida chiare, formalizzate ed evidence-base sui Processi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostici</li> <li>• Terapeutici</li> <li>• Riabilitativi</li> </ul> Processi STD formalizzati in algoritmi commentati<br><br>Schede chiare e distribuite di JD per singola professionalità<br><br>Conosciuti e utilizzati regolarmente dagli operatori |
|   | Processi assistenziali utilizzati con orientamento evidence-based e alle neuroscienze   | Grado di evidence-based nei processi usati<br><br>Tipo di modellistica interpretativa utilizzata sui meccanismi e le soluzioni per l'addiction e grado di aderenza alle evidenze scientifiche delle neuroscienze   | Sistematica applicazione delle evidenze scientifiche e contemporaneamente dei criteri bioetici<br><br>Utilizzo costante dei modelli e delle evidenze del campo delle neuroscienze per strutturare le attività pratiche in ambito clinico/riabilitativo e preventivo  |
| <b>3 Servizi offerti e orientamento delle offerte</b> | Presenza ed erogazione di servizi di prevenzione, cura, prevenzione patologie correlate, riabilitazione e reinserimento socio lavorativo per consumatori di sostanze stupefacenti, alcol, tabacco, dipendenti da gioco d'azzardo patologico | n. di servizi attivi per le varie tipologie di dipendenza/totale attesi<br><br>n. di soggetti in carico per singola dipendenza<br><br>Grado di copertura della domanda per singola tipologia di dipendenza<br><br>Presenza di sistema di valutazione della qualità percepita dal cliente degli interventi e dell'outcome | Presenza di servizi specifici per ogni tipologia di dipendenza con assenza di liste di attesa, con valutazione della customer satisfaction e degli esiti dei trattamenti<br><br>Alto grado di coerenza delle priorità e delle attività svolte con gli indirizzi definiti in questo documento   |
|   | Offerte ed attività coerenti ed orientate con le priorità definite in queste linee di indirizzo   | Grado di coerenza delle attività/offerte erogate dal dipartimento con le priorità definite in questo documento   |  |
|   | Supporto operativo con Prefettura e Forze dell'Ordine per accertamenti tossicologici in guidatori   | Presenza   | Esistenza di un gruppo di lavoro specifico che si riunisce periodicamente (almeno una volta ogni 2 mesi)<br><br>Presenza di attività di supporto sanitario specialistico alle forze dell'ordine per i controlli stradali tossicologici (alcol e sostanze stupefacenti) notturni e/o diurni   |

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <p><b>4</b> <b>Accessibilità e visibilità sul territorio (facilità di contatto)</b></p> | <p>Buona accessibilità e visibilità</p>   | <p>Grado di notorietà del dipartimento presso i potenziali utenti, famiglie e medici di MG, Help line, web site, Unità mobili<br/>Tempi di attesa</p>  | <p>Alto grado di notorietà<br/>Presenza di help line, web site, Unità mobili<br/>Tempi di attesa non superiori alle 48 ore per primo colloquio<br/>Tempi di attesa non superiori ai 3 giorni per l'entrata in terapia sostitutiva</p>   |
| <p><b>5</b> <b>Documentazione clinica e piani di assistenza</b></p>                     | <p>Presenza di Cartella clinica strutturata</p>                                       | <p>Tipo di cartella e logica di rappresentazione<br/>Grado di condivisione ed omogeneità della cartella tra operatori e diverse u.o. del dipartimento<br/>Piano di assistenza individualizzato con indicatori di esito</p> | <p>Cartella cartacea strutturata e aggiornata<br/>Cartella informatizzata strutturata e aggiornata da tutti gli operatori<br/>Presenza di un piano assistenziale individualizzato per ciascun paziente (aggiornato e verificato periodicamente)</p>   |
|   | <p>Programma riabilitativo formalizzato</p>   | <p>Scheda specifica riabilitativa tempificata<br/>Periodicità di aggiornamento</p>   | <p>Presenza di programma individuale<br/>Aggiornato ad ogni accesso del paziente alle attività riabilitative</p>  |
|   | <p>Buon trasferimento delle informazioni cliniche tra strutture e operatori</p>       | <p>Grado di trasferimento delle informazioni cliniche (completezza e tempestività)</p>   | <p>Esistenza di relazioni cliniche e riabilitative su singolo paziente tra U.O. pubbliche e del Privato sociale (tempestive, aggiornate e periodiche)<br/>Esistenza di interscambio via internet delle informazioni con aggiornamento tracciato record paziente unico, partecipato tra le varie U.O.</p>                  |
| <p><b>6</b> <b>Sistemi di valutazione</b></p>   | <p>Presenza di sistemi per la valutazione delle prestazioni (output)</p>              | <p>n. e tipo di prestazioni erogate su singolo soggetto<br/>n. totale e tipo di prestazioni erogate dall'U.O.</p>  | <p>Presenza di un sistema informatizzato in grado di quantificare (con report specifico) le prestazioni erogate (secondo standard SESIT), collegabili al paziente che le ha ricevute e all'operatore che le ha erogate.<br/>Linkabili a outcome ottenuti e costi generati.</p>  |
|   | <p>Presenza di sistemi per la valutazione degli esiti e dei trattamenti (outcome)</p> | <p>n. di giorni liberi dalle sostanze.<br/>Tipo di sostanze secondarie utilizzate<br/>Qualità di vita<br/>Grado di reinserimento soc. e lav.<br/>Incidenza patologie correlate</p>   | <p>Presenza di un sistema informatizzato in grado di quantificare (con report specifico) le giornate libere da sostanze, grado di reinserimento sociale e lavorativo, qualità di vita, riduzione del rischio di Pat. Correlate durante i trattamenti (secondo standard DPA).<br/>Linkabili a output e costi generati.</p> |

