



Presidenza del Consiglio dei Ministri
DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA

Sintesi degli orientamenti espressi dagli operatori nella 5^a Conferenza Nazionale

Relazioni conclusive della conferenza
e delle successive consultazioni permanenti

Documento scaricabile dai siti:

www.conferenzadroga.it
www.dronet.org
www.politicheantidroga.it

Sintesi degli orientamenti espressi dagli operatori nella 5^a Conferenza Nazionale

Relazioni conclusive della conferenza
e delle successive consultazioni permanenti

A cura di

DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA – PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Gruppo di revisione del DPA

Giovanni Serpelloni, Elisabetta Simeoni, Antonella Accosta, Angela Binetti, Alessandro Cipolla, Francesca Marazzi, Eugenio Francesco Valenzi

Elaborazione dati della “Valutazione delle Sessioni tematiche della Conferenza”

A cura di International Training Centre of the International Labour Organization (ITC – ILO)

Per la valutazione delle Sessioni tematiche della Conferenza la supervisione è di:

Prof. Gianmaria Battaglia - SDA Bocconi School of Management

Dott. Enrico Tezza - International Labour Organization

Ringraziamenti

Si ringraziano i moderatori della 5ª Conferenza sulle politiche antidroga per aver realizzato e fornito al Dipartimento i documenti di sintesi di ciascuna sessione.

Si ringraziano inoltre i relatori delle sessioni per aver presentato e condiviso con i partecipanti la propria esperienza di lavoro, di ricerca e di vita sul tema droga.

Stampa

Finito di stampare da ART Group Srl, Trieste - settembre 2009

Introduzione



**Senatore
Carlo Giovanardi**
*Sottosegretario
di Stato
per la Famiglia,
la Droga e
Servizio Civile*

Uno dei principali obiettivi che mi ero prefissato di raggiungere con la 5^a Conferenza Nazionale sulle Droghe di Trieste era quello di aprire un confronto costruttivo fra le istituzioni e gli operatori del settore, tanto del servizio pubblico che del privato sociale, in modo da tracciare le linee strategiche e le future prospettive del contrasto del preoccupante fenomeno del diffondersi del consumo delle sostanze stupefacenti.

In questo senso, sono certo che l'obiettivo sia stato raggiunto. Ne è testimonianza l'ampia adesione all'evento da parte degli operatori e l'elevato tenore delle tematiche che sono state approfondite nel corso dei tre giorni di lavori della Conferenza. Un dibattito certamente serrato, ma anche chiaro e costruttivo, che ha consentito di evidenziare, da un lato, i problemi più pressanti e, dall'altro, le possibili soluzioni, definendo ruoli e livelli di responsabilità.

Le riflessioni offerte da ciascun partecipante, riportate negli Atti in pubblicazione, sono un'importante risorsa che, anche in futuro, ci ricorderà quali sono i reali problemi sul terreno e quali le aree di interesse sulle quali, più di altre, dovrà focalizzarsi l'attenzione dei responsabili dell'azione di Governo e delle strutture tecniche, a vario titolo, impegnate nell'attività di repressione dello spaccio e di prevenzione cura e recupero delle tossicodipendenze.

È, però, di fondamentale importanza che l'ulteriore collaborazione fra i diversi attori del settore, già iniziata attraverso gli incontri post-conferenza organizzati dal Dipartimento antidroga, possa contare su una sempre più solida e trasversale integrazione, non solo tra i referenti del settore pubblico e del privato sociale, ma anche tra tutti gli operatori e le istituzioni.

Come, talvolta, mi capita di ripetere nel corso dei miei interventi, non mi interessa di quale colore sia il gatto: per me è importante che acchiappi il topo. Allo stesso modo auspico che le persone prigioniere della tossicodipendenza possano contare su risposte terapeutiche e proposte di recupero quanto più efficaci e diversificate tenute, però, insieme dall'unico obiettivo di strappare i giovani e le loro famiglie dalla schiavitù della droga.

Indice

Introduzione

Premesse

I

Sintesi degli orientamenti espressi dagli operatori nella Conferenza

1. Nuove Strategie generali e Piano di Azione 2009 – 2012	15
2. Rapporto tra Regioni ed Amministrazioni Centrali (DPA)	16
3. Applicazione degli atti di intesa Stato-Regioni	17
4. Fondo nazionale “Lotta alla Droga”	17
5. Fondi indistinti Sanitari trasferiti alle Regioni (quota del livello II della spesa sanitaria) per la tossicodipendenza	17
6. Riforma dei servizi pubblici e privati	17
7. Dipartimenti delle dipendenze	18
8. Prevenzione patologie correlate (Riduzione del danno - RD)	19
9. Crediti delle comunità /debiti delle Regioni (circa 26 milioni di euro non pagati delle attività svolte in questi anni – stima minima)	20
10. Difformità delle rette delle comunità terapeutiche	21
11. Accertamento credito d'imposta tramite “Equitalia”	21
12. Attivazione nuovi progetti di reinserimento (nuovo orientamento) lavorativo e sociale	21
13. Rilancio di un nuovo e vero piano di prevenzione nazionale	21
14. Tossicodipendenti e svolgimento di lavori con mansioni a rischio	22
15. Prevenzione incidenti stradali droga/alcol correlati	22
16. Flussi dati, sistema informativo e monitoraggio permanente	23
17. Consumatori Cronici e studio dei fattori di cronicizzazione	23
18. Donne e Dipendenze: la maggiore vulnerabilità	23
19. Legislazione	25
20. Sistema Nazionale di Allerta Precoce	26
21. Valutazione dei risultati	27
22. Nuovo ruolo del DPA	27

II

Relazioni della giornata conclusiva: Sintesi delle sessioni a cura dei moderatori

– Aspetti etici ed antropologici nelle dipendenze	Federico Samaden	31
– Nuovi scenari e riorganizzazioni necessarie	Riccardo Gatti	34
– Strategie ed interventi di prevenzione	Cesare Di Carlo	37
– Le comorbidità: le patologie correlate alla tossicodipendenza	Antonello Taranto	40
– Trattamenti e percorsi di cura, integrazione dei trattamenti	Massimo Clerici	42
– Cronicità o cronicizzazione?	Claudio Leonardi	44
– Reinserimento lavorativo e sociale	Don Paolo Fini	46
– La valutazione permanente dei trattamenti e dei risultati	Michele Ferdico	51
– Donne e droga: madri tossicodipendenti e bambini, la maggiore vulnerabilità	Vincenza Iossa	53
– Carceri e nuovi scenari	Domenico Cortese	56
– Alta integrazione dei servizi e delle professionalità	Gianmaria Battaglia	59
– Alcool, droghe e giovani	Caterina Pesce	63
– Alcool, droghe e guida	Pietro Maturano	66
– Sistema di Allerta Precoce, la droga viaggia in internet, nuovi mercati e spaccio in rete	Teodora Macchia	69
– Drug Test nei Lavoratori	Giorgio Di Lauro	72
– Ricerca e tossicodipendenza	Lorenzo Somaini	75
– Aggiornamento delle Tabelle delle Sostanze e Soglie	Marcello Grasso	77
– La legislazione	Pietro Soggiu	80
– Le azioni di contrasto del traffico e dello spaccio e le relazioni internazionali	Sebastiano Vitali	83
– Aspetti Educativi	Don Chino Pezzoli	85

III

Consultazioni permanenti post conferenza: Sintesi a cura dei moderatori

– I servizi pubblici: vecchi problemi, nuove scenari e l'integrazione possibile	Giovanni Serpelloni	91
– La cura della dipendenza da sostanze in Italia	Pietro Fausto D'Egidio	97
– Uso del drug test professionale nei programmi di prevenzione precoce: rischio o risorsa?	Giovanni Serpelloni	101

IV

La valutazione delle Sessioni tematiche della Conferenza

	–	Finalità	119
	–	Le fasi per l'ottenimento della scheda definitiva	119
	–	Rispondenti	119
	–	Risultati	120
Sessione	1	Cronicità o cronicizzazione?	121
Sessione	2	Sistema di Allerta Precoce - la droga viaggia in internet, nuovi mercati e spaccio in rete	124
Sessione	3	Aspetti Educativi	127
Sessione	4	Donne e droga: madri tossicodipendenti e bambini, la maggiore vulnerabilità	130
Sessione	5	La valutazione permanente dei trattamenti e dei risultati	133
Sessione	6	Strategie ed interventi di prevenzione	136
Sessione	7	Carceri e nuovi scenari	139
Sessione	8	Aspetti etici ed antropologici nelle dipendenze	142
Sessione	9	Nuovi scenari e riorganizzazioni necessarie	145
Sessione	10	Le azioni di contrasto del traffico e dello spaccio e le relazioni internazionali	148
Sessione	11	Le comorbidità: Le patologie correlate alla tossicodipendenza	151
Sessione	12	Reinserimento lavorativo e sociale	154
Sessione	13	La legislazione	157
Sessione	14	Alta integrazione dei servizi e delle professionalità	160
Sessione	15	Ricerca e tossicodipendenza	163
Sessione	16	Alcool, droghe e guida	166
Sessione	17	Trattamenti e percorsi di cura, integrazione dei trattamenti	169
Sessione	18	Drug Test nei Lavoratori	172
Sessione	19	Alcool, droghe e giovani	175
Sessione	20	Aggiornamento delle Tabelle delle Sostanze e Soglie	178

I

**Sintesi degli orientamenti espressi
dagli operatori nella Conferenza**

Sintesi degli orientamenti espressi dagli operatori nella Conferenza

Trieste 12-14 marzo 2009

Premesse

Queste considerazioni sono state messe a punto sulla base delle conclusioni e delle sintesi delle varie sessioni di lavoro presentate durante i lavori della V Conferenza Nazionale sulle Politiche Antidroga (Trieste 12 – 14 Marzo 2009) a cui hanno partecipato 1400 operatori. In base allo svolgimento dei lavori ed alle indicazioni date dagli operatori durante le preconsultazioni sono state identificate alcune aree di interesse prioritarie. A queste aree sono stati correlati dei macro obiettivi concreti che rappresentano l'aspettativa e l'impegno che la Conferenza ha espresso nel suo insieme di rappresentanze e nell'articolata e vivace discussione. Vengono indicate, inoltre, delle specifiche, tratte dagli spunti ed indicazioni provenienti dalle sessioni di lavoro e dai vari documenti presentati, che vogliono essere delle ulteriori informazioni per rendere ancora più concreto l'approccio e l'impegno che le organizzazioni dovrebbero, in responsabilità e competenza diretta, assumersi.

È chiaro che, come tutte le sintesi conclusive, non può essere esaustiva di tutti i problemi emersi e di tutte le possibili soluzioni identificate, ma certamente questa "agenda" è un buon promemoria di quanto, per macro argomenti, è scaturito dalla Conferenza e di dove, secondo gli operatori e le maggiori organizzazioni partecipanti, bisognerebbe concentrare maggiormente la nostra attenzione e orientare i sistemi e gli interventi. Non vi è dubbio che la problematica più rilevante di ordine generale, manifestata e segnalata da più parti, riguarda la difficile situazione derivante dall'attuale organizzazione ed impostazione delle politiche di programmazione territoriale sulle tossicodipendenze che risentono di una regionalizzazione che, ad oggi, non è stata ritenuta in grado di garantire una politica nazionale unitaria, coerente ed omogenea in tutte le varie Regioni e P.A..

Da più parti durante i lavori della Conferenza è stata invocata la richiesta di un maggiore coordinamento centrale, non certamente per una mera questione di potere, ma perché si è avvertita la necessità di dare un'unitarietà sovra regionale a strategie, interventi ed azioni che necessitano di ritrovare omogeneità e concretezza su tutto il territorio nazionale. L'Italia, da questo punto di vista, rappresenta il paradosso europeo. Non esiste nessun altro Paese che abbia un frazionamento così im-

Struttura della Sintesi

Un'Agenda Post-Conferenza

La necessità di maggior coordinamento

portante e una possibilità da parte delle Regioni di poter decidere di intraprendere (o non) azioni anche in deroga, se non addirittura in opposizione, alle politiche, agli accordi Stato-Regioni e alle linee strategiche nazionali.

Questo paradosso è sostenuto da un sistema di poteri (più o meno rilevanti) che si sono andati a formare e consolidare nel corso degli anni, e che ha portato ad una situazione, ad oggi inaccettabile, di estrema eterogeneità, di inadeguatezza dell'offerta e dell'organizzazione rispetto all'evoluzione del fenomeno. In questi anni, inoltre, si sono accumulati gravi ritardi nei pagamenti delle rette (che risultano peraltro estremamente diversificate) verso "Fornitori privilegiati" di prestazioni residenziali complesse ed indispensabili, come le Comunità Terapeutiche, generando enormi difficoltà economiche e di sopravvivenza operativa. Da non dimenticare, inoltre, la grave crisi organizzativa e motivazionale dei servizi pubblici, asse portante dell'intero sistema, che vede ridurre sempre di più il numero di risorse umane dedicate e gli investimenti. Contemporaneamente, si assiste da vari anni ad un incremento costante dell'utenza in termini numerici, accompagnato da un aumento della complessità clinica e dell'impegno necessario per assicurare una buona gestione. In questo contesto i Servizi sono costretti ad organizzare e fornire prestazioni sostenibili e attuabili, facendo fronte alla meglio a gravi ed impegnative problematiche dell'utenza, ma che, a volte, si connotano purtroppo di basso profilo qualitativo, e non certo per volontà degli operatori. Questa perdita di qualità, secondaria alla carenza di risorse e di veri investimenti nel settore, ha comportato anche spesso l'insorgenza di terapie farmacologiche non sempre gestite secondo buone prassi e poco integrate con il supporto psicologico e sociale. Pertanto, è la scarsità di investimento da considerare come il vero "generatore di cronicità", unitamente alla riproposizione di modelli troppo spesso basati sull'ideologia (e in questo caso si tratta di un fenomeno perfettamente "bipartisan") più che sulle prove di efficienza scientifica. Le evidenze scientifiche, però, non bastano da sole a giustificare le scelte e le decisioni strategiche di orientamento degli interventi e delle organizzazioni, perché necessariamente devono essere integrate con visioni e criteri anche di altro tipo oltre a quelli dell'oggettività scientifica quali la sostenibilità finanziaria, il grado di priorità sociale e sanitario del problema nel contesto sociale e sanitario generale del Paese, l'accettabilità sociale (sulla base della cultura e delle tradizioni) di certe scelte, ma soprattutto il valore che vogliamo concretamente dare alla vita delle persone che siamo chiamati ad assistere e curare, sia in termini quantitativi sia qualitativi. Le evidenze scientifiche difficilmente potranno giustificare, da sole, la rinuncia a voler perseguire percorsi riabilitativi finalizzati al recupero totale della persona tossicodipendente, accontentandosi di stabilizzare, in un percorso di cronicità, giovani vite dotate di alto potenziale. Risulta chiaro quindi che, in fondo, è necessario basare i nostri interventi oltre che sull'etica della prevenzione e della cura, anche sull'etica irrinunciabile della riabilitazione.

Non va dimenticato infatti che la tossicodipendenza non è una scelta, ma una malattia che si basa fundamentalmente sull'annullamento della volontà del soggetto, mediante precisi meccanismi neuropsicologici legati direttamente all'effetto delle sostanze e alle caratteristiche di vulnerabilità individuali ed ambientali della persona malata.

Se così è, risulta chiaro che queste persone vanno aiutate a ritrovare il loro stato fisiologico di piena autonomia, libertà e responsabilità decisionale e, conseguentemente, di controllo volontario dei comportamenti e delle loro scelte di vita.

Il paradosso italiano

I Servizi pubblici

Le evidenze scientifiche

La tossicodipendenza è una malattia

Il ripristino dello stato fisiologico

A questo proposito, risulterà fondamentale riuscire a promuovere e sviluppare anche nuove linee di ricerca scientifica nell'ambito delle neuroscienze e del neuroimaging, non solo quindi nel campo epidemiologico o farmacologico, che riescono a farci comprendere meglio i meccanismi del craving, del controllo volontario del comportamento e dei fattori neuropsichici, educativi e sociali che stanno alla base del successo o dell'insuccesso delle terapie. Questo in molti Paesi è già il presente, mentre in Italia potrebbe rappresentare un futuro interessante ed utile al riorientamento della pratica clinica e riabilitativa. Per fare questo è necessario che le Organizzazioni ritrovino unità di intenti e di vedute.

**Nuovi orizzonti
scientifici**

I messaggi più forti usciti dalla Conferenza sono stati senz'altro quello di ritrovare un'unitarietà di azione, di coordinamento nazionale, di maggior investimento e di innovazione delle strategie, dei metodi, ma anche di un sistema che appare oggi poco orientato ed appropriato ai nuovi bisogni.

**Unità di intenti e di
azioni**

Il Dipartimento Politiche Antidroga ha perfettamente compreso la necessità espressa dagli operatori riuniti a Trieste sia dentro che fuori la Conferenza, facendo proprie le indicazioni uscite dai dibattiti e dalle discussioni di approfondimento. Nel contempo, il DPA ha provveduto a formalizzare e diffondere, in maniera sistematica e capillare, tutta la documentazione prodotta e ha programmato fino al mese di dicembre continue consultazioni permanenti al fine di approfondire ulteriormente gli argomenti, anche quelli più scottanti e fonti di polemiche.

**Il ruolo del
Dipartimento
Politiche Antidroga**

In conclusione, si vuole ringraziare tutti i partecipanti alla Conferenza, ma in particolare gli operatori, i colleghi dei Ser.T., delle Comunità Terapeutiche e delle Associazioni per aver colto lo spirito con cui il DPA ha voluto organizzare la V Conferenza Nazionale sulle Politiche Antidroga. Questi 1400 colleghi hanno dimostrato serietà, professionalità e rispetto delle differenze, anche se con qualche eccesso folkloristico e di esagerate proteste che, a distanza di qualche mese, valutate nella loro reale portata, risultano solo un'esternazione di pochi. Queste manifestazioni isolate, in realtà, hanno fatto comprendere meglio agli operatori le differenze tra chi vuole guardare e costruire un futuro diverso per il sistema dei servizi, partendo dal riequilibrio anche dei modi e dei linguaggi del confronto, e chi, invece, vuole restare intrappolato in stereotipi orientati al passato e conflittuali.