|          |   |   |  |
|----------|---|---|--|
|          | Presenza di sistemi per la valutazione dei costi (input) e dei benefici   | Costi diretti delle varie U.O. per i principali fattori produttivi utilizzati<br><br>Benefici diretti (quantità di denaro sottratto al crimine non utilizzato per l'acquisto di droga dei pazienti in trattamento con esami tossicologici negativi) | Rilevamento sistematico attraverso centri di costo per contabilità analitica.<br><br>Periodismo di reporting semestrale  |
|          | Presenza di sistemi per la Valutazione delle customer satisfaction (CS)   | Indice di CS su:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Trattamento</li> <li>• Relazione con operatori</li> <li>• Rispetto della privacy</li> </ul>  | Presenza di rilevamenti periodici (almeno annuali) con risultati superiori all'80% di CS positiva  |
|          | Presenza di sistemi per la valutazione dell'impatto epidemiologico  | Ricostruzione di:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Trend epidemiologici dei consumatori (popolazione generale – GPS e studenti – SPS)</li> <li>• Metaboliti nelle acque reflue</li> <li>• Mortalità droga correlata</li> </ul>           | Reporting standard con frequenza almeno annuale riportante la variazione degli indicatori specificati  |
|          | Esistenza di report standard periodico dipartimentale di attività, di risultato, costi e benefici   | Report standard   | Produzione annuale di un rapporto STD e diffusione agli stakeholder  |
| <b>7</b> | <b>Processo di budget</b>   |   |  |
|          | Alto grado di trasparenza della negoziazione interdipartimentale ed aziendale   | Completezza della documentazione fornita alle parti negozianti prima delle riunioni decisionali/negoziati   | Alto grado di fornitura della documentazione necessaria per partecipare il processo decisionale  |
|          | Alto grado di compartecipazione delle U.O pubbliche e del Privato sociale interdipartimentale   | % dei responsabili delle U.O. dipartimentali alle riunioni di programmazione e negoziazione del budget  | % > dell'80 %  |
|          | Alto grado di compartecipazione intraaziendale del dipartimento con la direzione aziendale  |   | Interlocuzione formale e reale del capo dipartimento da parte della direzione per la negoziazione  |
|          | Alto grado di formalizzazione delle schede di budget e responsabilizzazione conseguente   | Livello di dettaglio e quantificazione degli obiettivi da raggiungere e delle risorse disponibili<br><br>Esistenza di sistemi premianti   | Alto livello di dettaglio<br><br>Sottoscrizione formale bilaterale del budget negoziato<br><br>Utilizzo reale di sistemi premianti   |
|          | Alto grado di efficacia dei feedback correttivi   | Report intermedi con n. e tipo di prescrizioni  | Esistenza ed utilizzo concreto delle prescrizioni correttive   |
| <b>8</b> | <b>Formazione del personale</b>   |   |  |
|          | Presenza di un programma strutturato di formazione con argomenti Multidisciplinari e integrazione pubblico-privato sociale                        | n. e tipologia degli argomenti trattati<br><br>n. e % di partecipanti del pubblico e del privato sociale  | Programma formativo contenente aspetti medici, psicologici, sociali, educativi con partecipazione contemporanea di operatori dei Sert e delle organizzazioni del privato sociale |
|          | Formazione permanente su aspetti:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Tecnico scientifico</li> <li>• Organizzativi-manageriali</li> </ul> | Numero di incontri di formazione:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Tecnico scientifici</li> <li>• Organizzativi</li> <li>• Sicurezza professionale</li> </ul>  | Almeno:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 incontro mensile</li> <li>• 1 incontro bimensile</li> <li>• 1 incontro semestrale</li> </ul>                               |
|          | Percorsi di Formazione obbligatoria sulla Sicurezza professionale   | n. di operatori partecipanti<br>livello di conoscenza corretto delle pratiche preventive  | Percorso formativo obbligatorio per tutti gli operatori esposti a rischi con valutazione del grado di apprendimento.   |

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <b>9 Dotazione tecnologica</b>  | Presenza di un sistema informatico idoneo   | n. di sert e comunità territoriali collegate  | Tutti i sert e le comunità collegate e funzionanti  |
|   |   | n. di postazioni/n. di operatori  | Rapporto postazioni operatori almeno 1/2 con rete dipartimentale  |
|   | Collegamento alla rete Internet   | Accesso   | Accesso regolamentato ma presente   |
|   | Automazione della distribuzione dei farmaci sostitutivi   | Presenza  | Presenza ed utilizzo di dispenser automatico con registrazione delle terapie somministrate  |
|   | Utilizzo del tracciato record elettronico del paziente su standard SIND   | Presenza  | Fornitura dei tracciati STD SIND alla Regione   |
| <b>10 Dotazione organica delle varie U.O.</b>   | Completa ed idonea secondo standard Regionali (in assenza: riferimento al D.M.444/90) e multidisciplinare   | n. di operatori equivalenti in servizio attivo a tempo indeterminato  | Dotazione completa proporzionale ai bisogni territoriali  |
| <b>11 Modalità di coordinamento, direzione, partecipazione ai processi decisionali del dipartimento</b> | Presenza Riunioni periodiche e sistematiche del comitato di dipartimento  | n. di riunioni/mese<br>n. di partecipanti delle U.O. pubbliche e del privato sociale  | Almeno 1 al mese<br>Almeno l'80% dei responsabili delle U.O. pubbliche e del privato sociale  |
|   | Esistenza di sistemi di audit interno dei responsabili e degli operatori del dipartimento con buon grado di consenso fra i partecipanti al comitato operativo | Presenza di sistemi formali e periodicamente utilizzati<br>Grado di soddisfazione dei responsabili e degli operatori su:<br>• modalità di compartecipazione alle decisioni e alla programmazione dipartimentale<br>• attività generale del Dipartimento | Presenza di sistemi formali e periodicamente utilizzati con grado di soddisfazione superiore all'80% sia per responsabili che per operatori                                 |
|   | Presenza di un Sistema di audit esterno per la programmazione con il territorio (Piano di zona area dipendenze)   | Ruolo del dipartimento nella programmazione di zona area dipendenze   | Partecipazione attiva con ruolo di coordinamento tecnico scientifico del dipartimento nella stesura e controllo attuazione piano di zona area dipendenze                    |
|   | Coordinamento formale con Prefettura e Forze dell'Ordine per attività di segnalazione e di prevenzione  | Presenza  | Esistenza di un gruppo di lavoro specifico che si riunisce periodicamente (almeno una volta ogni 2 mesi)<br>Presenza di attività di prevenzione cogestite presso le scuole  |
|   | Attività permanenti del comitato operativo e feedback informativi sistematici alle unità operative  | Frequenza di riunioni<br>Verbale/sintesi STD delle riunioni con sintesi delle decisioni e della azioni concertate   | Una riunione al mese<br>Presenza di verbali o sintesi delle riunioni, condivisi, accessibili ed inviati alle U.O.   |
|   | Direttore di dipartimento con leadership partecipata e cooperante, con utilizzo dell'empowerment  | Reale grado di decentramento della responsabilità (autonomia tecnico funzionale dei dirigenti responsabili) e delle decisioni sulle singole U.O.  | Presenza di autonomia operativa delle singole U.O. con presenza di reale cooperazione al raggiungimento degli obiettivi dipartimentali da parte dei responsabili delle U.O. |





# A5

## Specifiche dei requisiti organizzativi del personale e strutturali dei Servizi Pubblici dei Dipartimenti delle Dipendenze

| Requisiti               | Specifiche  |
|-------------------------|---|
| Requisiti organizzativi | <ul style="list-style-type: none"><li>• Presenza formale dell'atto aziendale del Dipartimento delle Dipendenze e dell'assetto organizzativo e funzionale, con organigrammi, centri di responsabilità e di costo definiti.</li><li>• Avere per ciascuna U.O. un numero di persone tossicodipendenti e alcolodipendenti in carico assistenziale<sup>1</sup> compreso tra 150-300. Questo connota lo standard di utenti in carico oltre al quale l'unità operativa viene considerata U.O. Complessa.</li><li>• Ogni dipartimento deve prevedere la presenza di un numero minimo di unità complesse in ragione:<ul style="list-style-type: none"><li>• del carico assistenziale (1 U.O.C. ogni 300 utenti tossicodipendenti e alcolodipendenti)</li><li>• della presenza di un carcere nel territorio di competenza (1 U.O.C. interna al carcere)</li><li>• di particolari conformazioni geografiche (grande estensione, territori montani o con difficoltà di mobilità, territori metropolitani complessi)</li></ul></li><li>• Disporre di una mission formale in cui siano ben definiti il risultato generale da raggiungere, le tipologie di utenza, i servizi di riferimento, e le strategie di sviluppo del servizio.</li><li>• Avere un budget di dipartimento e un sottobudget per ogni singola U.O.C.</li></ul> |
| Requisiti del personale | <ul style="list-style-type: none"><li>• Garantire la presenza di un'equipe multidisciplinare di personale composta dalle seguenti figure professionali:<ul style="list-style-type: none"><li>• medico</li><li>• psicologo</li><li>• assistente sociale</li><li>• infermiere professionale</li><li>• educatore</li><li>• amministrativo</li></ul></li><li>• Ciascun servizio ambulatoriale per le dipendenze deve disporre di una dotazione organica minima di 18 operatori così ripartiti:<ul style="list-style-type: none"><li>• 1 direttore medico</li><li>• 4 medici, di cui almeno uno psichiatra</li><li>• 2 psicologi specializzati, di cui almeno uno psicoterapeuta</li><li>• 5 infermieri professionali</li><li>• 2 assistenti sociali</li><li>• 2 educatori professionali</li><li>• 2 amministrativi</li></ul></li></ul>  |

#### Requisiti strutturali

- Nel servizio ambulatoriale per tossicodipendenti devono essere presenti:
  - 1 locale per l'attesa
  - 3 ambulatori medici per visite specialistiche e valutazioni diagnostico-prognostico-cliniche attinenti alle patologie trattate
  - 3 ambulatori per colloquio psicologici e di assistenza sociale
  - 1 locale polivalente per attività di gruppo o altre prestazioni dirette
  - 1 locale per la conservazioni/somministrazione dei farmaci con caratteristiche atte a garantire la sicurezza secondo le norme vigenti
  - 1 locale per segreteria amministrativa
  - 1 spazio per riunione e per permanenza degli operatori (distinto dagli ambulatori)
  - 1 spazio archivio con garanzie strutturali per la privacy
  - 2 servizi igienici per gli utenti, idonei anche per la raccolta delle urine a scopo medico-legale
  - 2 servizi igienici e spogliatoi per gli operatori
- Garantire un minimo di 25 m2 per operatore.
- Disporre di:
  - attrezzatura di primo intervento, farmaci salvavita e tutti i farmaci necessari per il trattamento a lungo termine degli stati di dipendenza e delle patologie connesse all'uso di sostanze
  - strumentazione necessaria per il regolare svolgimento di attività diagnostiche, terapeutiche e riabilitative (mediche, psicologiche e sociali)

<sup>1</sup> Soggetto tossicodipendente o alcol dipendente che per vari motivi risulta essere stato precedentemente ammesso all'unità operativa (con assunzione di responsabilità clinica e gestionale), fisicamente presente ed attivamente assistito con interventi di vario tipo (informativo/consulenziale, diagnostico, terapeutico, riabilitativo, di sorveglianza clinica, ecc.) e per il quale si registra almeno 1 prestazione specialistica diretta negli ultimi 30 giorni (valutazione puntuale riferita al 30 giugno).

# A6

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

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

1. Principi guida per la cura della dipendenza da sostanze orientata al recupero (recovery) e alla guarigione (healing)
2. Descrizione degli elementi di base per lo sviluppo di sistemi di assistenza orientati al recupero (recovery oriented system)

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

#### 1.1 Definizione di recupero e guarigione.

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

#### 1.2 Il recupero è possibile.

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

### 1.3 Orientamento dei trattamenti:

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

### 1.4 Esistono percorsi differenziati per arrivare alla guarigione.

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

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

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

### 1.6 Il percorso di guarigione è fortemente supportato dagli operatori.

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

### 1.7 Recupero e consapevolezza.

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

emotivi, intellettuali e spirituali della vita di una persona.

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

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

#### 1.9 Il recupero ha anche dimensioni culturali.

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

#### 1.10 Un processo incrementale di miglioramento.

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

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

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

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

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

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

Un denominatore comune nel processo di recupero è la presenza e il coinvolgimento delle persone che contribuiscono a dare speranza e supporto e a suggerire strategie e risorse per il cambiamento. I pari (che hanno già intrapreso e superato il percorso di recupero), così come i familiari (se positivi) e gli altri alleati, costituiscono reti di sostegno vitali per coloro che sono in via di guarigione. Essere d'aiuto agli altri e sperimentare la guarigione reciproca contribuisce a creare una comunità di supporto positivo tra coloro che stanno seguendo un percorso di recupero.