Conclusione

Va sottolineato infine che, al di là delle apparenti divisioni, in realtà nella concretezza e nella operatività di tutti i giorni, le sinergie e la comunione di intenti sono sempre state trovate dagli operatori e le ritrovano ancora tutti i giorni con il loro buon senso, lo spirito di servizio e il prendersi cura delle persone tossicodipendenti e delle loro famiglie.

Il Capo Dipartimento
Dr. Giovanni Serpelloni

Sintesi degli orientamenti espressi dagli operatori

Aree di interesse

1. Nuove Strategie generali e Piano di Azione 2009 – 2012
2. Rapporto tra Regioni ed Amministrazioni Centrali (DPA)
3. Applicazione degli atti di intesa Stato-Regioni
4. Fondo nazionale “Lotta alla Droga”
5. Fondi indistinti Sanitari trasferiti alle Regioni (quota del livello II della spesa sanitaria) per la tossicodipendenza
6. Riforma dei servizi pubblici e privati
7. Dipartimenti delle dipendenze
8. Prevenzione patologie correlate (Riduzione del danno - RD)
9. Crediti delle comunità /debiti delle Regioni (circa 26 milioni di euro non pagati delle attività svolte in questi anni – stima minima)
10. Difformità delle rette delle comunità terapeutiche
11. Accertamento credito d'imposta tramite “Equitalia”
12. Attivazione nuovi progetti di reinserimento (nuovo orientamento) lavorativo e sociale
13. Rilancio di un nuovo e vero piano di prevenzione nazionale
14. Tossicodipendenti e svolgimento di lavori con mansioni a rischio
15. Prevenzione incidenti stradali droga/alcol correlati
16. Flussi dati, sistema informativo e monitoraggio permanente
17. Consumatori Cronici e studio dei fattori di cronicizzazione
18. Donne e Dipendenze: la maggiore vulnerabilità
19. Legislazione
20. Sistema Nazionale di Allerta Precoce
21. Valutazione dei risultati
22. Nuovo ruolo del DPA

Area di interesse	Macro obiettivo	Specifiche
1 Nuove Strategie generali e Piano di Azione 2009 - 2012	<ul style="list-style-type: none"> – Ridefinire le strategie generali nazionali di intervento concretizzandole in un realistico e sostenibile Piano d'Azione 2009 2012 mediante concertazione tra tre attori: <ul style="list-style-type: none"> • Amministrazioni Centrali; • Regioni e P.A; • Organizzazioni non governative di settore. 	<p>Identificare le linee portanti nazionali e l'orientamento generale nei vari ambiti di interesse e nel contesto normativo esistente: prevenzione, cura, prevenzione delle patologie correlate, riabilitazione, reinserimento, organizzazione, ricerca e formazione.</p> <p>È necessario valutare bene la matrice di priorità utilizzata dal Piano d'Azione Europeo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinamento • Riduzione domanda • Riduzione offerta • Cooperazione internazionale • Informazione/ricerca/valutazione <p>A. <u>Per il nuovo piano nazionale si identificano 6 Aree di intervento principali</u> (aree di intervento/azione):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prevenzione 2. Diagnosi, cura e prevenzione patologie correlate 3. Reinserimento 4. Monitoraggio del fenomeno 5. La valutazione dei risultati 6. Contrasto <p>(1+2+3) = <i>riduzione domanda</i> (5) = <i>riduzione offerta</i></p> <p>B. <u>Azioni trasversali</u> (azioni comuni da assicurare nelle varie aree)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinamento (concertazione e coerenza delle varie azioni e continuità operativa). • Cooperazione (internazionale, europea, nazionale, regionale). • Sensibilizzazione opinione pubblica (informazione). • Raccolta dati e valutazione degli esiti e dei costi delle singole aree e azioni di competenza. • Ricerca scientifica di area. • Formazione degli operatori. • Organizzazione per programmazione. <p>Su tutti questi aspetti andrà redatto un piano NAZIONALE che contenga e scaturisca da vere strategie di respiro nazionale tendenti all'unitarietà ed ispirato al Piano di Azione Europeo. Al Piano di Azione Nazionale (PAN), di livello strategico, dovranno seguire dei "programmi regionali" personalizzati sui bisogni e le caratteristiche del fenomeno droga delle singole Regioni e P.A., corredati di budget specifico e articolati in progetti ed indicazioni strategiche, per l'orientamento delle attività ordinarie, coerentemente con il PAN.</p>

Area di interesse	Macro obiettivo	Specifiche
2 Rapporto tra Regioni ed Amministrazioni Centrali (DPA)	<ul style="list-style-type: none"> - Rimodulare il rapporto al fine di rendere le azioni ed i programmi di intervento più coordinati ed omogenei su tutto il territorio nazionale. Superare la frammentazione e la troppa differenziazione dei vari modelli di intervento ed organizzativi, ritrovando una vera unitarietà nazionale di azione contro i problemi droga correlati. - Allinearsi ai modelli organizzativi generali degli Stati Europei che non prevedono una frammentazione ed una possibilità 	<p>I programmi regionali dovranno quindi essere definiti e differenziati nelle azioni, sulla base di analisi quantitative dei bisogni che mostrino in modo oggettivo la dimensione del problema, e la variazione rispetto al trend nazionale che lo rende rilevante per il territorio in esame. Le azioni che si andranno a definire devono tener conto che il problema, per essere affrontato efficacemente, deve essere reso coerente con le strategie generali del PAN, e, successivamente, frazionato con logiche territoriali differenziando quindi gli interventi di risposta ma mantenendo omogeneità e coerenza nell'organizzazione dei servizi.</p> <p>Andranno quindi differenziate anche le varie offerte di base, specializzandole in relazione a bisogni e fenomeni emergenti con progetti ad hoc.</p> <p>Vi è la necessità, pertanto, di concertare maggiormente da parte delle Regioni i propri programmi con le strategie nazionali di competenza governativa. Nel contempo, è indispensabile comprendere che non si risolverà il problema invocando l'autonomia regionale sempre e comunque nel decidere su ciò che avviene in materia di droga sul territorio della propria Regione, come se fosse un "paese isolato e autonomo". Non esiste alcun esempio europeo simile a quello italiano dove attualmente non si ritrova "una politica antidroga nazionale" ma varie politiche differenziate, non coordinate e a volte addirittura assenti. La droga non ha confini e, certamente, non rispetta quelli regionali, ancor meno le competenze e i poteri che noi stessi vogliamo a volte ostinatamente darci in maniera autoreferenziale.</p>
		<ul style="list-style-type: none"> - Ridefinire un nuovo modello di competenze centrali e regionali introducendo nuovi strumenti normativi che consentano un miglior coordinamento delle azioni su tutto il territorio italiano. - Coniugare più fortemente gli aspetti sanitari con quelli sociali attraverso un duplice rapporto con Assessori competenti. - Realizzare un duplice rapporto con Assessorati ai servizi sociali e Assessorati alla Salute interfacciandosi con la Commissione salute e la Commissione Politiche Sociali. - Instaurare un rapporto diretto con tutte le Regioni e le P.A. e non mediato da una sola Regione come capofila e coordinatore (evitare le concentrazioni di potere e i giochi di lobby con antagonismi spesso solo su base di antagonismo politico Governo – Regioni). - Di conseguenza, è necessario differenziare il rapporto delle Amministrazioni centrali con le

Area di interesse	Macro obiettivo	Specifiche
	<p>di differenziazione estrema delle politiche e degli interventi a livello regionale come quelli esistenti in Italia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rivalutare gli svantaggi e gli effetti negativi che ad oggi l'impostazione di questo regionalismo estremo nelle politiche sulla droga ha portato. 	<p>Regioni e P.A. in base alle loro peculiari esigenze, generate dalle specifiche problematiche territoriali, dalle differenti risposte organizzate e dai diversi sistemi socio-sanitari esistenti. Si riconosce che, purtroppo, in questi anni il coordinamento tecnico delle Regioni, tramite la Commissione Salute, ha esercitato sulle strategie anti-droga più un ruolo di controllo politico/ideologico, che un vero e proprio coordinamento sugli standard e sugli interventi. Oltre a questo, si lamenta la mancanza di un coordinamento sociale delle Regioni, parte importante ed irrinunciabile nelle strategie di lotta alla droga.</p>
3 Applicazione degli atti di intesa Stato-Regioni	<ul style="list-style-type: none"> - Richiedere ed ottenere l'applicazione dell'atto di intesa Stato-Regioni, attualmente ancora inevaso in molte Regioni e P.A. 	<ul style="list-style-type: none"> - Verificare la corretta acquisizione e reale applicazione da parte delle Regioni e P.A. degli atti di intesa ancora attualmente inevasi. - Attivare processi di contestazione formale e di obbligo al rispetto degli accordi sottoscritti.
4 Fondo nazionale "Lotta alla Droga"	<ul style="list-style-type: none"> - Ripristino e ricentralizzazione del fondo Nazionale Lotta alla Droga 	<ul style="list-style-type: none"> - Fondo nazionale gestito dal DPA mediante selezione con bando pubblico ed affidamento di progetti a valenza nazionale, opportunamente finanziati, gestiti da enti esecutori (centri collaborativi del DPA), su strategie e pianificazioni nazionali concordate per quanto di competenza con le Regioni e P.A. - Inserire in finanziaria.
5 Fondi indistinti Sanitari trasferiti alle Regioni (quota del livello II della spesa sanitaria) per la tossicodipendenza	<ul style="list-style-type: none"> - Finalizzazione con vincolo di destinazione di una percentuale minima (non meno del 1,5%) di questi fondi per interventi nell'ambito della lotta alla droga in ogni singola Regione 	<ul style="list-style-type: none"> - Concertare con le Regioni un'azione normativa in tal senso (Atto di Intesa), assicurandosi che tale vincolo di destinazione venga poi rispettato anche a livello delle Aziende Sanitarie territoriali. - Predisporre meccanismi di controllo e sanzione per chi non rispetta tale vincolo.
6 Riforma dei servizi pubblici e privati	<ul style="list-style-type: none"> - Ripensare e riprogettare la rete dei servizi introducendo modifiche strutturali e funzionali che li rendano più appropriati all'attuale realtà. 	<ul style="list-style-type: none"> - Maggior orientamento al contatto con i servizi o identificazione precoce dei comportamenti a rischio di assunzione di sostanze. - Maggior sostegno alle famiglie soprattutto nelle fasi precoci di scoperta del problema. - Introdurre modelli di diagnosi precoce e di "parent notification", cioè di comunicazione di allerta tra genitori consapevoli e responsabili che scoprono che i propri figli frequentano il gruppo di ragazzi (figli di altri genitori) che usano droghe o abusano di alcol. - Alta Integrazione, con passaggio dai principi ai modelli organizzativi, "pari dignità e pari responsabilità".

Area di interesse	Macro obiettivo	Specifiche
		<ul style="list-style-type: none"> - Sviluppare LEA – LIVEAS specifici ed aggiornati sulla tossicodipendenza: diritto esigibile da non delegare ai soli tavoli regionali - Ricercare l'integrazione della funzione di servizio e non della sola "rete di appartenenza".
7 Dipartimenti delle Dipendenze	- Attivare i Dipartimenti delle Dipendenze in tutte le Regioni e le Province Autonome	<ul style="list-style-type: none"> - Si riconosce la necessità e la validità dell'organizzazione dipartimentale nell'area delle dipendenze, al fine di garantire una risposta territoriale organizzata e coordinata al problema delle dipendenze su tutti i territori nazionali. - Si ritiene indispensabile l'attivazione dei dipartimenti in forma strutturale e dotati di autonomia tecnico-funzionale e di budget. - Non si ritiene una scelta efficace e corretta che i Ser.T. e/o i dipartimenti delle dipendenze, per le specificità della materia, vengano inglobati nei Dipartimenti di Salute Mentale. Questa operazione viene ritenuta strategicamente e tecnicamente inappropriata, pertanto è necessario provvedere ad una distinzione dei settori e, contemporaneamente, ad accordi di collaborazione per la gestione della comorbilità psichiatrica. - I dipartimenti delle dipendenze devono essere i veri strumenti dell'integrazione pubblicoprivato sociale, dove si realizza la pari dignità attraverso una programmazione comune e condivisa degli interventi sul territorio, ma soprattutto degli standard e dei criteri operativi. Strumento programmatico e decisionale dell'integrazione è il Comitato di Dipartimento del quale devono far parte anche i rappresentanti del privato sociale. - Si ritiene fondamentale sostenere concretamente la formazione permanente degli operatori, assicurando loro la possibilità di partecipazione ad incontri accreditati. - È indispensabile operare in modo che si possano realizzare anche percorsi specialistici post-universitari nella "disciplina delle dipendenze", interessando le strutture competenti ministeriali per la creazione delle specifiche condizioni legislative. - L'attuale carenza di personale dovrà essere colmata ripristinando per lo meno gli standard previsti dai sistemi di accreditamento. È necessario che le Regioni e P.A. e le Aziende Sanitarie siano consapevoli che la carenza di organico comporta la compromissione delle buone prassi cliniche che non possono essere regolarmente adottate e perseguite in mancanza di un livello minimo di personale.

Area di interesse	Macro obiettivo	Specifiche
		<ul style="list-style-type: none"> - In considerazione dell'evoluzione del fenomeno e dei nuovi trend di consumo precoce, si ritiene indispensabile sviluppare ed attivare nuove unità operative dipartimentali, specializzate negli interventi di prevenzione indicata/selettiva. Tali unità dovranno essere dislocate in aree diverse dai Ser.T. ed accoglieranno soprattutto le persone minorenni e le loro famiglie. In queste unità operative verranno promosse attività di diagnosi precoce (early detection), anche tramite drug-testing professionale e supporto psico-educativo alle famiglie. - Considerata la forte potenzialità di sviluppare ricerche cliniche e nel campo delle neuroscienze, si ritiene fondamentale per il futuro, promuovere e attivare ricerche nei dipartimenti delle dipendenze finalizzate soprattutto a migliorare le conoscenze sui meccanismi neuropsicologici (anche attraverso il ricorso al neuroimaging) che sostengono il craving, i danni cognitivi delle funzioni superiori e i possibili nuovi trattamenti più efficaci.
	<ul style="list-style-type: none"> - Incrementare e mantenere la capacità di diagnosi precoci e terapie specifiche per le malattie infettive 	<ul style="list-style-type: none"> - Prevedere, al fine di migliorare e garantire l'accesso precoce alle terapie e l'aderenza al trattamento, e strutturare delle unità specifiche, interne ai Dipartimenti, per la gestione delle malattie infettive correlate (HIV, HBV, HCV, TB, altre MTS) relativamente alle procedure diagnostiche (testing con counseling precoce e costante), alla sorveglianza clinica delle persone risultate positive, al monitoraggio sierologico di quelle sieronegative ed alla gestione delle terapie specialistiche attive e operative presso il Ser.T., anche in collaborazione con i reparti di Malattie Infettive.
	<ul style="list-style-type: none"> - Unità per la diagnosi clinico-tossicologica 	<ul style="list-style-type: none"> - Promuovere ed attivare programmi Contacttracing e partner notification secondo le linee guida Europee. - Mantenere e valutare costantemente programmi vaccinali per l'Epatite da HBV presso i Ser.T. - Attivare unità operative specifiche per la diagnosi clinico-tossicologica finalizzate a sostenere gli accertamenti di II livello da eseguire per i lavoratori con mansioni a rischio e quelli per i conducenti di auto, finalizzate alla verifica tossicologica di guida sotto l'effetto di sostanze stupefacenti (art. 187 del C.d.S.).
8 Prevenzione patologie correlate (Riduzione del danno - RD)	<ul style="list-style-type: none"> - Definire nuove linee nazionali di indirizzo operative per l'attivazione, mantenimento e/o riorientamento delle attività di prevenzione delle patologie 	<ul style="list-style-type: none"> - Definire i principi e gli assunti di base per le attività di prevenzione secondaria adattati alla realtà italiana. - Definire un elenco sintetico delle misure/azioni concrete che sarebbe necessario perseguire al

Area di interesse	Macro obiettivo	Specifiche
	<p>correlate - PPC (prevenzione secondaria, definita anche riduzione del danno) sul territorio nazionale.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Collegare fortemente queste attività con le attività ed i programmi di cura e riabilitazione delle persone tossicodipendenti. 	<p>fine di ottenere un'efficace e permanente prevenzione secondaria delle principali patologie correlate (infezione da HIV, Epatiti, TBC, malattie sessualmente trasmesse ecc.) all'uso di sostanze stupefacenti.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Operare una valutazione e specificazione delle compatibilità e/o incompatibilità e/o sinergie e/o complementarietà delle azioni di PPC, valutando anche tali aspetti con le misure/azioni di prevenzione primaria e trattamenti farmacologici e riabilitativi. - Definire gli ambiti di applicazione, identificando limiti, opportunità e possibilità. - Creare uno statement sintetico che sia finalizzato alla divulgazione ed adozione permanente di tali misure iniziando uno studio per la proposizione di specifici LEA, chiaramente da concertare con le Regioni e P.A. - Studiare una proposta tecnica per le Regioni per poter strutturare permanentemente le unità operative di PPC (comprese quelle mobili di strada) all'interno del Dipartimento delle Dipendenze, uscendo quindi dalla logica "a progetto" ed entrando nella logica "strutturale" e permanente. - Definire l'impatto e la concreta applicazione di quanto sopra riportato relativamente alle implicazioni sulle terapie farmacologiche sostitutive, con particolare riferimento alle problematiche connesse con l'aumento dell'utilizzo di terapie di mantenimento e dell'affidamento domiciliare dei farmaci. - Analisi di fattibilità e sostenibilità finanziaria delle varie soluzioni proponibili.
<p>9 Crediti delle comunità /debiti delle Regioni e P.A. (circa 26 milioni di euro non pagati delle attività svolte in questi anni – stima minima)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Attivare un progetto per la creazione di una Associazione/Consorzio di impresa temporaneo (in cui associare tutte le comunità con crediti) al fine di poter accedere a finanziamenti erogati dal DPA in una quota proporzionale alla quota di crediti con le Regioni e P.A. 	<ul style="list-style-type: none"> - È necessario che le comunità autonomamente e opportunamente supportate attivino un consorzio temporaneo di impresa a cui aderiranno tutte le comunità interessate ad accedere ai finanziamenti del DPA. - Il DPA metterà a disposizione una quota totale pari alla quantità di denaro necessaria a coprire gli interessi passivi di un anno dell'ammontare del volume creditizio. - L'adesione al progetto e l'accesso ai finanziamenti è vincolato a 2 condizioni: <ul style="list-style-type: none"> • Attivazione di richiesta formale da parte della comunità del pagamento degli interessi delle quote di crediti da parte delle aziende sanitarie debentrici. • Adesione alle procedure consorziate di recupero crediti nei confronti delle Regioni debentrici. - Il consorzio pertanto provvederà per tutti gli aderenti, con un'azione unitaria, al recupero dei crediti.