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

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

#### 1.15 Il recupero deve essere dimostrabile.

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

#### 1.16 Il recupero verso la guarigione è una realtà.

Può succedere e succede.

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

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

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

### 2.2 Interventi centrati sulla persona.

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

### 2.3 Approccio sanitario e sociale globale.

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

### 2.4 Prevenzione delle patologie correlate.

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

della dipendenza. Grazie alla corretta gestione anche di questi aspetti sarà possibile quindi ridurre il rischio di acquisizione di malattie infettive o di controllarne l'evoluzione clinica, se già acquisite, al fine di promuovere ulteriormente il completo recupero della persona.

### 2.5 Molteplicità delle offerte.

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

### 2.6 Coinvolgimento della famiglia e degli altri alleati.

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

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

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

### 2.8 Sistemi integrati nella comunità.

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

### 2.9 Continuità della cura.

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

### 2.10 Counseling partecipativo e alleanza terapeutica.

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

### 2.11 Processi assistenziali che enfatizzano i punti di forza del paziente.

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

### 2.12 Sistemi culturalmente sensibili e rispettosi delle credenze personali.

I sistemi di cura orientati al recupero saranno culturalmente sensibili e cioè adeguati e in grado di



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

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

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

#### **2.14 Supporto costante alla motivazione del paziente.**

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

#### **2.15 Servizi integrati.**

I sistemi di cura orientati al recupero coordineranno e/o integreranno gli sforzi per realizzare un processo integrato che risponda efficacemente ai molteplici punti di forza, desideri e bisogni individuali. L'integrazione avviene anche tra le diverse unità operative presenti sul territorio in modo da assicurare la continuità assistenziale e un omogeneo e coerente approccio al paziente, oltre a creare delle importanti economie di risorse e di tempo.

#### **2.16 Sistemi di cura orientati dagli esiti dei trattamenti.**

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

#### **2.17 Sistemi basati sulla ricerca scientifica e sulle neuroscienze.**

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

#### **2.18 Sistema di accreditamento e formazione.**

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



## Bibliografia

- Access to Recovery (ATR) Approaches to Recovery-Oriented Systems of Care: Three Case Studies, Abt Associates Inc., August 2009
- Addictions Treatment and Recovery Workforce Retention and Promising Practices Pilot Study, Mxolisi Siwatu, Ph.D., NASADAD, March 2008
- Addressing the Substance Use Disorder (SUD) Service Needs of Returning Veterans and Their Families: The Training Needs of State Alcohol and Other Drug Agencies and Providers, NASADAD and Abt Associates Inc., September 2009
- An Emerging Framework - A Recovery-Oriented Systems Approach, PowerPoint, Shannon Taitt and Melanie Whitter, NAADAC Annual Meeting, August 2008
- Approaches to Recovery-Oriented Systems of Care at the State and Local Levels: Three Case Studies, Angela Halvorson, August 2009
- Briefing on Substance Use Treatment and Recovery in the United States ([http://pfr.samhsa.gov/docs/Briefing\\_Substance\\_Use\\_Treatment.pdf](http://pfr.samhsa.gov/docs/Briefing_Substance_Use_Treatment.pdf))
- Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri, e Ministero della Salute, Linee di indirizzo. Screening e diagnosi precoce delle principali patologie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti, gennaio 2011.
- Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Piano di Azione Nazionale (PAN) sulle Droghe, ottobre 2010
- Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Sintesi degli orientamenti espressi dagli operatori nella 5ª Conferenza Nazionale - Relazioni conclusive della conferenza e delle successive consultazioni permanenti, 2009
- Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Modello teorico-pratico per la riabilitazione e il reinserimento sociale e lavorativo della persona tossicodipendente, in press
- Environmental Scan of Measures of Recovery, Dr. Alexandre Laudet and Abt Associates Inc., March 2009
- Financing Recovery Support Services, Report, Legal Action Center and Abt Associates, March 2010
- Guiding Principles and Elements of Recovery-Oriented Systems of Care: What Do We Know from the Research?, Abt Associates Inc., August 2009
- Helpful Resources to Address Discrimination Against People in Medication-Assisted Treatment, Legal Action Center, May 21, 2009
- Informing Marketing Strategies for Recruitment into the Addictions Treatment Workforce, Abt Associates Inc. ([http://pfr.samhsa.gov/docs/informing\\_marketing\\_strategies.pdf](http://pfr.samhsa.gov/docs/informing_marketing_strategies.pdf))
- "It's Time for a New Approach", PowerPoint, Melanie Whitter, National TASC Conference, 2009
- Know Your Rights Brochure: Rights for Individuals on Medication-Assisted Treatment, Legal Action Center, 2009
- Know Your Rights: Employment Discrimination Against People with Alcohol/Drug Histories, PowerPoint, Legal Action Center, 2009
- Know Your Rights: Housing, Health Care, and Other Forms of Discrimination Against People with Alcohol/Drug Histories, PowerPoint, Legal Action Center, 2009
- Know Your Rights: Legal Rights of People with Alcohol and Drug Histories and Criminal Records, PowerPoint, Legal Action Center, March 2008
- Know Your Rights: Legal Rights of People with Criminal Conviction Histories, PowerPoint, Legal Action Center, 2009
- Know Your Rights: Medication-Assisted Treatment-Special Anti-Discrimination Issues, PowerPoint, Legal Action Center, 2009

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

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

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

PFR Fact Sheet, Abt Associates Inc., 2010

PFR Steering Committee - Roster of Members ([http://pfr.samhsa.gov/docs/PFR\\_steering\\_members.pdf](http://pfr.samhsa.gov/docs/PFR_steering_members.pdf))

PFR Update, April 2010 ([http://pfr.samhsa.gov/docs/PFR\\_Update\\_042610.pdf](http://pfr.samhsa.gov/docs/PFR_Update_042610.pdf))

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

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

Provider Networks: Strategies to Strengthen Addiction Treatment and Prevention Service Systems, PowerPoint, July 2009 ([http://pfr.samhsa.gov/docs/Provider\\_Network\\_Models\\_Presentation\\_0709.pdf](http://pfr.samhsa.gov/docs/Provider_Network_Models_Presentation_0709.pdf))

Provider Network Models: Strategies to Strengthen Addiction Treatment and Prevention Service Systems, PowerPoint, October 2009 ([http://pfr.samhsa.gov/docs/Provider\\_Network\\_Models\\_Presentation\\_0709.pdf](http://pfr.samhsa.gov/docs/Provider_Network_Models_Presentation_0709.pdf))

Q&A Fact Sheet from "Know Your Rights" Webinar on Employment Discrimination Against People with Alcohol/Drug Histories, Legal Action Center ([http://pfr.samhsa.gov/docs/QA\\_Employment\\_Discrimination.pdf](http://pfr.samhsa.gov/docs/QA_Employment_Discrimination.pdf))

Q&A Fact Sheet from "Know Your Rights" Webinar on Housing and Other Forms of Discrimination Against People with Alcohol/Drug Histories, Legal Action Center ([http://pfr.samhsa.gov/docs/QA\\_Housing\\_Healthcare\\_Discrimination.pdf](http://pfr.samhsa.gov/docs/QA_Housing_Healthcare_Discrimination.pdf))

Q&A Fact Sheet from "Know Your Rights" Webinar on Legal Rights of People with Criminal Convictions, Legal Action Center ([http://pfr.samhsa.gov/docs/QA\\_Legal\\_Rights\\_with\\_Criminal\\_Conviction\\_Histories.pdf](http://pfr.samhsa.gov/docs/QA_Legal_Rights_with_Criminal_Conviction_Histories.pdf))

Q&A Fact Sheet from "Know Your Rights" Webinar on Medication-Assisted Treatment: Special Anti-Discrimination Issues, Legal Action Center ([http://pfr.samhsa.gov/docs/QA\\_Medication-Assisted\\_Treatment\\_Anti-Discrimination.pdf](http://pfr.samhsa.gov/docs/QA_Medication-Assisted_Treatment_Anti-Discrimination.pdf))

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

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

Recruitment Ad Instructions, 2010 ([http://pfr.samhsa.gov/docs/Recruitment\\_ad\\_instructions.pdf](http://pfr.samhsa.gov/docs/Recruitment_ad_instructions.pdf))

Recruitment Advertisement, 2010 ([http://pfr.samhsa.gov/docs/PFR\\_HeroAd\\_042610.pdf](http://pfr.samhsa.gov/docs/PFR_HeroAd_042610.pdf))

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

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

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

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

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

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

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

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



# A7 | **Versione italiana della Risoluzione della 54esima Commissione Stupefacenti delle Nazioni Unite, marzo 2011**

La risoluzione qui riportata è stata preparata e presentata in sede UE dalla delegazione italiana, coordinata dal Dipartimento Politiche Antidroga, ed approvata e acquisita dall'Unione Europea.

Successivamente è stata presentata dalla presidenza di turno UE (Ungheria) alle Nazioni Unite per essere approvata durante la Commission on Narcotic Drugs.

La risoluzione è stata quindi discussa dalla Delegazione italiana in sede delle Nazioni Unite che hanno approvato il testo riportato nelle pagine che seguono.

Traduzione interna a cura dell'Unità Affari Internazionali - 11 aprile 2011

Nazioni Unite

E/CN.7/2011/L.7/Rev.1

---

## Consiglio Economico e Sociale

Distribuzione: Limitata  
23 marzo 2011

---

### Commissione stupefacenti

#### 54<sup>a</sup> sessione

Vienna, 21-25 marzo 2011

Punto 6(a) dell'Agenda

### **Attuazione della Dichiarazione Politica e del Piano d'Azione sulla Cooperazione Internazionale verso una Strategia Integrata e Bilanciata per Contrastare il Problema Mondiale della Droga: Riduzione della domanda e misure collegate**

**Promuovere strategie orientate alla riabilitazione e al reinserimento in risposta ai disturbi connessi al consumo di droga e alle loro conseguenze che sono dirette a favorire la salute e il benessere sociale fra individui, famiglie e comunità.**

#### *La Commissione stupefacenti*

*Richiamando* la Dichiarazione Politica adottata dall'Assemblea Generale alla sua 20<sup>a</sup> Sessione Speciale<sup>1</sup>, la Dichiarazione Politica e il Piano d'Azione sulla cooperazione internazionale verso una strategia integrata e bilanciata per combattere il problema della droga nel mondo,<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Risoluzione dell'Assemblea Generale S-20/2, annesso.

<sup>2</sup> A/64/92-E/2009/98, sez. II.A.

Traduzione interna a cura dell'Unità Affari Internazionali - 11 aprile 2011

*Richiamando anche* la Convenzione Unica sugli stupefacenti del 1961,<sup>3</sup> quella Convenzione come emendata dal Protocollo del 1972,<sup>4</sup> la Convenzione sulle sostanze psicotrope del 1971,<sup>5</sup> e la Convenzione delle Nazioni Unite contro il traffico illegale di stupefacenti e sostanze psicotrope del 1988,<sup>6</sup>

*Richiamando inoltre* la risoluzione dell'Assemblea Generale 64/182 del 18 dicembre 2009 sulla cooperazione internazionale contro il problema mondiale della droga, nella quale l'Assemblea ha ribadito l'impegno degli Stati membri nel promuovere, sviluppare, riesaminare o rafforzare programmi di riduzione della domanda efficaci, completi, integrati, basati sull'evidenza scientifica ed implicanti una serie di misure, che includano la prevenzione primaria, la diagnosi precoce, il trattamento, la cura, la riabilitazione, l'inserimento sociale e i correlati servizi di sostegno, volti a promuovere salute e benessere tra gli individui, le famiglie, le comunità e a ridurre le conseguenze avverse dell'abuso di droga per gli individui e la società nel suo insieme, tenendo conto delle particolari sfide poste dagli utilizzatori di droga ad alto rischio, in piena conformità con le tre convenzioni internazionali sul controllo della droga e secondo la legislazione nazionale;

*Riconoscendo* che la tossicodipendenza è un disturbo della salute multifattoriale cronico ma prevenibile e trattabile;