Area di interesse	Macro obiettivo	Specifiche
10 Difformità delle rette delle comunità terapeutiche	<ul style="list-style-type: none"> Rendere omogenee le tariffe delle rette delle comunità terapeutiche a livello nazionale (ad ISO prestazioni) 	<ul style="list-style-type: none"> Verificare e quantificare la reale difformità di tariffazione con rilevamento contemporaneo delle prestazioni erogate (valutazione della qualità, quantità e ambiente di erogazione). Identificazione di tariffe unitarie e valutazione del possibile impatto finanziario sui sistemi regionali (grado di sostenibilità reale). Elaborazione di un profilo sostenibile e proposta, accettabile dalle ONG, alle Regioni e P.A.
11 Accertamento credito d'imposta tramite "Equitalia"	<ul style="list-style-type: none"> Risolvere il problema del debito di imposta per le comunità che hanno crediti con le Regioni 	<ul style="list-style-type: none"> Attivazione Tavolo di Lavoro per studiare come risolvere il possibile blocco Equitalia dell'erogazione dei finanziamenti pubblici alle comunità in debito d'imposta.
12 Attivazione nuovi progetti di vero reinserimento (nuovo orientamento) lavorativo e sociale	<ul style="list-style-type: none"> Promuovere mediante un progetto nazionale un forte riorientamento alla riabilitazione e al reinserimento sociale e lavorativo. 	<ul style="list-style-type: none"> Implementare il principio secondo cui gli interventi di reinserimento accompagnino tutto il trattamento fin dall'inizio. – Strutturazione di metodi di cura e trattamento orientati concretamente al reinserimento della persona e non alla "cristallizzazione" sociale nel ruolo di tossicodipendente cronico. – Non considerare il concetto di "trattamento in terapia" unicamente come indicatore di outcome finale, cioè come il solo parametro di valutazione del successo di una terapia (farmacologia o residenziale), ma considerarlo anche come la condizione di base necessaria per realizzare gli interventi, finalizzando però gli sforzi futuri all'affrancamento da sostanze e al reinserimento (anche se nel lungo termine). Promuovere e sostenere modelli "imprenditoriali" che incentivino l'inserimento lavorativo della persona tossicodipendente mediante attività strutturate, produttive ed in grado di automantenersi.
13 Rilancio di un nuovo e vero piano di prevenzione nazionale	<ul style="list-style-type: none"> Definire linee di indirizzo innovative e di impatto concreto nel prevenire l'uso di sostanze ed individuare e risolvere precocemente le situazioni di rischio 	<ul style="list-style-type: none"> Definire linee guida, un "disciplinare di base" sostenibile e concretamente attivabile, per le agenzie e le organizzazioni che hanno compiti di intervento concreto. Prevedere accordi e impegni specifici con le Regioni e P.A. che attualmente non presentano un piano nazionale coordinato. Realizzare e diffondere Linee di indirizzo per la prevenzione dell'uso della Cocaina nei Minori. Promuovere un più forte orientamento educativo ma soprattutto indirizzato verso gli adulti/educatori al fine di far acquisire abilità per saper affrontare questi problemi e trasmettere life skill protettive ai propri figli. rasmettere chiari messaggi contro la normalizzazione dell'uso di sostanze stupefacenti e alcol.

Area di interesse	Macro obiettivo	Specifiche
		<ul style="list-style-type: none"> - Promuovere interventi fortemente integrati con le strategie antialcool. - Riattivare le reti educative attualmente “scomparse” o molto ridotte: scuola e famiglia e associazionismo. - Puntare a sviluppare fattori di protezione e riconoscere precocemente fattori di rischio. - Programmare e attivare una conferenza specifica sulla prevenzione a frequenza biennale.
14 Tossicodipendenti e svolgimento di lavori con mansioni a rischio	<ul style="list-style-type: none"> - Standardizzare sul territorio nazionale le procedure di valutazione di secondo livello nei Ser.T. 	<ul style="list-style-type: none"> - Chiarire l'impossibilità, purtroppo, di svolgere mansioni a rischio per pazienti con terapie al metadone e, contemporaneamente, studiare percorsi alternativi e di protezione per il mantenimento/trasferimento della persona tossicodipendente in terapia in attività lavorativa con mansioni non a rischio. - Realizzare linee di indirizzo e/o circolari esplicative tecniche per le Regioni e P.A., in particolare per i dipartimenti delle dipendenze. - Definire schede standard per la trasmissione dati tossicologici e clinici ai medici competenti. È necessario documentare e trasmettere ai medici competenti tutti i dati anamnestici, comprese le precedenti ed attuali terapie specifiche per la tossicodipendenza, documentare inoltre l'uso occasionale o periodico, oltre l'eventuale stato di dipendenza. - È il medico competente il solo responsabile della certificazione di idoneità alla mansione, sulla base dei dati anamnestici, clinici e tossicologici forniti dalle strutture di II livello e dai laboratori accreditati.
15 Prevenzione incidenti stradali droga/alcol correlati (area prioritaria)	<ul style="list-style-type: none"> - Attivare in forma permanente il protocollo DOS (accertamenti clinico-tossicologici “on site” o presso i Ser.T.) già sperimentato e testato nella sua efficacia e fattibilità, in grandi realtà italiane. - Definire linee di indirizzo integrate tra i vari settori coinvolti. 	<ul style="list-style-type: none"> - Relativamente alla prevenzione degli incidenti stradali droga e alcol correlati, attivare quattro linee di azione: <ul style="list-style-type: none"> • Interventi di informazione/educazione dirette ai giovani per la prevenzione della guida di autoveicoli sotto l'effetto di alcool e/o di droghe. • Attivare maggiori controlli su strada con metodi ed accertamenti clinico tossicologici on site in grado di sostenere eventuali ricorsi. • Miglioramento ed integrazione dell'attuale normativa in tema di prevenzione e attività sanzionatoria. • Sviluppo di studi e ricerche per ulteriori presidi tecnologici di prevenzione (engineering)

Area di interesse	Macro obiettivo	Specifiche
		<ul style="list-style-type: none"> - Diffondere il Progetto Drugs on Street completo di manuale di attivazione (come paradigma nazionale) a tutte le Prefetture, i Comuni e le Regioni d'Italia. - Promuovere e sviluppare ricerche nell'ambito degli strumenti di rilevamento tossicologico "on site" di primo livello.
16 Flussi dati, sistema informativo e monitoraggio permanente	<ul style="list-style-type: none"> - Creazione di un Data Base Integrato (DBI) centralizzato presso il DPA. - Realizzare ed attivare un osservatorio nazionale permanente sulle Dipendenze presso il DPA (art. 1, DPR 309/90). - Attivare il flusso SIND dalle Regioni e P.A. e i flussi dalle Amministrazioni Centrali verso tale Osservatorio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vi è la necessità di portare a termine il lavoro impostato con il progetto SESIT e con il Gruppo SIND del Ministero della Salute, al fine di attivare i flussi dati secondo gli standard Europei. - Tutti i vari flussi dati dovranno trovare unitarietà, mantenendo contemporaneamente il data base originale di arrivo presso le singole Amministrazioni in un unico DB integrato, in modo tale da permettere una lettura migliore del fenomeno. Si auspica la centralizzazione del flusso dati presso un osservatorio nazionale istituito e mantenuto nel DPA, con una rete di osservatori autonomi regionali da collegare centralmente e operanti con standard condivisi. - Monitoraggio delle caratteristiche del fenomeno con formati standard per le varie Regioni e P.A.. - Attivare progetti specifici per il monitoraggio dei risultati (volume di attività ed esiti di trattamenti – effectiveness).
17 Consumatori Cronici e studio dei fattori di cronicizzazione	<ul style="list-style-type: none"> - Comprendere i fattori determinanti al fine di ridurre la cronicizzazione dei pazienti 	<ul style="list-style-type: none"> - Necessità di rivalutare i trattamenti a lungo termine e mantenimento con farmaci sostitutivi. - Necessità di integrare sempre i trattamenti farmacologici con interventi di supporto psicologico, educativo e di reinserimento sociale e lavorativo. Si riconosce che la mancanza di questa integrazione è il fattore principale di cronicizzazione. - Si sottolinea come l'appiattimento verso le terapie farmacologiche non integrate sia da mettere in relazione anche alla carenza di risorse umane, di formazione e, in ultima analisi, di investimenti sul sistema dei servizi. - Si ritiene che sia necessario avviare studi sui fattori di cronicizzazione anche al fine di valutare la necessità, l'opportunità e la fattibilità di una riforma dei servizi.
18 Donne e Dipendenze: la maggiore vulnerabilità	<ul style="list-style-type: none"> - Attivare interventi e programmi specifici e linee di indirizzo destinate alle donne tossicodipendenti 	<ul style="list-style-type: none"> - Il genere femminile è particolarmente vulnerabile alle conseguenze negative droga correlate (violenze psicologiche e fisiche, abusi sessuali, prostituzione, ecc.).

Area di interesse	Macro obiettivo	Specifiche
		<ul style="list-style-type: none"> - Vi è la necessità di sviluppare programmi specifici di prevenzione primaria e secondaria, anche mediante l'attivazione di progetti. - Madre-Bambino: <ul style="list-style-type: none"> • Individuazione precoce della gravidanza e misure per ridurre l'uso di sostanze ed evitare crisi di astinenza del neonato • Attività di informazione e preparazione al parto e all'accudire il bambino e realizzazione di strutture di assistenza alla mamma e al bambino per diminuire il rischio di inadeguatezza alla funzione genitoriale. - Procreazione assistita sicura: <ul style="list-style-type: none"> • Fornire alle coppie in cui la donna è HIV- e l'uomo HIV+ informazioni sulle tecniche di procreazione assistita sicura per il concepimento di bambini sani • Favorire l'accesso al PAS • Fornire sostegno psicosociale - Training per competenze al femminile al Servizio Dipendenze <ul style="list-style-type: none"> • Favorire l'accesso nei Servizi per le Dipendenze di personale femminile che possa fornire alle donne tossicodipendenti: <ol style="list-style-type: none"> a. Percorsi per l'educazione sessuale e l'affettività; b. Informazioni sulle contraccezione c. Somministrazione facilitata di contraccettivi d. Accesso ai servizi specialistici - Linea Rosa nei centri di informazione e consulenza nelle scuole: <ul style="list-style-type: none"> • Al fine di evitare l'abuso di sostanze e il rischio di sfruttamento sessuale nelle ragazze minorenni: <ol style="list-style-type: none"> a. Attivazione di spazi di informazione, riflessione e confronto b. Fornire consulenza e sostegno specialistico - Donne e Alcool: <ul style="list-style-type: none"> • Attivazione di spazi di informazione e confronto per aumentare la conoscenza sui rischi legati all'abuso di alcool • Fornire consulenza e sostegno specialistico • Attivare percorsi di disintossicazione e riabilitazione - Droga e Disturbi Alimentari nei Servizi per le Dipendenze: <ul style="list-style-type: none"> • Creare percorsi di formazione per gli operatori delle dipendenze per l'individuazione pre-

Area di interesse	Macro obiettivo	Specifiche
		<p>coce dei disturbi alimentari nelle ragazze che hanno cominciato ad assumere droga ai fini del dimagrimento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Creare percorsi di formazione per gli operatori delle dipendenze per attività di sostegno alle ragazze che hanno cominciato a far uso di sostanze a seguito di disturbi alimentari (anoressia e bulimia) • Fornire consulenza, sostegno e accompagnamento ai servizi specialistici <p>– Tossicodipendenza e prostituzione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interventi di educazione sessuale per ridurre il rischio di contagio di malattie sessualmente trasmissibili in donne tossicodipendenti dedite alla prostituzione • Ammissione veloce a terapie per ridurre l'astinenza e quindi la ricattabilità da parte dei clienti • Percorsi di accompagnamento e protezione per favorire l'uscita dalla tossicodipendenza <p>– Maltrattamenti e abusi:</p> <p>Per evitare il rischio di violenze e abusi legati all'uso di droghe e alcool:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Percorsi di sensibilizzazione e formazione per gli operatori delle dipendenze b. Servizio di accoglienza e ascolto per far emergere situazioni di maltrattamento e fornire informazioni sui servizi preposti esistenti c. Servizi di consulenza e sostegno d. Percorsi di accompagnamento per favorire comportamenti protettivi e. Servizi di informazioni, sostegno e accompagnamento per donne che rischiano sotto effetto di sostanze di perpetrare maltrattamenti nei confronti dei familiari
19 Legislazione	<p>– Migliorare gli aspetti procedurali e valorizzare i programmi di recupero</p>	<p>– Si sono evidenziate alcune distonie e sono stati quindi discussi e indicati alcuni opportuni aggiustamenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • È stata segnalata auspicabile la possibilità di introdurre nuove e più duttili sanzioni nell'ottica della prevenzione. • È stato indicato del tutto opportuno reintrodurre la possibilità di sospendere il procedimento sanzionatorio nel caso in cui il tossicodipendente trasgressore si sottoponga ad un contestuale programma di recupero (e non lo abbandoni).

Area di interesse	Macro obiettivo	Specifiche
		<ul style="list-style-type: none"> • L'istigazione all'uso di sostanze meriterebbe una soluzione invero radicale, attraverso un chiaro e definito "irrobustimento" delle attuali sanzioni per la propaganda abusiva delle sostanze vietate; l'art. 84 della normativa anti-droga non appare più coerente con il proliferare ad es. del fenomeno degli "smart shop". • È stato lamentato che alcuni tossicodipendenti in cura presso strutture di recupero vengono ancora prelevati, su disposizione di magistrati, dalle Forze dell'Ordine e condotti in carcere per scontarvi un residuo periodo di pena detentiva, anche per condanne inferiori ai sei anni. • In materia di legge penitenziaria è stato suggerito di valutare l'opportunità di prevedere una modifica dell'art. 54 quater della legge 354/75 al fine di poter concedere la misura alternativa alla pena (affidamento in prova, semi libertà), così come le altre misure premiali (ad es. permessi premio) alle persone detenute che abbiano commesso il reato (ex art. 385 C.P.) di evasione dagli arresti domiciliari, trattandosi invero di fatto ben diverso (ma sanzionato ugualmente) dalla classica evasione dal carcere, ma sanzionato nella stessa materia. • Si auspica la modifica dell'art. 14 del DPR 230/2000, che disciplina le modalità di ricezione, acquisto e consumo di generi alimentari all'interno degli Istituti Penitenziari, prevedendo il divieto il consumo e la somministrazione (anche a titolo oneroso) di qualsivoglia bevanda alcolica. • L'opportunità di prevedere solo come ipotesi illecita amministrativa quella relativa a fatti di danneggiamento di bene pubblico quando lo stesso abbia un valore inferiore ai 200 euro, purché sia effettivamente risarcito dal detenuto nel termine di 30 giorni dalla contestazione e, comunque, prima della scarcerazione.
20 Sistema Nazionale di Allerta Precoce	<ul style="list-style-type: none"> - Attivare e mantenere il sistema nazionale di allerta precoce, centralizzato e collegato con quello europeo 	<ul style="list-style-type: none"> - Il sistema deve possedere un'architettura e struttura WEB di livello nazionale, centralizzata e secondo standard OEDT. - Deve essere in grado di assicurare tempestività e osservazione di livello nazionale con collegamenti Europei (OEDT, Europol, EMEA). - Evitare l'attivazione di sistemi locali e la possibile frammentazione, per inefficacia dimostrata nel creare allerte tempestive ed efficaci su vaste aree territoriali, oltre a risultare economicamente svantaggiosi per assenza di economie di scala.