*Convinta* della necessità che i programmi per il trattamento e per la riabilitazione per i disturbi connessi all'uso di droga siano basati sull'evidenza scientifica e rispettino al contempo i diritti umani e la dignità degli individui;

*Convinta anche* della necessità di migliorare la qualità, la copertura e la varietà dei servizi di riduzione della domanda inclusi quelli rivolti alla riabilitazione, al reinserimento e alla prevenzione delle recidive, come parte di un *continuum* di cura sanitaria e sociale;

*Riconoscendo* che assicurare la riabilitazione, il reinserimento e il recupero è un elemento importante degli sforzi generali per ridurre il consumo delle droghe illecite e le sue conseguenze;

*Riconoscendo anche* che i sistemi di trattamento devono essere collegati alle attività di prevenzione dell'uso di droga volte a fornire a giovani, adulti e comunità la conoscenza, le abilità e le opportunità per scegliere uno stile di vita

---

<sup>3</sup> Nazioni Unite, *Treaty Series*, vol. 520, n° 7515.

<sup>4</sup> *Ibid.*, vol. 976, n° 14152.

<sup>5</sup> *Ibid.*, vol. 1019, n° 14956.

<sup>6</sup> *Ibid.*, vol. 1582, n° 27627.

Traduzione interna a cura dell'Unità Affari Internazionali - 11 aprile 2011

salutare, inclusi gli interventi mirati per le popolazioni ad alto rischio dell'uso di droga e il sostegno per le famiglie più esposte al problema, in maniera complementare ai servizi di trattamento;

*Sottolineando* l'importanza di un approccio multisetoriale e pienamente coordinato in cui più agenzie governative e organizzazioni non governative all'interno delle comunità partecipano al fine di sostenere lo sviluppo di un pieno *continuum* di politiche e programmi che promuovono prevenzione, diagnosi e intervento precoce, trattamento, cura e servizi di sostegno collegati per la riabilitazione, il reinserimento sociale e il recupero;

*Sottolineando anche* l'importanza di evitare la discriminazione contro le persone tossicodipendenti, incluse la loro stigmatizzazione e marginalizzazione sociale, e di assicurare il rispetto dei loro diritti fondamentali e della dignità umana;

*Riconoscendo* i vantaggi degli investimenti nel trattamento dei disturbi connessi all'uso di droga, inclusa la riduzione delle conseguenze avverse di tipo sanitario e sociale, il miglioramento della salute pubblica e della sicurezza pubblica ed il rafforzamento della coesione e del benessere sociale;

*Esprimendo apprezzamento* per lo sforzo di collaborazione globale che, sotto la leadership dell'Ufficio delle Nazioni Unite contro la Droga e il Crimine (UNODC) e dell'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS), include governi, professionisti della sanità, organizzazioni non governative e agenzie di finanziamento impegnate nell'aumento della copertura dei servizi essenziali per la riduzione della domanda di droga,

1. *Incoraggia* gli Stati Membri ad assicurare che le politiche e le pratiche di riduzione della domanda di droga includano l'accesso a un trattamento umano e basato sull'evidenza, alla cura e ai servizi di sostegno collegati finalizzati alla riabilitazione e al reinserimento delle persone tossicodipendenti e con malattie correlate all'uso di droga e ad offrire loro l'accesso a servizi di riabilitazione e reinserimento che siano diretti a promuovere la salute e il benessere sociale fra individui, famiglie e comunità;
2. *Invita* gli Stati Membri a identificare e combattere fermamente la discriminazione contro i consumatori di droga, offrendo al contempo un accesso tempestivo a servizi di *counselling*, trattamento e riabilitazione che siano diretti a promuovere la salute e il benessere sociale fra individui, famiglie e comunità;



Traduzione interna a cura dell'Unità Affari Internazionali - 11 aprile 2011

3. *Invita anche* gli Stati Membri a contrarsi sulla prevenzione, il trattamento, la cura e i servizi di sostegno collegati per i consumatori di droga che soffrono di disturbi correlati all'uso di droga e per le loro famiglie, per sviluppare interventi efficaci che portino al reinserimento sociale, inclusi programmi di sostegno per facilitare l'impiego delle persone in trattamento e recupero che siano adattati ai loro specifici bisogni nel processo di riabilitazione, e ad assicurare interventi per la prevenzione delle malattie correlate all'uso di droghe che siano diretti a promuovere la salute e il benessere sociale fra individui, famiglie e comunità;
4. *Invita inoltre* gli Stati Membri ad assicurare che il trattamento sia basato sull'evidenza, sia parte di un approccio integrato alla riduzione della domanda di droga e sia riconosciuto come elemento chiave degli sforzi nazionali che mirano a ridurre l'uso illecito di droghe e le avverse conseguenze sociali e sanitarie, e a migliorare servizi di riabilitazione e reinserimento che siano diretti a promuovere la salute e il benessere sociale fra individui, famiglie e comunità;
5. *Incoraggia* gli Stati Membri a fornire una gamma diversificata di servizi di trattamento, inclusi il trattamento con assistenza sanitaria e psico-sociale e la riabilitazione, che rispondano alle esigenze dei consumatori tossicodipendenti in tutte le pertinenti condizioni sociali e cliniche;
6. *Esorta* gli Stati Membri a migliorare la disponibilità e la copertura dei servizi di riabilitazione medica e sociale per individui tossicodipendenti incorporando tali servizi come parte integrante del sistema generale di assistenza sanitaria;
7. *Richiede* all'Ufficio delle Nazioni Unite contro la Droga e il Crimine di inserire moduli e orientati alla riabilitazione e al reinserimento per il trattamento della tossicodipendenza nei suoi programmi di assistenza tecnica e di formazione pertinenti che sono diretti a promuovere la salute e il benessere sociale fra individui, famiglie e comunità;
8. *Invita* l'Ufficio delle Nazioni Unite contro la Droga e il Crimine a raccogliere e diffondere informazioni sulle esperienze pertinenti di programmi e interventi di riabilitazione e reinserimento sociale basati sull'evidenza scientifica e a fornire agli Stati membri guida e assistenza nello sviluppo di programmi per attuare interventi di successo come componenti delle loro strategie generali sulla riduzione della domanda di droga;

Traduzione interna a cura dell'Unità Affari Internazionali - 11 aprile 2011

9. *Invita* gli Stati Membri a facilitare la diffusione di buone prassi volte ad accrescere la copertura dei servizi di riduzione della domanda di droga, che risultano dal programma di collaborazione realizzato dall'Ufficio delle Nazioni Unite contro la Droga e il Crimine e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità che coinvolge la società civile, il settore privato, i pertinenti organismi del sistema delle Nazioni Unite e altre organizzazioni regionali e internazionali e che mirano ad accrescere la copertura di servizi essenziali per il trattamento e la cura della tossicodipendenza;
10. *Invita anche* gli Stati Membri e gli altri donatori a fornire risorse di bilancio aggiuntive per questi propositi in accordo con le regole e le procedure delle Nazioni Unite;
11. *Richiede* al Direttore Esecutivo dell'UNODC di fare un rapporto alla Commissione alla sua 55<sup>a</sup> Sessione sulle misure prese e sui progressi fatti nell'attuazione della presente risoluzione.