Area di interesse	Macro obiettivo	Specifiche
		<ul style="list-style-type: none"> - Porre attenzione a non creare multi standard per attivazione di sistemi regionali non coordinati. - Attivare collegamenti con sistemi regionali regolamentati, soprattutto per la finalità riguardante le segnalazioni provenienti dalle "unità di contatto" e l'attivazione, in caso di allerta, delle "unità di risposta" (Pronto Soccorso, 118, Ser.T., unità mobili, etc etc). - Promuovere l'attivazione delle reti territoriali di primo contatto ed osservazione, e la messa in comune delle informazioni. - Attivare sistemi per il monitoraggio del fenomeno droga in Internet. - Attivare sistemi per il rilevamento e la messa in rete tempestiva di metodi di occultamento.
21 Valutazione dei risultati	<ul style="list-style-type: none"> - Attivare sistemi permanenti della valutazione degli esiti dei trattamenti (efficacia in pratica - effectiveness) e considerare l'esistenza e l'utilizzo di tali sistemi criterio necessario per la finanziabilità dei sistemi e dei progetti 	<ul style="list-style-type: none"> - Attivare progetti specifici per sviluppare sistemi permanenti di valutazione degli esiti su base nazionale, sia per quanto riguarda i risultati ottenibili durante il trattamento, sia per monitorare nel lungo termine dopo la fine del trattamento. - Promuovere interventi, utili alla pratica clinica, che mirino a definire e costruire modelli coordinati e standardizzati e sistemi di valutazione permanente degli esiti dei trattamenti (efficacia in pratica) presso i dipartimenti delle dipendenze e i Ser.T. - Nella strutturazione dei modelli, e dei relativi sistemi, vi è la necessità di mettere in relazione dati di efficacia in pratica e di costo in modo tale da poter comprendere anche gli aspetti relativi all'efficienza produttiva e alla performance/economicità degli interventi.
22 Nuovo ruolo del DPA	<ul style="list-style-type: none"> - Definire nuovi compiti, funzioni e ambiti di un possibile coordinamento nazionale così come richiesto in V conferenza Nazionale 	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinamento nazionale delle Politiche Antidroga sulla base di: <ul style="list-style-type: none"> • Necessità di ritrovare unitarietà sulle linee strategiche generali nazionali. • Le principali funzioni di cui viene richiesta la centralizzazione sono: la funzione epidemiologica di lettura del fenomeno attraverso un regolare flusso dati dalle Regioni e P.A. e dai Servizi; la gestione di un Fondo Nazionale Lotta alla Droga; il coordinamento di progetti nazionali per problematiche transregionali; la definizione di linee di indirizzo nazionali tecniche nei temi della prevenzione, trattamento e prevenzione delle patologie correlate, reinserimento, valutazione e monitoraggio del fenomeno; la definizione dei livelli essenziali di assistenza sia in ambito sanitario che sociale; il Piano di Azione Nazionale concertato. • Quanto sopra riportato è supportato anche dalle funzioni previste dall'art. 1 del DPR 309/90.

Conclusioni

La sintesi qui riportata si completa necessariamente con le altre risultanti dalle sessioni di lavoro, a cui si rimanda per una più approfondita analisi, e che fanno parte integrante delle conclusioni della V Conferenza Nazionale sulle droghe. Alla Conferenza di Trieste hanno partecipato operatori di tutti i settori dimostrando impegno e serietà, a cui va tutto il nostro riconoscimento per il buon lavoro svolto.

I lavori di consultazione e concertazione con gli operatori continueranno durante tutto l'anno secondo un calendario e su temi specifici, concertati durante le preconsultazioni. Qui di seguito si riporta lo schema degli incontri programmati.

Data	Mattina	Pomeriggio
5 maggio 2009	I servizi pubblici: vecchi problemi, nuovi scenari e l'integrazione possibile	La cura delle dipendenze da sostanze in Italia
4 giugno 2009	Carcere e droghe: aspetti organizzativi	Uso del drug test professionale nei programmi di prevenzione precoce: risorsa o rischio?
15 settembre 2009	La prevenzione delle patologie correlate alla tossicodipendenza e delle situazioni devianti: quali evidenze di utilità ed efficacia?	
13 ottobre 2009	Trattamenti: le evidenze scientifiche a confronto	Le nuove dipendenze: gambling, digital addiction, shopping compulsivo, sesso compulsivo, ecc
3 novembre 2009	Il quadro internazionale: le politiche europee e le opportunità per il sistema Italia	Drug test nei lavoratori con mansioni a rischio
10 dicembre 2009	Le programmazioni regionali	

Anche le successive conclusioni saranno oggetto di trasmissione al Parlamento, così come esplicitamente previsto dall'art. 1, comma 15 del DPR 309/90.

II

**Relazioni della giornata conclusiva:
Sintesi delle sessioni a cura dei moderatori**

Report della sessione del 13 marzo 2009 - Sala Vulcania 2, ore 10.30

“Aspetti etici ed antropologici nelle dipendenze”

Relatori : Antonio Fernando D’Angelo, Maurizio Fea, Maurizio Mirandola, Stefano Canali, Enrico Palmerini.

Moderatore: Federico Samaden

Il tema trattato è indubbiamente molto vasto, ed è quindi difficile immaginare una modalità esaustiva. Abbiamo quindi cercato di cogliere le singole relazioni proprio come spunti di riflessione e comunque come dimostrazione della ampiezza del dibattito.

Si è parlato del rapporto che l’uomo ha con il dolore e con il piacere, e come all’interno di questi opposti si sviluppino le dinamiche che riguardano la salute degli individui.

La figura del medico deve essere rimessa al centro di un’azione comune di “prendersi cura”, e rispetto alla quale le strategie di riduzione del danno sono quelle che possono ridare dignità appunto al rapporto medico paziente.

È stato affrontato dal punto di vista filosofico e anche da quello neuroscientifico il tema della volontà, e la compromissione che le sostanze determinano ai processi decisionali degli assuntori.

L’uomo tende alla ricerca della felicità, ed è questo il fatto che spinge poi le scelte degli individui. Ma anche questo è vero in parte, perché dipende dal grado di compromissione delle funzioni cerebrali. Se non c’è compromissione allora la volontà è l’unico arbitro e custode della libertà, in altro caso invece è indubbiamente difficile pensare a un processo di decisioni responsabilmente prese.

Il quesito che è rimasto come riflessione è: ma se le sostanze incidono sulla reale capacità decisionale degli individui, allora è lecito sostituirsi tutto o in parte a questa carenza di capacità? Questa domanda credo appartenga senza soluzione certa a tutti quelli che si pongono in maniera seria e non superficiale davanti al problema di come aiutare una persona che sta buttando via la propria vita attraverso l’uso di droghe.

Si è poi affrontato il problema dalla parte educativa.

Il recupero del senso, attraverso percorsi di vita comunitaria che sappiano reinfondere motivazione e valori ai ragazzi, prendendosi cura di loro a 360 gradi, mettendo al centro la persona e la sua famiglia.

In questo caso la valutazione della qualità dell’intervento non passa tanto per la certificazione dei processi, ma piuttosto per la capacità di dare attenzione alla persona nella sua interezza. E di conseguenza il risultato a cui bisogna tendere nel recupero è la totale riabilitazione dell’individuo, attraverso la riacquisizione della sua dignità e il suo reinserimento sociale.

In questa ottica è apparso molto importante coinvolgere la famiglia quale primo luogo educante in un lavoro di crescita della responsabilità, affrontando insieme il tema della costruzione di modelli ed esempi positivi.

**Un tema vasto,
dai molti spunti**

**Ricerca della
felicità, volontà
e volontà
irresponsabile**

**La riabilitazione
globale
dell’individuo**

**Il ruolo della
famiglia**

Ogni adulto si deve quindi sentire educatore di tutti. E deve sentire forte la responsabilità dell'esempio positivo o negativo che offre attraverso il proprio vivere. La coerenza tra detto e agito diventa così un pilastro fondante dell'essere adulto.

Si è descritto anche un progetto effettuato in provincia di Mantova e che ha visto pubblico e privato insieme alla ricerca di punti di unione piuttosto che divisioni, costruendo linguaggi e strumenti comuni e mettendo in discussione se stessi sia come operatori che come persone.

Un'altra interessante relazione ha messo a confronto, con l'obiettivo di confrontare senza contrapporre, il modello biomedico a quello morale.

Partendo da due assunti di base opposti, e cioè se le dipendenze siano patologie del SNC che portano alla perdita di controllo oppure siano difetti di condotta, vizi comportamentali, ne sono derivate una serie di conseguenze sulle analisi e sulle strategie possibili.

Si è quindi ipotizzata una modalità di andare oltre questo dualismo, superando le contrapposizioni e immaginando un sistema di forti correlazioni tra sfera neurologica e psicosociale della vita degli individui, in un modello circolare in cui le une influenzano le altre e viceversa.

Si è poi infine dibattuto sul tema del limite e del giudizio.

Il primo inteso come sfida che sta davanti a ciascuno di noi e come passaggio necessario e difficile in ogni percorso di crescita, il secondo come elemento fondante per la capacità di scelta di ciascuno e i cui criteri di riferimento vanno trasmessi precocemente nella crescita proprio per permettere ai giovani di saper gestire meglio il loro rapporto con il limite.

La vera responsabilità allora sta nel prendersi in carico la persona nella sua totalità e originalità, cercando di agire in uno spirito sinergico tra tutti gli attori del territorio. L'intervento del privato sociale con la propria autonomia e originalità in una logica di rete di servizi che ricada positivamente sulle persone in difficoltà, e che punti decisamente a garantire a tutti pari equità e dignità, e pari diritto al raggiungimento della propria autonomia.

Complessivamente, come detto all'inizio, le relazioni hanno stimolato una riflessione ampia sul tema, consapevoli della impossibilità di ricercare risposte certe.

Credo sia stata veramente una sessione di idee in libertà su un tema che ciascuno di noi ha dentro e rispetto al quale non ci sono certezze. Questa vastità di campo ci può da un lato disorientare, ma anche stimolare a una ricerca sempre più attenta e condivisa.

**Modelli a
confronto**

**“Limite” e
“giudizio”**

**La sinergia
degli interventi**

SOTTOLINEATURE

-
- | | |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Andare oltre questo dualismo superando le contrapposizioni e immaginando un sistema di forti correlazioni tra sfera neurologica e psicosociale della vita degli individui |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
-
- | | |
|---|-----------------------------------------------------------------|
| 2 | Prendersi in carico la persona nella sua totalità e originalità |
|---|-----------------------------------------------------------------|
-
- | | |
|---|--------------------------------------------------------------------|
| 3 | Agire in uno spirito sinergico tra tutti gli attori del territorio |
|---|--------------------------------------------------------------------|
-
- | | |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4 | Garantire a tutti pari equità e dignità, e pari diritto al raggiungimento della propria autonomia |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
-
- | | |
|---|---------------------------------------------------------|
| 5 | Stimolare a una ricerca sempre più attenta e condivisa. |
|---|---------------------------------------------------------|
-

Report della sessione del 13 marzo 2009 - Sala Saturnia, ore 12.30

“Nuovi scenari e riorganizzazioni necessarie”

Relatori: Mariano Loiacono, Franco Taverna, Mario Dondi, Giovanni Greco, Claudio Cippitelli, Emanuela Andreoni

Moderatore: Riccardo C. Gatti

Si è trattato, come ci si poteva aspettare, di una sessione complessa.

Ciò che, invece, non era scontato è che abbia rappresentato più domande che risposte. Si tratta di domande che, in modo diverso, hanno attraversato tutte le relazioni. Sorprendentemente (visto che i relatori non lo avevano concordato anticipatamente e che non conoscevano le diverse relazioni) sembravano collegate da un “filo comune” che ha incontrato l’accordo del pubblico. Più che presentare, quindi, il riassunto delle singole relazioni, cosa impossibile in una sintesi conclusiva che deve svolgersi in un tempo molto limitato, mi sembra utile rappresentare proprio quel “filo comune” che le ha legate, assieme agli interrogativi che sottende.

Molti interrogativi collegati

Partirei da alcune domande nate come premessa ad una relazione e riguardanti ciò che poteva essere il “nuovo scenario” rappresentato dalla Conferenza Nazionale e dalle aspettative conseguenti. La domanda e l’aspettativa sottesa era: “Governo e Regioni si parleranno?” avranno cioè, reciprocamente, un rapporto costruttivo? La risposta è stata negativa: “non si è fatto un passo in avanti ma un passo indietro”.

Il rapporto Governo e Regioni

Per quanto riguarda l’analisi dei fenomeni, invece, tutti i relatori hanno precisamente sottolineato come ormai ci si muova in un contesto completamente cambiato rispetto al passato non solo per quanto riguarda le droghe illecite ma anche per quanto riguarda l’abuso di sostanze lecite, come ad esempio l’alcool.

Il nuovo scenario

Sebbene su modelli istituzionali e sperimentali diversi è risultato chiaro che se nel nostro Paese esiste un sistema di cura manca, invece, un sistema di prevenzione, dove la frammentazione è totale. È cioè come se si tentasse di giocare una partita in difesa mentre, per essere vincenti, bisognerebbe non solo avere una buona difesa ma, anche e assolutamente, un buon attacco.

Dal punto di vista della difesa la tenuta generale è ancora accettabile anche se ci si muove su proposte non univoche (ma questa potrebbe essere una ricchezza).

Si passa, cioè, dalla sperimentazione di servizi generalisti per la “fragilità”, dove gli stessi terapeuti attraversano in gruppo, con pazienti eterogenei e le loro famiglie, la frammentazione della patologia e del mondo che la contiene, (quasi come se gli stessi terapeuti fossero in trattamento), alla proposta di modelli di rete composti da segmenti ad alta specializzazione con la chiara idea che un lavoro da costruire è la coniugazione operativa tra “Servizi tradizionali” inevitabilmente poco flessibili e “Servizi di prossimità”, naturalmente ed originariamente molto flessibili, cercando, contemporaneamente, modelli di programmazione in grado di valorizzare soprattutto i percorsi nei diversi segmenti.

Diversi modelli di proposte

Il tutto perché il mondo su cui si interviene è cambiato e pone domande e necessità variegata e nuove. Basti pensare, ad esempio, all'uso di droga che si colloca trasversalmente alla società creando nuovi problemi che non sono semplicemente connessi a situazione di devianza o di emarginazione. L'emergenza educativa, citata in questi giorni, cioè, non riguarda il mondo dei "ragazzi" ma quello degli adulti.

Chi, ad esempio, si sta occupando dal punto di vista preventivo ed educativo della questione "droga e mondo del lavoro?". Perché gli adulti sono lasciati completamente soli da questo punto di vista? Perché il tema delle donne è così poco affrontato? Basta a risolvere il tutto l'affermazione che i pazienti dei SERT sono soprattutto uomini? Uomini e donne, quindi, e non solo ragazzi.

Vita quotidiana che si interseca con luoghi atipici di consumo perché sono i luoghi in cui tutti viviamo, che frequentiamo ogni giorno: i luoghi di lavoro, le nostre case. Il tutto con tanti mondi paralleli che si intersecano compreso quello dell'alcol di cui ci sembra di conoscere tutto ma che in realtà rimane inesplorato alle coscienze ed alla conoscenza visto che la maggior parte delle persone, tanto per esporre solo un esempio, "nemmeno sa come si arrivi a superare i limiti di legge" per mettersi alla guida.

Mondi paralleli che sono quelli dei ragazzi, ma anche quelli degli adulti, degli uomini e delle donne ma anche quelli degli stranieri e dei migranti che appartengono a tutte le categorie e vivono in modo diverso, per esperienza, culture ed etnie, le questioni connesse all'uso di droghe e di alcol. Mondi paralleli di differenti generazioni in cui i più vecchi, parlando di droghe, parlano, sempre e comunque, di tossicodipendenza mentre gli altri ... di consumo. Mondi paralleli di chi usa droghe e di chi non le userà mai, se non sono legali. Mondi paralleli che rischiano di diventare "inconoscibili" proprio per la superficialità con cui li si ritiene conosciuti e compresi, quando non è così. E, intanto, "si allarga la zona grigia tra dipendenza e non dipendenza". E, mentre il mondo adulto manifesta la sua estrema fragilità al manifestarsi di forme di dipendenza, le reti educative extrascuola sembrano scomparire.

Mentre i rischi in ambito scolastico, lavorativo e ricreativo aumentano (per i consumatori di droghe e per chi interagisce con loro, "ragazzi" o "adulti che siano") mentre aumentano i "pazienti" sempre più giovani ma anche quelli "sempre più anziani" ... gli interventi appaiono difficilmente coordinati e mirati a target sempre più differenziati. Il sistema di intervento è strozzato e sofferente tanto non solo nei SERT ma anche a livello di piccole Comunità si sente la necessità di strutturare programmi differenziati in alternativa ai soliti programmi standard: lavori per piccoli gruppi resi impossibili dalla necessità di far quadrare il bilancio.

Insomma si avverte forte la necessità di riorganizzare e ristrutturare e di uscire da stereotipate logiche in cui "centro destra significa rafforzamento delle Comunità e "centro sinistra" rafforzamento della riduzione del danno" ma si avverte altrettanto forte l'esigenza (oltre che di risorse) di luoghi e di interlocutori che mancano o che sembrano molto lontani e che, con particolare riferimento, allo Stato ed alle Regioni, paiono anche distanti fra loro e bloccati nell'interazione, nella comunicazione, nella capacità di operare scelte complesse e di mettere a disposizione luoghi di pensiero e di programmazione partecipata.

La necessità della prevenzione

"Tossicodipendenza" e "consumo"

La necessità del coordinamento

La necessità di nuove logiche

Ci si rifugia così, ingessati dagli accreditamenti, dalle norme e dagli alti pronunciamenti etici di parte, nel microcosmo degli ambiti locali. Legati con una fune doppia alla idea estemporanea ed alla buona o cattiva volontà del singolo sindaco o del singolo assessore; si auspica l'interazione di distretto, di quartiere, si costruiscono social-network della sofferenza di chi cerca cura ma anche di chi la offre, ma si sente la mancanza di una strategia condivisa e di una programmazione partecipata più ampia e più alta che è fatta di risorse ma anche di obiettivi comuni per permettere di volare alto.

Come concludere? La sezione da me coordinata, come premesso, ha portato più domande che risposte ma ha anche convenuto che l'attraversamento di questa Conferenza ha dato una sensazione strana. Oltre le singole relazioni ed i singoli momenti, anche di grande interesse, è quasi come se, la scena generale fosse più legata al passato che proiettata nel futuro.