# A8 | Italian Scientific Community on Addiction

## Innovazione e condivisione di intenti

La “Italian Scientific Community on Addiction” è una comunità scientifica, promossa dal Dipartimento per le Politiche Antidroga, in collaborazione con l’UNICRI, il Ministero della Salute, che opera come una moderna società scientifica e mira a riunire tutti i professionisti che a vario titolo operano nel settore delle dipendenze per individuare e condividere nuove strategie, nuovi modelli d’intervento e nuove linee di ricerca.

La Community nasce dunque come strumento di innovazione, luogo di confronto delle prassi professionali e di promozione delle collaborazioni scientifiche per tutte le diverse figure professionali, i ricercatori e i “decision makers”.

## Una nuova visione

L’obiettivo principale della Community è quindi quello di promuovere una nuova visione e un nuovo orientamento alle dipendenze, partendo dalle evidenze scientifiche nell’ambito delle neuroscienze, con un approccio multidisciplinare che tenga conto sia degli aspetti neurobiologici che di quelli medici, psicologici, educativi sociali nonché economici che l’uso di sostanze stupefacenti comporta.

## La multidisciplinarietà: un valore aggiunto

Il valore aggiunto di questa iniziativa è proprio la multidisciplinarietà: il principio sul quale si fonda la condivisione delle conoscenze di base con le conoscenze cliniche nonché con quelle sociali ed economiche. Tutto questo, al fine di promuovere una visione olistica del fenomeno che utilizzi anche dei contributi transnazionali provenienti da realtà scientifiche avanzate e collaborative col nostro paese. Lo sviluppo di queste iniziative troverà un valido supporto, oltre che nell’acquisizione di nuovi stimoli scientifici, anche nelle iniziative di aggiornamento professionale, continuo e accreditato.

## Nuovi strumenti per la crescita professionale

La “Italian Scientific Community on Addiction”, al fine di rendere tempestiva, facile e immediatamente fruibile tutta l’ampia gamma di informazioni scientifiche esistenti, si è dotata di moderni strumenti web di informazione e comunicazione e di un percorso formativo istituzionale, messi a disposizione dei professionisti del settore per fornire informazioni e supporti specialistici per la loro crescita professionale: la newsletter, Drog@news, l’Italian Journal on Addiction e sistemi di e-learning.

## Destinatari

Possono diventare membri dell’Italian Scientific Community on Addiction tutti coloro che si occupano a vario titolo di interventi nel campo dell’uso di droghe e delle tossicodipendenze:

- operatori dei servizi pubblici per le tossicodipendenze
- operatori del privato sociale e delle associazioni
- decisori politici
- amministrazioni centrali e regionali
- forze dell’ordine

- istituti di ricerca
- università

### Opportunità

La partecipazione alla Community è gratuita e comporta per tutti i suoi membri la possibilità di:

- poter partecipare alla discussione e valutazione di linee di indirizzo nazionali ed internazionali, review, documenti tecnici, contributi scientifici di supporto alle attività delle istituzioni nazionali, europee ed internazionali
- ricevere gratuitamente per il primo anno di iscrizione la rivista Italian Journal on Addiction, a periodicità bimestrale, contenente articoli selezionati dalla letteratura scientifica nazionale ed internazionale in ambito di tossicodipendenza e patologie correlate
- ricevere la newsletter Drog@news, pubblicazione telematica a carattere scientifico con periodicità mensile, contenente recensioni tratte dalla letteratura scientifica internazionale ed agli speciali di approfondimento
- poter richiedere l'accesso ai percorsi di formazione annuale presso la National School on Addiction, programma di formazione multidisciplinare sulle dipendenze in collaborazione con la Scuola Superiore della Pubblica Amministrazione (SSPA), il Ministero della Salute, il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e il Ministero dell'Interno. La Scuola di alta formazione organizza incontri frontali a distanza per la divulgazione di conoscenze di base multidisciplinari, degli aspetti tecnici legati alle dipendenze e alle politiche di prevenzione e contrasto delle strategie istituzionali nazionali, europee e internazionali.
- poter richiedere la partecipazione ai gruppi di collaborazione per lo scambio di esperienze e culture professionali acquisite fuori dai confini nazionali, con particolare riferimento ai paesi dell'area del Mediterraneo, ma anche USA, Cina e Russia e per la condivisione di "best practice".
- ottenere una maggior diffusione e valorizzazione della propria attività di studio e ricerca o assistenza attraverso la produzione di articoli scientifici o assistenza attraverso la produzione di articoli scientifici tramite gli strumenti informativi della Italian Scientific Community on Addiction
- possibilità di offrire supporto tecnico-scientifico alle attività delle organizzazioni istituzionali nazionali, europee ed internazionali richiedenti nell'ambito della lotta alla droga con particolare riferimento al Dipartimento per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Ministeri, Regioni, Commissione Europea, Consiglio d'Europa, EODT, UNODC, INCB e WHO.
- possibilità di partecipare alle pre-consultazioni online e alle altre attività preparatorie della prossima Conferenza Nazionale sulle Droghe per la strutturazione delle politiche antidroga nel nostro paese per il prossimo triennio.
- possibilità di contribuire alle attività relative alla preparazione e ideazione on-line della prossime campagne di comunicazione istituzionale contro l'uso di tutte le sostanze stupefacenti ed i comportamenti additivi e ai progetti di interesse nazionale ed internazionale.
- possibilità di partecipare ad eventi formativi ed informativi, dedicati a tutti gli attori a vario titolo coinvolti nella lotta alla tossicodipendenza e alle altre dipendenze correlate.