Per noi tutti, per le Organizzazioni di settore e soprattutto per chi ha la funzione di sintesi politica, di programmazione e di governo (nazionale o locale che sia) questo è un grave problema ed una grande responsabilità. In estrema sintesi ecco il tema su cui ci si interroga e che rimando all'assemblea: "In un mondo così veloce restare fermi è come andare indietro. È questo il nuovo scenario che stiamo costruendo? Si stanno predisponendo le condizioni per un reale progresso anche attraverso adeguate politiche di settore?" Personalmente sono convinto che queste domande debbano trovare risposte al più presto.

**Quale scenario
costruire**

SOTTOLINEATURE

- | | |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Governo e Regioni si parleranno? Avranno cioè, reciprocamente, un rapporto costruttivo? La risposta è stata negativa |
| 2 | Un contesto diverso dal passato non solo per quanto riguarda le droghe, ma anche per l'abuso di sostanze lecite, come ad esempio l'alcol |
| 3 | I luoghi atipici di consumo sono i luoghi in cui tutti viviamo, che frequentiamo ogni giorno: i luoghi di lavoro, le nostre case |
| 4 | Gli interventi appaiono difficilmente coordinati e mirati a target sempre più differenziati |
| 5 | In un mondo così veloce restare fermi è come andare indietro |
| 6 | Le reti educative extrascuola sembrano scomparire |
| 7 | Si allarga la zona grigia tra dipendenza e non dipendenza |

Report della sessione del 13 marzo 2009 - Sala Oceania, ore 10.30

“Strategie ed interventi di prevenzione”

Relatori: Angelo Mari, Lucia D'Ambrosio, Gianna Sacchini, Rossella De Paolis, Manuela Martoni, Mario Sapà, Francesco Guarino.

Moderatore: Cesare Di Carlo

La necessità di individuare strategie efficaci di prevenzione nel nostro Paese deriva dalla amara considerazione che tutti i dati epidemiologici recentemente pubblicati dimostrano che i *trend* attuali relativi all'uso/abuso di sostanze stupefacenti e/o psicotrope hanno un andamento inesorabilmente ascendente.

La Comunità Scientifica, come pure i Governi Nazionali, ritengono che, a tutt'oggi, la Prevenzione sia un pilastro insostituibile nella lotta alle droghe.

In questi ultimi anni si è privilegiata, in Italia, la strategia dell'informazione, vuoi rivolta a singoli gruppi, vuoi rivolta alla collettività. Tale strategia muove dall'assunto che non conoscere o minimizzare gli effetti legati alle droghe possa essere un fattore che induca a farne uso, mentre l'aumento della consapevolezza in ordine alle conseguenze correlate al consumo di sostanze sarebbe in grado di influenzare il comportamento, riducendo la probabilità dell'uso. Le evidenze di cui disponiamo dimostrano, però, esattamente il contrario.

**La Prevenzione,
pilastro della
lotta alle droghe**

La Prevenzione Universale (già Pr. Primaria) si rifà, ancor'oggi, agli editti dell'O.M.S., quali la Carta di Ottawa del 1986, che individuano nella Prevenzione lo strumento per la promozione della salute intesa come benessere psico-fisico e sociale dell'individuo inserito nella sua collettività. Si impone pertanto l'esigenza di intervenire non solo sulla popolazione “target” bensì anche sui contesti ambientali (scuola-famiglia-ambiente di lavoro-contesti di socializzazione di vario tipo).

**La prevenzione
nei diversi
contesti
ambientali**

Infatti, per sviluppare e potenziare i cosiddetti “fattori di protezione” è indispensabile intervenire a più livelli al fine di:

**Scopi dei “fattori
di protezione”**

- Veicolare messaggi positivi che vadano a supportare modelli e stili comportamentali positivi e “vincenti”;
- Distinguere chiaramente i messaggi informativi da quelli educativi; i primi dovranno avere le caratteristiche della correttezza scientifica, della immediatezza e comprensibilità dei contenuti, della adeguatezza dei linguaggi utilizzati, della appropriatezza degli strumenti che li veicolano che dovranno appartenere al back-ground del target interessato (internet etc.). I secondi (messaggi educativi) rimangono di assoluta pertinenza delle uniche due centrali educative “accreditate”: la scuola e la famiglia;
- È necessario affiancare e supportare le centrali educative accreditate attraverso un sistema di “RETI” relazionali e funzionali che, partendo dalle specifiche competenze, riesca a mobilitare le risorse positive degli operatori dei Servizi Pubblici, di quelli del Privato sociale, degli insegnanti, delle famiglie e di tutte quelle realtà significative che costituiscono l'habitat

dell'individuo. Solo in questo modo si potrà superare la condizione di isolamento e di marginalità che caratterizzano oggi le famiglie "in difficoltà" ma anche gli insegnanti "abbandonati alla loro sorte", attraverso strategie sinergiche di empowerment;

- Per quanto riguarda il target giovani (dall'infante al preadolescente all'adolescente), è indispensabile operare con metodologie "di supporto" che sappiano valorizzare le risorse dell'individuo attraverso un processo squisitamente maieutico: *- bisogna creare le condizioni ambientali per permettere al germoglio di diventare una piantina e, quindi, una florida pianta attingendo la linfa vitale dalle sue radici e dalla sua struttura organica; non si può constatare solamente che l'ecosistema non è più in grado di supportare adeguatamente il germoglio e, quindi, decidere di preservarlo con antiparassitari e con anticrittogamici-*

Per potersi muovere correttamente in questa direzione è necessario:

1. Costruire un data-base delle esperienze "di eccellenza" che in alcuni casi sono condotte da decenni nelle specifiche realtà territoriali ma non sono né conosciute né condivise a livello nazionale;
2. Definire delle linee guida che vadano ad individuare un "disciplinare" di base per la progettazione, realizzazione e conduzione degli interventi di Prevenzione; in particolare devono essere individuati gli strumenti essenziali per operare una efficace valutazione di processo e di esito, condizioni necessarie per la validazione di ogni intervento;
3. Costruire percorsi formativi specifici per ricostruire un Know-how aggiornato ed una efficace cultura della Prevenzione;
4. Investire sulla costruzione di un Sistema Portante degli interventi di prevenzione che possa supportare interventi CONTINUATIVI e DURATURI, NON EPISODICI. E questo non solo per dare forza e capacità di penetrazione alle strategie di prevenzione ma, anche e soprattutto, per garantire un attento e corretto monitoraggio delle stesse, per implementare una seria valutazione dei processi e degli esiti e per permettere la ricerca "in progress" di soluzioni sempre più attuali ed efficaci;
5. Vanno potenziate e valorizzate le RETI FUNZIONALI, favorendo al loro interno la genesi di progettualità condivise; solo attribuendo pari dignità ai soggetti protagonisti della rete ed esaltandone le specifiche competenze, si potranno realizzare progetti condivisi, capaci di "penetrare" il target di riferimento;
6. Inoltre, per poter costruire un Sistema continuativo e duraturo è necessario prevedere, nella ridefinizione e/o aggiornamento dei L.E.A., specifiche voci dedicate alla Prevenzione in modo da poter supportare, con risorse adeguate, un sistema che altrimenti rischia di essere "riservato" a poche e fortunate esperienze "pilota".

**Le azioni
necessarie**

Analoghe considerazioni metodologiche possono essere argomentate per gli interventi di prevenzione selettiva.

Questi hanno avuto un maggiore sviluppo negli ultimi anni (rispetto a quelli di prevenzione universale). Essi sono infatti risultati molto più assoggettabili a metodologie ed a strumenti di valutazione (sia di processo che di esito), ampiamente descritti nella letteratura scientifica internazionale.

**La prevenzione
selettiva**

Sono pertanto risultati più misurabili anche sul piano della appropriatezza.

Su questo terreno va oggi operato uno sforzo importante per individuare i target più attuali; vanno scandagliate ed approfondite le nuove fragilità, le nuove marginalità, i nuovi fattori di rischio.

**La necessità
di individuare i
target attuali**

La costruzione di RETI SOCIALI, che si vadano a collocare all'interno di queste criticità e ne sappiano interpretare e tradurre gli elementi costitutivi, rappresenta una condizione fondamentale per la costruzione di risposte efficaci e capaci di rispondere ai nuovi bisogni ed alle nuove marginalità.

Anche per questa tipologia di interventi sarebbe auspicabile la costruzione di una banca dati che vada anche ad evidenziare le esperienze di eccellenza.

Sarebbe inoltre importante favorire la circolazione e condivisione delle esperienze attraverso momenti formativi specifici favoriti e patrocinati dalle Amministrazioni Regionali e delle Aziende Sanitarie Locali.

**Circolazione e
condivisione
dei dati**

In ultima analisi, oggi più che mai, è necessario che le Regioni e le ASL esprimano una posizione chiara rispetto alle politiche ed agli interventi di prevenzione che intendono attuare nel loro territorio e, soprattutto, rispetto a quanto intendono investire in questo campo: *“i germogli del presente e del futuro sono nelle loro mani”*.

SOTTOLINEATURE

1	Prevenzione universale selettiva Sviluppare e potenziare i cosiddetti “fattori di protezione” : - veicolare messaggi positivi che vadano a supportare modelli e stili comportamentali positivi e “vincenti”; - distinguere chiaramente i messaggi informativi da quelli educativi; - affiancare e supportare le centrali educative accreditate attraverso un sistema di “RETI”; - per quanto riguarda il target giovanivalorizzare le risorse dell’individuo attraverso un processo squisitamente maieutico
2	Costruire un data-base delle esperienze “di eccellenza”
3	Definire delle linee guidaper la progettazione, realizzazione e conduzione degli interventi
4	Costruire percorsi formativi specifici
5	Costruzione di un Sistema Portante degli interventi che possa supportare interventi continuativi e duraturi, non episodici
6	Potenziare e valorizzare le reti funzionali, ...favorendo la genesi di progettualità condivise
7	Prevedere nella ridefinizione e/o aggiornamento dei L.E.A., specifiche voci dedicate alla Prevenzione

Report della sessione del 13 marzo 2009 - Sala Vulcania 1, ore 12.30

“Le comorbidità: le patologie correlate alla tossicodipendenza”

Relatori: Luigi Cancrini, Pietro Canuzzi, Matteo Iori, Stefano Lucesoli, Giustino Parruti.

Moderatore: Antonello Taranto

Il tema è stato brillantemente sviluppato da Cancrini, Canuzzi, Iori, Lucesoli, Parruti che, oltre ad essere molto precisi e informati, sono stati anche capaci di rispettare i tempi limitati loro concessi. La chiarezza non ha bisogno di molte parole.

Le aree correlate alle tossicodipendenze

Il dato principale scaturito dalla disamina è che le patologie correlate alle tossicodipendenze appartengono, sostanzialmente, a due grandi branche specialistiche: l'infettivologia e la psichiatria.

Ciò non deve far sottovalutare, ha sottolineato Canuzzi, altri tipi di comorbidità, cardiaca e respiratoria, che frequentemente impegnano i medici di pronto soccorso.

Per quanto riguarda la comorbidità infettivologica, Canuzzi ha illustrato i dati di uno studio sulla trasmissione dell'infezione da HIV. L'interessante conclusione è che sembra che stia aumentando significativamente, fra i tossicodipendenti, la trasmissione per via sessuale. Parruti, invece, ha descritto un sistema di assistenza precoce e di presa in carico dei pazienti tossicodipendenti degenti in reparto di malattie infettive. Attraverso questo sistema ha evidenziato che quando il ricovero è appropriato per gravità della malattia infettiva, il paziente è anche più motivato rispetto al mantenimento di una condizione tox-free. Al contrario, quando la malattia infettiva è poco grave ed è utilizzata per ottenere un ricovero inappropriato, finalizzato ad altro, il paziente tende ad usare sostanze non terapeutiche durante la degenza.

Infettivologia

Sugli aspetti psichiatrici della comorbidità, la c.d. “doppia diagnosi”, hanno illustrato le loro importanti esperienze Cancrini, Iori e Lucesoli. Il quadro emerso dalle brillanti esposizioni è, innanzitutto, che i luoghi di cura dei tossicodipendenti sono posti ove si pratica, possiamo dire, la “psichiatria di asse II del DSM IV”.

Psichiatria

Infatti è estremamente diffusa, fra i tossicodipendenti, la diagnosi di disturbo di personalità. Cancrini ha sottolineato che quando si usano tutto il tempo e gli strumenti necessari per formulare questo tipo di diagnosi si rileva un ampio ventaglio di diagnosi possibili che vanno dal Border Line al Disturbo istrionico, disturbo dipendente e disturbo di evitamento. Ciascuna di queste diagnosi corrisponde ad una storia personale e, quindi, ad un progetto terapeutico individualizzato.

Il disturbo della personalità

A tal proposito Lucesoli ha riferito che la diagnosi categoriale del DSM IV non è sempre esaustiva. Occorrerebbe una diagnosi che, in qualche modo racconti la storia della persona, cioè, secondo lo scrivente, una diagnosi dimensionale e descrittiva di tipo psicologico-clinico. Il concetto è stato affrontato anche da Iori che vede nell'individualizzazione dei progetti terapeutici l'inevitabile via per il miglioramento

della qualità delle prestazioni di cura delle tossicodipendenze. Sostiene l'ori, inoltre e trovando ampia condivisione, che una reale ed efficace individualizzazione dei progetti terapeutici deve necessariamente passare attraverso una grande integrazione operativa fra operatori dei servizi e operatori delle comunità, così come già avviene in alcune illuminate realtà.

Le relazioni sono state tutte stimolanti, tanto che il dibattito è stato ricco, dinamico e ancora produttivo. È stato interrotto solo dall'inesorabile arrivo dell'orario di chiusura della sessione.

Quanto emerso dal dibattito

Indubbiamente la curiosità scientifica più intensa, in questo momento, è legata alla comorbidità psichiatrica. Scrimieri, Iraci, Marras, Grandi e Nardi hanno, infatti, impegnato gli psichiatri con domande sulla compatibilità fra sostanze d'abuso, psicofarmaci e psicoterapia, domande sui processi patogenetici dei disturbi di personalità e sull'importanza di ben curare la personalità più che l'uso di sostanze in sé. In merito alla compatibilità fra sostanze e psicoterapia (in passato l'uso di psicofarmaci era considerato controindicante per la psicoterapia) Cancrini è stato chiarissimo: l'uso trasgressivo di qualsiasi sostanza non va d'accordo con il setting di cura della mente, ma una buona cura del corpo, fatta anche a mezzo di psicofarmaci, è certamente compatibile con la psicoterapia.

PROPOSTE

1. incentivare protocolli operativi di collaborazione fra SerT e UUOO di medicina e di malattie infettive
2. potenziare le capacità diagnostiche e di presa in carico psichiatrica:
 1. aumentando le risorse di personale di profilo psicologico e educativo;
 2. fornendo specifica formazione per i disturbi di asse 2 del DSM IV
3. favorire l'integrazione professionale (per altro già prevista da DPR 309/90) fra SerT ed Enti Ausiliari, attraverso convenzioni che consentano interventi di personale SerT all'interno delle Comunità Terapeutiche e di personale degli Enti Ausiliari all'interno dei SerT

Le proposte

SOTTOLINEATURE

- | | |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Le patologie correlate alle tossicodipendenze appartengono, sostanzialmente, a due grandi branche specialistiche: l'infettivologia e la psichiatria |
| 2 | È estremamente diffusa, fra i tossicodipendenti, la diagnosi di disturbo di personalità |
| 3 | La curiosità scientifica più intensa, in questo momento, è legata alla comorbidità psichiatrica |
| 4 | Favorire l'integrazione professionale fra SerT ed Enti Ausiliari |

Report della sessione del 13 marzo 2009 - Sala Saturnia, ore 17.00

“Trattamenti e percorsi di cura, integrazione dei trattamenti”

Relatori: Rappresentante Narcotici Anonimi, Enrico Mancini, Maria Grazia Giannantonio, Fausto D'Egidio, Simone Feder, Giovanni Addolorato, Edoardo Polidori

Moderatore: Massimo Clerici

Il lavoro emerso dalla Sessione in oggetto ha visto la partecipazione di 7 relatori provenienti da aree molto diverse (Servizi pubblici, realtà del privato - singole e di network - istituzioni di auto-mutuo-aiuto, Società Scientifiche e Università).

L'approccio più generale al lavoro di gruppo è stato caratterizzato dai seguenti elementi:

Le priorità

- (a) Il primo elemento emerso riguarda l'esigenza di un reale confronto sulle singole realtà del trattamento: ben 5 relatori su 7 hanno presentato specifici Servizi o dati e riflessioni derivanti dalla pratica clinica e organizzativa del sistema terapeutico di appartenenza.
- (b) Il secondo elemento proposto richiama la necessità di una costante progressione verso una maggiore professionalizzazione dei Servizi e il mantenimento di una necessaria multi-professionalità.
- (c) Il terzo elemento rilevante riguarda una proiezione netta verso la valutazione e la misurazione di efficacia, elementi considerati imprescindibili per un miglioramento dei percorsi di cura e delle metodologie di trattamento.

I differenti interventi proposti dai relatori si sono caratterizzati per i seguenti elementi:

Confronto tra esperienze diverse

- Giuseppe M. (Narcotici Anonimi) ha descritto il programma e la *mission* dell'istituzione di appartenenza portandone a confronto le peculiarità con omologhe esperienze internazionali.
- Mancini, Giannantonio, D'Egidio e Polidori (area SerT) hanno fornito informazioni su esperienze di:
 - a) integrazione pubblico-privato (definizione di requisiti di base, “fronti di lavoro” basati su concetti quali territorialità degli interventi, passaggio dalle risposte agli strumenti delle risposte e articolazione nonché individualizzazione delle risposte),
 - b) riflessione sulla percezione della qualità delle offerte erogate dai Servizi (accoglienza, diagnosi e valutazione, trattamenti, monitoraggio, follow-up) da parte del gruppo di operatori vs gruppi di professionisti indicati dalla Direzione Generale aziendale e loro ricadute per l'organizzazione e la riorganizzazione dei percorsi di cura.
 - c) appropriatezza delle cure negli ambiti della cronicità, della riabilitazione e dell'efficacia dei trattamenti.
 - d) capacità delle offerte di trattamento di incidere sulla Società in termini di salute collettiva.
- Feder (coordinamento residenzialità lombarde) ha fornito dati su una ricerca-

intervento realizzata in programmi diversi e finalizzata alla derivazione di indicatori predittivi sia nell'area psicodiagnostica che del follow-up degli interventi con l'obiettivo di definire modelli organizzativi congruenti con i risultati della ricerca.

- Addolorato (SIA, Università) ha trattato il tema della terapia farmacologica dei disturbi indotti da alcool, verificandone efficacia e indicazioni cliniche utili 'per i Servizi

In conclusione, dalla Sessione sono derivabili alcuni elementi di criticità ancora **Le criticità** aperti nelle aree indagate.

Questi sono riferibili a:

1. Scarsa attenzione alle reali e fondanti differenze tra i concetti di trattamento, strategie di intervento, metodologie terapeutiche, approccio rivolto alla "presa in carico" e/o alla "presa in cura", nonché – nello specifico – ad uno sviluppo coerente con la letteratura EBM e mirato alla differenziazione dei percorsi di cura.
2. Tendenza alla valutazione del concetto di integrazione dei trattamenti come richiamo quasi esclusivo alla "rete" senza una particolare attenzione alle diverse caratteristiche della funzione integrativa (singolo operatore, servizio, sistema d'intervento, rete...) e alle diverse opzioni che si riferiscono ai modelli organizzativi che attribuiscono tale funzione.
3. Più in generale, limitatezza dello sguardo alle inesauribili potenzialità cliniche che l'integrazione determina ma, nel contempo, anche ai rischi di una esclusiva "sovrapposizione" di programmi, singole metodologie o sistemi di intervento che concorrono alla costruzione di fattive risposte per l'utente.

Infine, non ancora adeguata valutazione del ruolo svolto, nei percorsi di integrazione, dai singoli operatori e dalle équipes versus la più generale modellistica organizzativa, cioè di quanto realmente il gruppo di lavoro del Servizio o della rete dei Servizi possa incidere rispetto a certa rigidità derivante da legislazioni, norme e procedure locali, regionali e nazionali predefinite che, non di rado, possono "ingessare" o rallentare il contributo evolutivo che arriva dalla periferia alla costruzione di un fattivo percorso di integrazione.

SOTTOLINEATURE

1	Esigenza di un reale confronto sulle singole realtà del trattamento
2	Necessità di una costante progressione verso una maggiore professionalizzazione
3	Valutazione e la misurazione di efficacia, elementi considerati imprescindibili

Report della sessione del 13 marzo 2009 - Sala Saturnia, ore 9.00

“Cronicità o cronicizzazione?”

Relatori: Claudio Leonardi, Laura Tidone, Achille Saletti, Donatella Peroni,
Roberta Balestra, Gerardo Guarino

Moderatore: Claudio Leonardi

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1. Nell'affrontare i temi correlati alle sostanze stupefacenti, così come per l'alcol, è necessario distinguere nettamente tra <i>consumi</i> e <i>dipendenza</i> con il fine di evitare teorie confondenti e resistenze concettuali | Distinzione tra consumi e dipendenza |
| 2. la tossicodipendenza è una condizione che può avere un decorso di tipo cronico, costellato da episodi di ricaduta e nel quale gli interventi possono essere finalizzati sia alla guarigione sia, ove non possibile, al raggiungimento di obiettivi parziali, alla prevenzione delle complicanze correlate ed al miglioramento continuo della qualità di vita | La cronicità |
| 3. non esistono interventi e trattamenti <i>buoni</i> o <i>cattivi</i> di per sé, ma efficaci, efficienti e tempestivi se conseguenti ad una diagnosi multiprofessionale e puntuale | Diagnosi |
| 4. la cronicizzazione può essere a carattere <i>attivo</i> o <i>passivo</i> e non è collegata ad una specifica tipologia di intervento.
La cronicizzazione attiva è indotta dall'attuazione di una tipologia di trattamento inappropriato, non puntuale e non scaturito da un corretto percorso diagnostico. La cronicizzazione passiva si instaura nel momento in cui viene omesso sia per imperizia, sia per mancanza di risorse adeguate, che per ideologia un trattamento commisurato ai reali bisogni/risorse del soggetto ed agli obiettivi raggiungibili. | La cronicizzazione attiva e passiva |
| <p>Ai Decisori Politici sia del governo centrale che di quello regionale comunichiamo che:</p> <p>A) al di là di qualsiasi ideologia ed appartenenza politica, ricordiamo di non negare la storia naturale della tossicodipendenza e di distinguere costantemente tra consumi delle sostanze stupefacenti – problema culturale, sociale, storico ed economico - dagli stati di dipendenza – patologie che richiedono cure appropriate, efficaci ed efficienti. Le dipendenze sono patologie a carattere cronico e ad andamento recidivante, ovvero situazioni di sofferenza che possono ripresentarsi a fasi alterne per tutta la vita.</p> <p>B) ogni tipo di trattamento codificato fra quelli studiati garantisce risultati superiori rispetto all'assenza di qualsiasi trattamento</p> <p>C) per evitare cronicizzazioni è necessario creare le condizioni che consentano a tutti i cittadini di accedere a programmi personalizzati, efficaci ed efficienti in ogni particolare momento della loro storia tossicomane</p> | Le richieste al Governo |

D) l'organizzazione dipartimentale, l'adeguatezza delle risorse umane e strutturali, il regolare finanziamento dei servizi del pubblico e del privato e lo sviluppo di modelli organizzativi territoriali integrati con altri servizi (Distretti, MMG, Specialisti ospedalieri e la rete dei Servizi Sociali) rappresentano gli elementi fondamentali che permettono di evitare interventi basati su *malpractice* e che conducono inevitabilmente verso uno stato di cronicizzazione.

SOTTOLINEATURE

1	Distinguere costantemente tra consumi delle sostanze stupefacenti dagli stati di dipendenza
2	Il trattamento
3	Programmi personalizzati,.....per evitare cronicizzazioni
4	L'organizzazione dipartimentale, l'adeguatezza delle risorse umane e strutturali, il regolare finanziamento dei servizi del pubblico e del privato e lo sviluppo di modelli organizzativi territoriali integrati con altri servizielementi fondamentali che permettono di evitare ...cronicizzazione

Report della sessione del 13 marzo 2009 - Sala Vulcania 2, ore 12.30

“Reinserimento lavorativo e sociale”

Relatori: Don Chino Pezzoli, Ivana Ferrero, Emanuela De Domenico, Alberto Festa, Paolo Cimarosti, Teresa Marzocchi

Moderatore: Don Paolo Fini

“Educare attraverso il lavoro” - Intervento di don Chino Pezzoli

La relazione sottolinea l'importanza dell'ergoterapia in riferimento all'attività del corpo, per favorire la libertà psicologica, l'attivazione di energie profonde con l'accelerazione del ritmo di forze interiori.

Le energie si potenziano. È dignità lavorare; bisogna restituire la dignità.

Il lavoro facilita l'associazione di idee e permette al soggetto di prendere coscienza delle proprie attitudini.

Il lavoro è una dimensione necessaria nell'ambito della comunità terapeutica perché concorre alla dimensione pedagogica della comunità, che non può essere classificata meramente come comunità lavorativa.

Attraverso il lavoro in comunità ci sono tre obiettivi che vengono raggiunti:

1. la relazione con gli altri
2. la socializzazione
3. imparare mestieri e professioni che spesso sono “scoperti” sul mercato del lavoro.

La nostra esperienza con 12 minimarket gestiti dalla cooperativa diventa perciò un accompagnamento al lavoro e alla professionalità, spendibili sul mercato del lavoro.

“Strutturazione di un SIL - Servizio Integrazione Lavoro” – Ivana Ferrero ASL Urbino
L'esperienza parte dalla riflessione su tutte le utenze svantaggiate dei vari servizi in modo da rendere organico e funzionale l'approccio al territorio e al mondo del lavoro.

L'esperienza presenta un organico percorso in cui si sviluppa un metodo complesso in grado di rendere funzionale un servizio e gli operatori delle varie agenzie coinvolte.

Tappe dell'esperienza

- Messa in discussione dei servizi
- Acquisizione di capacità di progettazione
- Fornire all'operatore strumenti su cui testare la persona
- Uso dei finanziamenti per portare avanti un progetto unitario e evitare i fenomeni di dispersione dei finanziamenti
- Arrivare ad accordi e protocolli con il territorio e con le aziende per progettare, realizzare, sviluppare un programma strutturato e continuativo.

**Restituire la
dignità**

**Un esempio di
buona prassi**

Il servizio si organizza in due gruppi:

- Gruppo guida (rappresentanti istituzionali, di ASL, Provincia e enti vari, con lo scopo di fare le strategie)
- Gruppo Tecnico, formato dagli operatori dei servizi e referenti delle aziende individuate, con lo scopo di fare mediazione con il territorio e con le aziende, abbinare azienda con tipologia di utente (utenti con problemi psichiatrici, ex tossicodipendenti, disabili, ecc...).

Il SIL ha 2 ordini di clienti: si colloca tra gli Enti locali, i Servizi Specialistici dell' ASL, e i soggetti inviati dagli stessi, mediante una presa in carico

Operatore Ser.T.	Operatore CPI (Centro per l'Impiego)	Tutor
------------------	--------------------------------------	-------

Le azioni con le aziende sono di 2 tipi:

1. promozione sociale, cioè rendere appetibili le persone da inserire superando il pregiudizio e favorendo la "prova"
2. sostegno alle aziende, presenza in azienda, conoscenza dei processi produttivi, in modo da "restituire" responsabilità sociale all'impresa.

Durante la relazione sono state presentati i dati relativi alle sessioni formative riservate negli anni agli operatori.

PROPOSTE

Creazione e diffusione dell'esperienza dei SIL – Servizio Integrazione Lavoro – sul territorio e valorizzazione di metodi e modelli operativi

“La dimensione del reinserimento sociale e lavorativo nell'esperienza dei Centri della Federazione Italiana delle Comunità Terapeutiche” - Emanuela De Domenico Ceis Messina

Gli interventi della FICT, programma “Progetto Uomo”, sono interventi multidisciplinari con l'obiettivo di promuovere la persona ad affrontare la quotidianità della vita e sviluppare le competenze lavorative, culturali e sociali.

I percorsi formativi iniziano già nella comunità terapeutica, ma è soprattutto nelle comunità residenziali che si ottiene una maggiore presa in carico delle persone svantaggiate dal punto di vista sociale e personale.

Le comunità sono percorsi di recupero e, nella diversa configurazione sul territorio nazionale, lavorano in contatto con enti di formazione, tenendo presente che già la comunità è un ente di formazione.

Il reinserimento è una dimensione fondamentale della cura. La relazione approfondisce inoltre il tema del lavoro protetto, come reinserimento in attività lavorative che prepara il terreno per le seguenti opportunità di occupazione stabile. I tirocini lavorativi non sono dunque assistenzialismo ma un processo di evoluzione e cura per persone che spesso hanno grandi difficoltà di reinserimento sociale, e che

**Il reinserimento
come parte
fondamentale
della cura**

abbinano al problema della tossicodipendenza la mancanza di una professionalità e/o esperienze carcerarie pregresse.

Un'osservazione importante per quanto riguarda lo sviluppo complessivo della persona nel programma di cura e riabilitazione è rappresentata dalla concezione del lavoro commisurato al livello di autonomia. Un secondo aspetto importante del tirocinio lavorativo riguarda la necessità di monitorare ed eventualmente approntare una strategia per il problema delle ricadute.

Alcuni esempi di imprese cooperative di tipo B realizzate da centri FICT:

- Cooperativa per panificio (Centri FICT di Avellino e Varese)
- Cooperativa per aree verdi (Centro di Varese)
- Laboratorio di pelletteria (Ceis Messina)
- Progetto "Food Value" -recupero e redistribuzione di alimenti e pasti (Centro Torinese di Solidarietà Torino)

PROPOSTE

- Possibilità di mantenere aperta la cartella presso il SerT (certificazione dello stato di tossicodipendenza) fino al raggiungimento di un completo reinserimento sociale e lavorativo
- Possibilità di accesso delle Coop di tipo B a servizi appaltati da Enti locali, nella misura dell'1%

Il lavoro in rete

"Rete di Cooperative sociali di tipo A e B sul territorio bresciano" – Alberto Festa di gruppo Fraternità – Ospitaletto (Brescia)

L'intervento sottolinea la strutturazione di una rete composta da:

- n. 16 cooperative di tipo B
- n. 6 cooperative di tipo A
- 450 persone regolarmente assunte (di cui solo 150 svantaggiati)

In questa esperienza si realizza una osmosi tra persone inserite nelle comunità (cooperative di tipo A) e coloro che già fanno esperienza lavorativa. Gli ambiti di conoscenza reciproca e condivisione sono ambiti di vita quotidiana: es. il pasto consumato nelle stesse mense. Ciò consente una conoscenza e un graduale avvicinamento degli utenti all'esperienza del lavoro attraverso il racconto delle situazioni professionali dei loro colleghi.

I proventi sono così realizzati:

- mercato interno (1/3)
- mercato prossimo – parenti (1/3)
- mercato del territorio (1/3)

La filosofia è dalla devianza all'agio, dall'agio alla gestione di servizi qualificati.

Condivisione con la comunità locale; superamento delle paure e delle divisioni.

Usando la cooperativa di tipo B per il reinserimento c'è la possibilità di interloquire con le aziende, parlare lo stesso linguaggio e dare garanzie.

“Attività di prevenzione all’abuso di alcol nelle aziende” – Paolo Cimarosti Servizio di Alcologia ASL Pordenone e referente regionale del Consiglio Direttivo nazionale SIA)

La relazione inizia citando i riferimenti normativi circa le attività lavorative in cui viene proibito l’uso dell’alcol (mansioni sanitarie, insegnamento nelle scuole, attività di trasporto, lavori edili, ecc...).

Il documento proposto in tre aree:

- Area informazione/formazione nel mondo del lavoro al fine di promuovere stili di vita privi di alcol nel posto lavorativo e fuori dal lavoro. Centrale è il documento di Valutazione dei rischi che comporta anche l’identificazione precoce della popolazione a rischio.
- Costruzione della rete dei referenti istituzionali. Essa comprende:
 1. operatori sanitari
 2. medico del lavoro
 3. medici di Medicina Generale
 4. Servizio di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro
 5. Servizio di Alcologia
 6. Sindacati e Responsabili della sicurezza
 7. Volontariato

Queste figure concorrono ad un protocollo di intervento nei luoghi di lavoro.

- Intervento sui singoli casi. Il protocollo di intervento ha due finalità:
 1. Controllo
 2. identificazione e intervento in situazioni specifiche, con lo scopo di evitare l’esclusione sociale.

Il “Case Manager” per il reinserimento sociale e lavorativo

“Il reinserimento sociale e lavorativo possibile” – Teresa Marzocchi LA RUPE di Bologna CNCA

La relazione sottolinea l’importanza del lavoro nella prevenzione, nel trattamento, nella fase di reinserimento, negli interventi di riduzione del danno e nel reinserimento a lungo termine.

Viene presentata la figura del Case Manager, che va oltre la semplice figura del tutor ma diventa “operatore nel reinserimento socio-lavorativo”. Le sue funzioni sono di integrazione, pianificazione, coordinamento e continuità.

L’esperienza dimostra che il lavoro non basta: esso deve essere unito alla possibilità di usufruire di tutte le risorse del territorio, attraverso un insieme di azioni che sviluppino la presa in carico globale della persona, interventi flessibili differenziati al fine di supportare la ricerca e il mantenimento del lavoro, il reperimento dell’abitazione e l’allestimento e il potenziamento della rete relazionale. Il case manager ha

perciò necessita di possedere conoscenze e competenze multidisciplinari, in modo da coordinare vari attori, stare in diversi ruoli, nel processo di reinserimento psicosociale.

Scopo del progetto presentato è quello di costruire un sistema di rete dei servizi e costruire prassi e procedure condivise e riproducibili.

L'accompagnamento sociale si inserisce nel processo personalizzato, sottoscritto dalla persona e comprende l'analisi della rete familiare e amicale, il sostegno alla persona, la calendarizzazione di verifiche, il monitoraggio della gestione dello spazio e del tempo. In questo quadro si inserisce il Progetto Integrat, rete di appartamenti a tempo breve, con impianti differenziati, al fine di dare autonomia.

Lavoro e riduzione del danno, nella relazione viene presentata l'esperienza di Bologna, che promuove il lavoro possibile anche per soggetti inseriti nelle azioni di riduzione del danno, con una retribuzione commisurata al tempo possibile di re lavorative effettivamente prestate.

L'obiettivo è quello di avvicinare la persona a percorsi di trattamento e comunque mantenere la sua inclusione sociale in modo che maturi la sua scelta di intraprendere un percorso virtuoso di affrancamento possibile dallo stato di dipendenza.

PROPOSTE

Dare attuazione al progetto di Inclusione Sociale per tossicodipendenti ad alta marginalità, promosso da 18 Regioni (capofila la Regione Toscana) e un fondo previsto di 6 milioni di euro.