### Modalità di iscrizione

Il singolo soggetto richiedente può presentare la domanda di iscrizione utilizzando il form on-line, disponibile sui siti web:

- [www.dpascientificcommunity.it](http://www.dpascientificcommunity.it)
- [www.politicheantidroga.it](http://www.politicheantidroga.it)
- [www.droganews.it](http://www.droganews.it)
- [www.dronet.org](http://www.dronet.org)

Ciascun soggetto dovrà specificare per quale aree di intervento chiede di essere ammesso. La domanda deve essere corredata da un curriculum vitae dettagliato, aggiornato e firmato da inviare in formato pdf.

Sito web

La Scientific Community funziona attraverso la condivisione di una piattaforma di consultazione permanente per la messa in comune e diffusione di informazioni scientifiche aggiornate attraverso un portale web. Al portale si accede tramite username e password personali. All'interno del portale saranno creati forum in cui ciascun membro della Scientific Community potrà proporre la pubblicazione di news, partecipare a discussioni, scambiare informazioni, confrontare esperienze e best practices con altri operatori. All'interno del sito è presente una divisione degli argomenti per aree tematiche, che dovranno essere selezionate all'atto dell'iscrizione indicando le priorità di interesse. I membri della Community che avranno espresso preferenza per quell'area tematica verranno avvisati tramite alert via Internet al momento della pubblicazione di nuovi elementi e discussioni all'interno dell'area, fatta salva comunque la possibilità di poter accedere e partecipare anche alle discussioni delle aree tematiche. La Scientific Community prevedrà sia un forum pubblico, che si potrà condividere con i soli membri della community e il Dipartimento Politiche Antidroga, sia un servizio di messaggistica.

Figura 1 - Home page del sito www.dpscientificcommunity.it





Figura 2 - Portali informativi istituzionali



[www.politicheantidroga.it](http://www.politicheantidroga.it)

Sito istituzionale del Dipartimento Politiche Antidroga in cui vengono riportate informazioni sulla struttura e le attività del Dipartimento, i progetti di ricerca e le campagne nazionali di comunicazione antidroga.



[www.dronet.org](http://www.dronet.org)

Fornisce informazioni sulle sostanze stupefacenti, i servizi di cura e trattamento, gli eventi sul tema. Riporta notizie, informazioni scientifiche e link verso siti specifici del settore tossicodipendenze.



[www.droganews.it](http://www.droganews.it)

Propone contenitori tematici che ospitano notizie selezionate, tradotte relative ad aspetti come la prevenzione, la farmacologia, gli aspetti psico-socio-educativi, l'epidemiologia, le neuroscienze.



[www.italianjournalonaddiction.it/](http://www.italianjournalonaddiction.it/)

E' lo strumento di informazione scientifica dell'ISCA, dedicato alle dipendenze e ai fenomeni ad esse correlate, ai meccanismi neuro-psico-biologici e agli aspetti psico-educativi ed epidemiologici.



[www.dpascientificcommunity.it](http://www.dpascientificcommunity.it)

Il portale presenta la nuova Community e i sotto obiettivi del progetto Italian Scientific Community on Addiction.



[www.drugfreedu.it](http://www.drugfreedu.it)

Portale informativo dedicato alle scuole. Offre innovativi strumenti di prevenzione contro l'uso di droghe e alcol, dedicati ad insegnanti, genitori e giovani, da usare in classe, in famiglia, in rete.



[www.droganografie.it](http://www.droganografie.it)

Il sito vuole essere un punto di riferimento per gli adolescenti alla ricerca di informazioni chiare relative alle droghe, legali o illegali, con particolare attenzione ad alcol, ecstasy e cannabis.



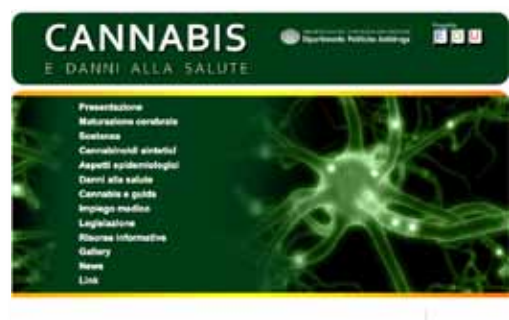
<http://cocaina.dronet.org>

Il sito propone le più recenti scoperte scientifiche che documentano i danni alla salute causati dal consumo di cannabis, da un punto di vista tossicologico, neuropsichico, medico e sociale.



<http://alcol.dronet.org>

Area ad alto contenuto scientifico in cui si affronta il tema del consumo di cocaina, i suoi effetti sull'organismo, i trattamenti possibili, le sperimentazioni in atto.



<http://cannabis.dronet.org>

Il sito propone le più recenti scoperte scientifiche che documentano i danni alla salute causati dal consumo di cannabis, da un punto di vista tossicologico, neuropsichico, medico e sociale.



[www.neuroscienzedipendenze.it](http://www.neuroscienzedipendenze.it)

Sito dedicato a risultati e sviluppi degli studi delle strutture cerebrali coinvolte nel fenomeno della dipendenza, attraverso nuove tecnologie, come ad esempio la neuroimaging.



[www.allertadroga.it](http://www.allertadroga.it)

Portale nazionale dedicato al Sistema di Allerta Precoce, finalizzato al rilevamento precoce di fenomeni droga-correlati relativi alla comparsa di nuove droghe e di nuove modalità di consumo.



[www.dreamonshow.it](http://www.dreamonshow.it)

Il sito rappresenta una finestra sul mondo delle attività realizzate nell'ambito del progetto Dream On, creato per offrire ai giovani sane alternative all'uso di sostanze stupefacenti.



[www.drugsonstreet.it](http://www.drugsonstreet.it)

Sito nazionale dedicato alle attività di prevenzione degli incidenti stradali causati da guida in stato di ebbrezza alcolica o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti.





In attuazione degli indirizzi della:



PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI  
**Dipartimento Politiche Antidroga**

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

**Siti istituzionali:**

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

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