SOTTOLINEATURE

-
- | | |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Creazione e diffusione dell'esperienza dei SIL – Servizio Integrazione Lavoro – sul territorio e valorizzazione di metodi e modelli operativi |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
-
- | | |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2 | Possibilità di accesso delle Coop di tipo B a servizi appaltati da Enti locali, nella misura dell'1% |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
-
- | | |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3 | Possibilità di mantenere aperta la cartella presso il SerT (certificazione dello stato di tossicodipendenza) fino al raggiungimento di un completo reinserimento sociale e lavorativo |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
-
- | | |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4 | Dare attuazione al progetto di Inclusione Sociale per tossicodipendenti ad alta marginalità, promosso da 18 Regioni (capofila la Regione Toscana) e un fondo previsto di 6 milioni di euro. |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
-

Report della sessione del 13 marzo 2009 - Sala Saturnia, ore 10.30

“La valutazione permanente dei trattamenti e dei risultati”

Relatori: Roberto Decidue, Raffaele Lovaste, Marina Davoli, Maurizio Gomma, Vittorio Foschini, Augusto Consoli

Moderatore: Michele Ferdico

Il lavoro della sessione “la valutazione permanente dei trattamenti e dei risultati” nelle dipendenze patologiche ha rappresentato un’interessante opportunità di confronto tra gli operatori del settore su un tema di forte espansione culturale e pratica.

I punti chiave che sono emersi dal tavolo dei relatori e dalle osservazioni dei partecipanti sono stati i seguenti:

- a. È emersa in modo unanime l’esigenza di un processo di valutazione dei trattamenti inteso come uno strumento ormai irrinunciabile per la taratura dell’intero sistema delle dipendenze patologiche, pubblico e privato, e il miglioramento continuo della quality care del settore;
- b. Lo stato dell’arte offerto in questa sessione indica come la cultura della valutazione dei trattamenti e dei risultati sul territorio italiano si sia sviluppata a macchia di leopardo, con molte differenze, anche spiccate, tra le varie realtà regionali. Il percorso di valutazione riscontrato sul territorio indica un maggior coinvolgimento dei servizi pubblici che si occupano di dipendenze rispetto agli enti privati. Sul piano della metodologia adottata, infine, si rileva una disomogeneità della raccolta dei dati e degli indicatori, dovuta ad una difficoltosa interpretazione della standardizzazione di alcune dimensioni critiche come l’outcome;
- c. Le conoscenze ricavabili dai dati ministeriali o da studi sistemici evidenziano ancora pochi dati evidence-based, e limitati ai trattamenti farmacologici. Il trattamento con metadone a lungo termine (> 180 gg.) e a dosaggi adeguati (>60 mg/die) appare la tipologia di trattamento in grado di offrire i migliori risultati in termini di ritenzione in trattamento. Non si conoscono indicazioni evidence-based sul trattamento della dipendenza di altre sostanze d’abuso, come la cocaina e l’alcol, anche dovuto all’assenza di tipologie di trattamento individuabili come golden standard. Per quanto riguarda, infine, la ritenzione in trattamento, è emerso il dato sull’interruzione dei trattamenti in comunità terapeutiche, che è del 75% a 6 mesi e si riduce al 20% a 18-24 mesi, e dei centri crisi, che hanno un drop-out dei trattamenti di circa il 60% (Regione Piemonte).

Sul piano delle opportunità e delle proposte di miglioramento della cultura della valutazione sono emersi questi suggerimenti:

- A. Promuovere e sostenere una cultura della valutazione, a partire dalla costruzione di un percorso coerente e appropriato tra dimensioni, indicatori dell’outcome e sistemi di performances, centrato sia sull’operatività del sistema di cura delle dipendenze che sull’individuo (effetto percepito dall’utente e dal suo sistema relazionale);

La valutazione dei trattamenti

Una cultura della valutazione

- B. Avviare, implementare e mantenere in sistema report di tipo informatico nel sistema di cura delle dipendenze, pubblico e privato, che porti alla costruzione di dati attendibili per una valutazione degli esiti dei trattamenti;
- C. Diffondere le evidence-based practices fin qui disponibili, attraverso la lettura delle revisioni sistematiche o dei lavori di meta-analisi condotte sul settore, avviare un percorso di determinazione di linee-guida, sia per quanto riguarda i trattamenti farmacologici che non farmacologici.

SOTTOLINEATURE

- | | |
|---|---------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Promuovere e sostenere una cultura della valutazione |
| 2 | Costruzione di dati attendibili per una valutazione degli esiti dei trattamenti |
| 3 | Diffondere le evidence-based practices |

Report della sessione del 13 marzo 2009 - Sala Vulcania 2 , ore 9.00

“Donne e droga: madri tossicodipendenti e bambini, la maggiore vulnerabilità”

Relatori: Daniela Cremasco, Marina Garnieri, Marina Podio, Umberto Nizzoli, Bartolomeo Barberis.

Moderatore: Vincenza Iossa

“Donne e droga: madri tossicodipendenti e bambini, la maggiore vulnerabilità”: questo il titolo della sessione di questa conferenza dedicata ad un tema tanto complesso quanto poco frequentato dalla letteratura di settore, dai media e anche dai politici.

Tema complesso ma spesso trascurato

Cinque esperti e operatori dei servizi, pubblici e privati, hanno presentato ricerche e concrete esperienze svoltesi in questo delicato settore in diverse zone del nostro paese.

Esperienze a confronto

È stato affrontato il tema della cura dei genitori tossicodipendenti e dei minori, della necessità e contemporanea carenza di strutture dedicate e anche il tema dell'integrazione dei servizi pubblici e privati.

Nel Lazio sono state realizzate alcune esperienze pilota in tal senso il cui punto di forza è stato esattamente il coordinamento delle strutture dedicate agli adulti con quelle per i minori. (Progetto “I Figli crescono”, proposto e gestito dalle associazioni “Saman” e “Bambini nel Tempo” del Comune di Roma; “Programma Natale” realizzato dalla Comunità “Saman” di Latina e “Le Vergini nuove” sempre della provincia pontina)

Obiettivo lo sviluppo delle capacità genitoriali e comunque la tutela del superiore interesse del minore.

Sono stati poi presentati i risultati della ricerca “VEdeTTE”, studio nazionale per la valutazione dell'efficacia dei trattamenti per la tossicodipendenza da eroina.

La ricerca VEdeTTE

La ricerca ha coinvolto 11.905 tossicodipendenti da eroina, tra il 1998 e 2001, appartenenti a 13 regioni italiane. La riflessione si è soffermata sulle differenze che si manifestano nella tossicodipendenza da eroina nel genere maschile e femminile e sulle possibili motivazioni ed esiti.

È stato anche illustrato uno studio condotto sugli esiti a breve e lungo termine del trattamento delle madri tossicodipendenti e dei loro bambini nella città di Torino; focus la dipendenza patologica e la condizione di madre. Entrambi gli approcci sono stati caratterizzati da un'ottica not gender blinded.

Il tema della violenza in famiglia correlata all'uso di alcol/droghe ha occupato uno spazio rilevante nel corso della sessione. Si è sottolineato come minori che vivono con genitori che hanno problemi di dipendenza da alcol e che allo stesso tempo mettono in atto violenze ed abusi in famiglia sono soggetti ad un rischio di danno

La correlazione tra violenza in famiglia e l'uso di alcol/droga

evolutivo molto più elevato degli altri bambini e come la coesistenza di entrambi i problemi in almeno uno dei genitori (sia dipendenza da alcol che la perpetrazione di violenza) sia associata ad effetti negativi più elevati.

In Italia (dati EURO CARE & COFACE, 1998) si stima che siano tra i 602.000 e 1.032.000 i casi di figli di alcolisti. Se ad essi si aggiungono i figli dei tossicodipendenti si arriva a 750.000 – 1.200.000 minori interessati dal fenomeno. I bambini figli di alcolisti o di tossicodipendenti, spesso oggetto di maltrattamenti o spettatori di episodi di violenza entro le mura domestiche, manifestano danni evolutivi che presentano stretti parallelismi con quelli dei bambini soggetti ad abuso domestico.

**La necessità
di una risposta
unitaria**

Esiste, dunque, un urgente bisogno di offrire una risposta per poter ridurre i danni (fisici, psicologici e relazionali) che subiscono i bambini figli di genitori alcolisti e/o tossicodipendenti quando sono oggetto di maltrattamenti.

In Italia, si è rilevato, è poco frequente che i problemi di abuso di alcol o droghe e quelli di violenza domestica trovino una risposta unitaria combinata all'interno del medesimo servizio: nella fase di identificazione del fenomeno ed in quella di intervento sono spesso coinvolti servizi diversi che hanno fra loro scambi limitati e a volte antagonisti.

Di conseguenza gli adulti (e soprattutto i loro figli) non ricevono un supporto capace di rispondere ai propri bisogni in modo adeguato. Tale situazione a pieno titolo si configura come un'urgenza sociale e sanitaria.

In conclusione è stata messa in luce la fondamentale importanza della ricostruzione di ambienti a carattere familiare assistiti da operatori in prima del reinserimento sociale e lavorativo delle donne e madri tossicodipendenti. È stata illustrata a tale proposito l'esperienza della "Casa famiglia" realizzata dalla Comunità Giovanni XXIII.

La discussione che si è aperta, e che ha richiesto un successivo momento di approfondimento nella sessione serale di Agorà svoltasi dalle 20 alle 21, si è focalizzata attorno a due grandi temi.

**Due temi
importanti**

Il bisogno di sostegno ai genitori perché ne possano emergere al meglio le competenze genitoriali e il bisogno di tutela dei bambini, nel superiore interesse del minore.

È emersa la richiesta di attenzione a questo tema da parte delle istituzioni e soprattutto uno spazio dedicato all'interno dei temi trattati dal Dipartimento per le Politiche antidroga; la necessità di far conoscere quanto si fa concretamente nel paese, le famose buone prassi, e di far emergere lo sforzo e le questioni degli operatori che concretamente operano in situazioni complesse e senza molti strumenti neppure culturali; la necessità di costruire una rete tra gli operatori interessati e gli esperti di questo settore anche utilizzando gli spazi web già approntati per questa Conferenza; la necessità di raccogliere dati esistenti ma a macchia di leopardo. Nella speranza che tale attenzione possa attivare le risorse economiche, di formazione, di certo importanti ma sicuramente necessarie.

SOTTOLINEATURE

1	Necessità di strutture dedicate alla cura di genitori tossicodipendenti e dei minori..... bisogno di sostegno ai genitori ...bisogno di tutela dei bambini
2	Integrazione dei servizi pubblici e privati
3	Richiesta di una maggiore attenzione da parte delle istituzioni e soprattutto uno spazio dedicato all'interno del Dipartimento per le Politiche Antidroga
4	Necessità di far conoscere le buone prassi
5	Necessità di costruire una rete tra gli operatori interessati e gli esperti di questo settore
6	Necessità di raccogliere dati esistenti
7	Attivazione di risorse economiche e di formazione

Report della sessione del 13 marzo 2009 - Sala Vulcania 1, ore 10.30

“Carceri e nuovi scenari”

Relatori: Serenella Pesarin, Francesco D’Anselmo, Paolo Quattrone, Susanna Falchini Marco Cafiero, Sandro Libianchi, Stefano Regio.

Moderatore: Domenico Cortese

I relatori hanno effettuato un’analisi sostanzialmente condivisa delle problematiche carcerarie e dei percorsi giudiziari evidenziando:

Le principali problematiche

1- L'emergenza affollamento delle strutture penitenziarie: come è noto, a seguito dell'indulto, dopo una prima fase di riduzione della popolazione carceraria, si è passati alle attuali oltre 62 mila presenze, a fronte dei circa 43 mila posti di capienza regolamentare.

Sovraffollamento delle strutture penitenziarie

I dati evidenziano che circa il 27% dei detenuti ha problemi di tossicodipendenza rilevata, in numero non definito evidenziano fenomeni di abuso e di consumo occasionale.

2- Gran parte della popolazione tossicodipendente detenuta non è portatrice di pericolosità tale da giustificare modalità detentive classiche: include una quota di detenuti portatori di patologie infettive epatiche, HIV, comorbidità psichiatriche, o deficit di potenzialità relazionali.

Adozione misure alternative alla detenzione

Le descritte condizioni morbose richiedono la necessità di una maggiore attenzione per tali soggetti ed un maggiore ricorso a misure alternative alla detenzione attraverso programmi di trattamento in strutture pubbliche o private.

Tali tipologie di detenuti pongono inoltre problemi gestionali al personale sanitario degli Istituti di Pena, non adeguatamente attrezzati alla cura di tali pazienti, e comunque concorrono ad aumentare i costi globali del sistema, che, per singolo detenuto vengono calcolati a circa 160 euro al giorno.

3- Il Dipartimento Giustizia Minorile sottolinea che le caratteristiche tipologiche ed il profilo psicopatologico dell'adolescente che entra nel circuito penale, consumatore di sostanze psicotrope, non può essere assimilato dal punto di vista detentivo a quello dell'adulto.

Programmi educativi per i minori

Per tali ragioni le modalità di recupero devono quindi privilegiare non tanto e non solo la cura della dipendenza dalla sostanza, ma realizzare processi ed interventi di ascolto, sostegno e accompagnamento educativo. Paradossalmente l'entrata nel circuito penale può costituire una opportunità di aggancio, di crescita e di responsabilizzazione rispetto ai comportamenti agiti di devianza.

4- Tutti i relatori concordano sulla necessità di intensificare i rapporti di collaborazione tra gli enti pubblici e privati convergenti nel settore, al fine di svolgere un lavoro comune, costruendo un sistema virtuoso che anticipi le problematiche e le emergenze.

Azioni integrate tra i diversi enti

Tale azione congiunta ed integrata, già attuata negli istituti di custodia attenuata, deve prevedere la collaborazione di tutto il personale compresi gli agenti della polizia penitenziaria.

5- La collaborazione tra gli enti del pubblico e del privato avrebbe il compito di svolgere una azione di “filtro” valutativo sull’opportunità di ricorrere alle misure esterne.

**Collaborazione
tra pubblico e
privato sociale**

PROPOSTE DEI RELATORI E DEI PARTECIPANTI

1- Si auspicano azioni sui processi di devianza con il ricorso ad interventi di “educazione alla legalità” da effettuare in ambito scolastico ed adolescenziale con modalità di prevenzione primaria. “Educare alla legalità” non è uno slogan divenuto di moda, bensì rappresenta una forte necessità della nostra società. Il disagio sociale, infatti, parte anche dalla incapacità di rispettare le minime regole di convivenza, intesa come insofferenza e si traduce in un disagio che porta alla emarginazione.

Le proposte

2- Si richiede un sollecito del trasferimento dei fondi relativi alla Sanità Penitenziaria, riferiti all’anno 2009, alle Regioni e PA, al fine di permettere l’immediata presa in carico delle problematiche sanitarie di tutta la popolazione dei detenuti e la sua relativa contabilizzazione nella programmazione sanitaria.

Si auspica l’impegno da parte delle Regioni e PA ad adeguare l’importo delle rette residenziali per le misure alternative, per adulti e minori, a carico delle Aziende Sanitarie.

3- È opportuno che le strutture di custodia attenuata debbano essere considerate ed accreditate, seppure con il vincolo della prestazione detentiva, quali strutture sanitarie a tutti gli effetti.

Con medesime modalità è auspicabile che il percorso per l’accreditamento sia riservato alle Sezioni Carcerarie dedicate alla fase diagnostica ed alla cura della sindrome da astinenza, una sorta di Day-hospital in grado di accogliere il detenuto in momenti di particolare necessità terapeutica.

4- Si ritiene indispensabile, inoltre, avviare processi di formazione sul personale in transito dalla Giustizia alla Sanità, al fine di integrare tali professionisti nei sistemi organizzativi regionali. Contemporaneamente è necessario attivare percorsi di informazione al Personale Penitenziario, dei Settori adulti e minori, al fine di garantire una capillare diffusione del passaggio di competenze e dei relativi obblighi ai sensi del DPCM 01-04-08.

A questo proposito, si esprime una sollecitazione degli psicologi ex art. 80: essi segnalano un ritardo nel processo di trasferimento al SSR. Tale condizione, unita alla riduzione delle prestazioni orarie del personale già precedentemente transitato, non permette di operare in maniera adeguata rispetto alle richieste ed alle esigenze dei detenuti tossicodipendenti ed alcolisti.

5- Si auspica una azione di precoce presa in carico del dipendente patologico durante il rito per direttissima con il coinvolgimento in rete degli Operatori pubblici e privati.

Uno degli esempi è il progetto DAP PRIMA, attivo solo in sei città italiane: si ritiene utile diffondere l'esperienza, non relegandola alla fase sperimentale, eventualmente allargandola a tutti i Tribunali del territorio nazionale, al fine di ridurre fenomeni critici di cronicità del crimine, dando la possibilità a tutti i tossicodipendenti di accedere a cure adeguate e precoci ed a modelli di recupero relazionale e sociale.

6- Si propone di attuare una verifica dello stato di applicazione della Legge n. 45 del 18 febbraio 1999 "Disposizioni per il fondo di intervento lotta alla droga", con particolare riguardo all'art. 2 "Disposizioni sul personale", al fine di integrare le dotazioni organiche previste nei Servizi. Altresì, di verificare lo stato di applicazione dell'Accordo Stato Regioni del 21 gennaio 1999, che vede ancora alcune regioni inadempienti.

7- Sul versante legislativo, si chiede di intervenire, modificando l'art. 73 comma 5 del DPR 309/90, riguardante "la cessione di modesta entità di stupefacente", interpretato dalla Giurisprudenza come attenuante del comportamento di cui all' art. 73 comma 1bis.

Si propone che la fattispecie diventi un reato autonomo, in modo da non pregiudicare la modesta entità del fatto, al fine di poter applicare la pena alternativa dei lavori socialmente utili e di non entrare in conflitto con la legge ex Cirielli che preclude ai recidivi, ex art. 99 comma 4 c.p., la prevalenza di tale attenuante.

Ancora, la revisione dell'art. 89, del predetto DPR, al fine di prevedere la possibilità di effettuare programmi di recupero per persone sottoposte alla sola misura dell'obbligo di dimora e non degli arresti domiciliari.

Si avverte, inoltre, la necessità di prevedere, nella legislazione, espliciti richiami al settore della Giustizia Minorile.

8- L'attivazione in ogni Regione e PA, di Osservatori permanenti sulla sanità penitenziaria, con la presenza di tutti gli Enti convergenti. Le principali problematiche

SOTTOLINEATURE

1	Interventi sui processi di devianza con il ricorso alla "educazione alla legalità"
2	Trasferimento dei fondi relativi alla Sanità in Carcere, riferiti all'anno 2009, alle Regioni e PA
3	uniformare a standard adeguati l'importo delle rette delle misure alternative, per adulti e minore, a carico delle Aziende Sanitarie.
4	Accreditare le strutture di custodia attenuata e le Sezioni Carcerarie dedicate alla cura della sindrome da astinenza come strutture sanitarie a tutti gli effetti
5	Avviare processi di formazione sul personale in transito dalla Giustizia alla Sanità; ... attivare percorsi di informazione presso il personale Penitenziario
6	Azione di precoce presa in carico del dipendente patologico durante il rito per direttissima con il coinvolgimento in rete degli Operatori (progetto DAP PRIMA)

Report della sessione del 13 marzo 2009 - Sala Oceania, ore 15.00

“Alta integrazione dei servizi e delle professionalità”

Relatori: Rosanna Romano, Guido Faillace, Daniele Corbetta, Don Armando Zappolini, Walter Sabatoli, Maria Assunta Evangelista.

Moderatore: Gianmaria Battaglia

La sessione ha visto la partecipazione di rappresentanti delle principali organizzazioni ed enti coinvolte nel complesso processo di integrazione degli interventi e dei servizi attraverso i quali si realizza l'assistenza e la prevenzione. In particolare sono intervenuti i seguenti relatori cui si rimanda ai documenti allegati agli atti della conferenza per i contenuti di dettaglio.

**Le diverse
opinioni a
confronto**

Rosanna Romano, Regione Campania. Ha illustrato l'esperienza della Regione Campania che, muovendosi nell'ambito degli spazi della programmazione regionale ha fondato il suo intervento in ottica di integrazione sui seguenti capisaldi:

**L'esperienza
della Regione
Campania**

- Segnali: progetto di integrazione con gli istituti delle scuole secondarie
- Operazione Contatto: campagna di sensibilizzazione e formazione sulle dipendenze patologiche
- S.A.R.: sistema di allerta rapido per le dipendenze
- S.I.D.: sistema informativo dipendenze
- Strategia a ruota: Azione di sistema e orientamenti operativi basati sull'integrazione delle Unità Operative Ser.T. all'interno del Dipartimento delle Dipendenze

In particolare la strategia “a ruota” intende integrare, come illustra la metafora i diversi attori come dei “raggi” che rappresentano le persone, i servizi, i gruppi, le organizzazioni territoriali coinvolte nei percorsi terapeutici. Al Ser.T. si collegano poi tutte le altre tipologie di intervento (strutture intermedie, drop in, programmi per la comorbilità tossico psichiatrica, interventi riabilitativi e di reinserimento lavorativo, Unità di strada, interventi sulle nuove droghe, Unità di Alcolologia, detenuti tossicodipendenti) per costituire un insieme integrato di servizi ed azioni che consenta un'assistenza mirata e non omologata.

Guido Faillace, FeDerSerD. Ha illustrato il percorso avviato da 5 anni da FeDerSerD - CNCA – Fict per promuovere l'Alta Integrazione dei Servizi e Delle Professionalità. Il lavoro si è mosso partendo da due presupposti: una prima presa d'atto della difficoltà a risolvere i problemi dell'integrazione attraverso una programmazione regionale realizzata ex-ante. Ciò comporta che l'individuazione dei momenti di integrazione più efficaci si sposti dal livello della programmazione centrale regionale verso l'insieme dei momenti di interazione tra i vari attori.

**Il percorso di
Federserd**

È quindi sui meccanismi e sulle occasioni di interazione sui singoli pazienti o

su specifiche azioni che si realizza l'integrazione degli interventi e si costruisce l'equilibrio di sistema. In secondo luogo che una generica integrazione sia impossibile senza contestualizzare i problemi.

A tal fine propone infine di attivare gruppi di lavoro allargati ad altri soggetti interessati a sviluppare le tematiche nella logica della integrazione sulle varie aree di attività che elaborino i temi seguendo lo schema di analisi proposto, perfezionando le proposte, individuando i tempi di sperimentazione e possibile applicazione nel corso del 2009.

Daniele Corbetta, FICT. Si rifà all'esperienza dell'alta integrazione FeDerSerD - CNCA – Fict e sviluppa le caratteristiche di un approccio sistematico e operativo per sviluppare proposte e soluzioni per l'integrazione.

L'alta integrazione

Pertanto propone di definire 4 aree di attività accomunate da problematiche tra loro diverse e per le quali progettare soluzioni differenti. Le aree strategiche di attività proposte sono:

1. Prevenzione
2. Intercettazione precoce
3. Assistenza a bassa gravità
4. Assistenza ad alta gravità

Per queste 4 aree propone uno schema di lavoro articolato nei seguenti elementi: Criticità dell'azione nelle diverse aree, Soluzioni "chiave" da proporre per migliorare l'integrazione, Ruolo e caratteristiche degli strumenti operativi proposti, Ruolo e rilevanza del meccanismo di Budget, Ruolo e rilevanza degli Accreditamenti, Fabbisogno di Misurazione e valutazione, Modalità e ruolo della Certificazione stato TD, Ruolo e caratteristiche dei Nomenclatori e Tariffari, ruolo dei Sistemi informativi.

Don Armando Zappolini, CNCA. Richiama la storia delle esperienze fatte dalla sua comunità dalla fondazione ad oggi e illustra alcuni principi e capisaldi cui si deve basare l'integrazione.

Principi e capisaldi dell'integrazione

CENTRALITÀ DEL SERVIZIO PUBBLICO

- per riaffermare che esso esprime il farsi carico collettivo del disagio e del diritto di salute dei cittadini di un territorio;
- per superare la logica salvifica e ghettizzante dell'intervento;
- per dare alla "politica" informazioni oggettive e scientificamente validate che la aiutino a non cadere nelle facili trappole di visioni semplicistiche ed ideologiche.

RICONOSCIMENTO DELLA FUNZIONE "PUBBLICA" DEL PRIVATO SOCIALE

- i servizi del privato sociale integrano il ruolo centrale ma non esclusivo dei servizi pubblici e sono parte del sistema di presa in carico;
- per questo si chiede un forte riconoscimento delle professionalità presenti nelle CT e della notevole crescita di qualità delle risposte da esse offerte;

- questo riconoscimento non sempre e non dovunque è presente, come si può evidenziare dai bassi costi con i quali spesso sono pagate le prestazioni delle CT.
- Il riconoscimento della funzione pubblica è particolarmente significativa nel campo dei progetti/servizi di prossimità (90% del totale è svolto dal privato sociale) e nel campo delle innovazioni: in ambedue i settori le CT hanno prodotto “modelli” di intervento che poi vengono inseriti nella programmazione dei servizi pubblici.

Individua inoltre nell'integrazione delle professionalità un modo per superare il rischio dell'eccessiva sanitarizzazione dell'assistenza e per la valorizzazione delle reti sociali e territoriali esistenti.

La caduta nelle dipendenze

Walter Sabattoli, Comunità 'Pinocchio' (Brescia) aderente alla Federazione COME. Ripercorre le esperienze delle comunità federate a partire dalle crisi che favoriscono la caduta nelle dipendenze da sostanze:

- Crisi sociale
- Crisi culturale
- Crisi esistenziale

A partire da ciò illustra le iniziative realizzate e volte a favorire:

- l'accoglienza, l'integrazione e la riabilitazione delle persone ospitate
- la realizzazione di nuovi servizi innovativi
- la diffusione di responsabilità sul territorio

Le iniziative per la riabilitazione

Tali iniziative, realizzate attraverso una molteplicità di progetti, ha richiesto una significativa integrazione di servizi e professionalità che è stata possibile grazie alla differenziazione organizzativa e alla internalizzazione di funzioni e professionalità.

Maria Assunta Evangelista, STDP Macerata e Comunità Terapeutica P.A.R.S. L'intervento ha come base le conoscenze mediche della relatrice e l'esperienza personale in opera sia nel SERT che in Comunità Terapeutica.

L'intervento ha richiamato i fondamenti scientifici del fenomeno della dipendenza ed in particolare la base neurobiologica del fenomeno per richiamare come gli approcci più efficaci prevedano di avere come aiuto a rimanere in astinenza il farmaco, coinvolgendo una persona o più persone significative (terapeuti ed “addestratori”) per il tossicodipendente, in grado di controllare la *compliance* alla terapia, ed utilizzando come rinforzo eventualmente anche l'esperienza comunitaria (meglio se con il coinvolgimento delle famiglie).

I fondamenti scientifici della dipendenza

Ossia l'applicazione di tecniche psicosociali e di terapia comportamentale possono notevolmente migliorare il trattamento con farmaci. A fronte di ciò è stato rilevato come l'anello debole sia la mancata preparazione delle strutture a integrare azioni farmacologiche con azioni di altro tipo. Pertanto l'esperienza della relatrice è stata di duplice operatrice: di SERT e di Comunità, realizzando una integrazione degli interventi attraverso il personale sforzo di ampliare le possibilità di azione. Tale esperienza è stata analizzata e discussa nei suoi lati positivi e nelle criticità.

Conclusioni

Il dibattito che ha seguito le relazioni, pur nella ristrettezza dei tempi concessi, ha fatto rilevare un forte interesse sul tema dell'integrazione, ma anche un generale disorientamento sull'effettiva modalità di realizzarlo.

Nella sessione si può complessivamente rilevare come siano emerse le seguenti criticità: **Le criticità**

- Grandi aspettative sull'integrazione e sul proprio ruolo all'interno del processo di integrazione
- Diverse concezioni di integrazione (istituzionale, professionale,...)
- Mancanza di chiarezza sulla responsabilità relativamente al processo di integrazione
- Integrazione come fenomeno complesso e multidimensionale

In generale emerge il fabbisogno di un cambio di prospettiva: da una discussione sull'integrazione dell'offerta ed un lavoro sul bisogno e sulla domanda per costruire una integrazione a partire appunto dai bisogni e dalle domande (i criteri dell'integrazione sono dati dall'utenza).

In termini di proposte si può identificare un fabbisogno di strumenti e linguaggi comuni ai diversi attori, la cui costruzione può avvenire partendo già dalle riflessioni emerse nella sessione. **Le proposte**

In particolare si possono ricordare:

- Identificazione classi di utenza omogenee per gestione attività integrate (Prevenzione, Intercettazione precoce, TD basso carico assistenziale ma alta dinamicità assistenza, TD alto carico assistenziale ma bassa dinamicità)
- Soluzioni organizzative strutturali: ad es. Nuove figure di integrazione (Case manager,...)
- Meccanismi operativi: ad es. Attività orientate a percorsi con Processi/Protocolli operativi comuni, Processi di audit, Budget orientati alle attività, Sistemi informativi comuni

SOTTOLINEATURE

1	Fabbisogno di strumenti e linguaggi comuni ai diversi attori
2	Identificazione classi di utenza omogenee per gestione attività integrate
3	Soluzioni organizzative strutturali
4	Meccanismi operativi: Attività orientate a percorsi con Processi/Protocolli operativi comuni, Processi di audit, Budget orientati alle attività, Sistemi informativi comuni

Report della sessione del 13 marzo 2009 - Sala Vulcania 1, ore 17.00

“Alcool, droghe e giovani”

Relatori: Laura Semino, Emanuele Scafato, Antonio Mosti, Alessandro Dionigi.

Moderatore: Caterina Pesce

La sessione si è aperta con la presentazione, da parte del Dott. Scafato, di dati allarmanti sul consumo di alcool giovanile.

Ci è stata offerta la ‘fotografia’ dei consumi a rischio nelle fasce di età 11-18 e 19-24 anni e delle differenze di genere esistenti, con valori di prevalenza in ragazze e giovani donne addirittura superiori al valore medio della popolazione femminile in toto. La stima di 1,5 milioni di giovani a rischio rende il consumo di alcool una vera e propria emergenza epidemiologica. Inquietante è anche il forte trend incrementale dal consumo rischioso e da quello dannoso alla alcool-dipendenza, che ha causato, negli ultimi 10 anni, un enorme aumento del numero di alcool-dipendenti a carico dei servizi.

A fronte di questi ed altri dati statistici allarmanti è venuto il richiamo a (1) identificare precocemente le persone a rischio per operare prevenzione selettiva e (2) potenziare la qualità della prevenzione mediante reti che integrino competenze multiple.

A questa relazione iniziale si sono allacciate, in modo complementare, quelle successive. Sono state riportate, per la prevenzione non solo dell'uso di alcool, ma anche di altre droghe, evidenze di efficacia od esperienze di buone prassi di lavoro in reti e di interventi integrati e multimodali, che non sono a connotazione prioritariamente medica. L'elemento comune di tali relazioni – non pre-programmato e quindi a maggior ragione significativo – è il focus su una prevenzione selettiva orientata verso una specifica popolazione target, che rappresenta la base sommersa dell'iceberg: i consumatori iniziali non dipendenti.

La relazione della Dott. Semino ci ha mostrato la struttura, l'implementazione e le modalità di realizzazione di un progetto finanziato dal Ministero della Salute alle Regioni Veneto e Abruzzo.

Si tratta di un progetto di prevenzione secondaria precoce, quindi selettiva, con l'obiettivo di (1) intercettare precocemente i consumatori non dipendenti e di (2) realizzarne la presa in carico per prevenire l'insorgere di dipendenze. Una delle caratteristiche fondamentali di questo progetto è la valorizzazione delle risorse sul territorio, cioè del contesto inteso non solo come portatore di bisogni, ma anche come attore nell'intercettazione (dalla scuola e dalle associazioni per il tempo libero fino alle forze dell'ordine ed agli animatori di strada) e come attore nella presa in carico (estesa al contesto familiare e sociale di riferimento).

In sintonia con le relazioni precedenti, quella del Dott. Mosti evidenzia la necessità di ridefinire la prevenzione, rivolgendola selettivamente al target di consumatori che non necessariamente sfociano nelle dipendenze.

Emergenza alcool

**Buone prassi
nella prevenzione
selettiva**

**Prevenzione
precoce e
valorizzazione
delle risorse sul
territorio**

**Prevenzione
rivolta a
consumatori non
dipendenti**

Una prevenzione di tal tipo deve prendere le mosse dall'evoluzione degli stili e dei contesti di consumo giovanile e dal cambiamento della percezione di ciò che è comportamento a rischio.

Si è parlato quindi di consumo sperimentale, di consumo indicatore di successo (come è il caso della cocaina) e di consumo 'normalizzato', cioè inteso come abitudine all'uso di sostanze come normali beni di consumo. È stata ribadita la necessità di centrare la prevenzione su componenti non mediche, quali quelle psico-sociali atte a potenziare la motivazione al cambiamento da comportamenti a rischio in direzione di comportamenti sani.

Lo strumento proposto è il colloquio motivazionale, per il quale sono state riportate evidenze di efficacia e del quale sono stati evidenziati alcuni punti di forza rispetto all'intervento educativo: (1) l'«economicità» temporale, (2) un'aumentata disponibilità al cambiamento già a breve termine e (3) la probabile efficacia nella prevenzione selettiva rivolta ad un sottogruppo giovanile ad alto rischio, i ragazzi di strada.

**Il colloquio
motivazionale**

Anche la relazione del Dott. Dionigi ha presentato un modello concreto di intervento che integra una molteplicità di aspetti non medici e si focalizza sulla prevenzione del rischio.

Si tratta di un modello di intervento della Federazione Italiana Comunità Terapeutiche centrato su cocaina, alcol e nuovi stili di consumo.

Tale intervento si concretizza, a seconda delle caratteristiche della persona target, su diversi livelli, che vanno dai servizi di prossimità e dal counselling informale al percorso ambulatoriale e a quello residenziale breve.

L'approccio è multimodale: motivazionale, cognitivo-comportamentale, emozionale, e si basa, tra l'altro, sul lavoro su componenti sane (resilienti) e sul potenziamento di abilità intrapersonali che fungono da 'moltiplicatori di efficacia', quali la capacità di problem solving, di comunicare efficacemente e di gestire le emozioni negative.

**Gli interventi
multimodali**

Da queste relazioni sono emerse alcune comunanze, ulteriormente evidenziate dalla successiva discussione.

Esse possono essere sintetizzate individuando tre 'necessità':

**Le necessità,
in sintesi**

1. Necessità di analizzare il quadro, in continua evoluzione, degli stili e dei contesti di consumo/policonsumo giovanile e della percezione di che cosa è un comportamento a rischio;
2. conseguente necessità di attuare non soltanto prevenzione universale – già primaria – che parte dalla promozione dell'agio anziché concentrarsi solo sul problema da prevenire, ma anche e soprattutto prevenzione selettiva, orientata verso le tipologie emergenti di policonsumo giovanile, che coinvolga anche il contesto sociale;
3. necessità, emersa in particolare dagli uditori partecipanti, di valorizzare e riqualificare il lavoro degli 'operatori di strada' per creare interventi destinati a giovani policonsumatori. Benché nati in particolare nell'ambito della riduzione del danno, tali operatori potrebbero raggiungere efficacemente quei policonsumatori occasionali, non stabilizzati, altrimenti largamente esclusi da interventi di servizi pubblici e privati.

E, *last but not least*, una richiesta importante alle Istituzioni competenti: verrà realizzata la “Prima Conferenza Nazionale sulla Prevenzione”?

SOTTOLINEATURE

1	Necessità di analizzare il quadro, in continua evoluzione, degli stili e dei contesti di consumo/policonsumo giovanile
2	Necessità di attuare non soltanto prevenzione universale ma anche e soprattutto prevenzione selettiva
3	Necessità di valorizzare e riqualificare il lavoro degli ‘operatori di strada’ per creare interventi destinati a giovani policonsumatori.
4	Richiesta importante alle Istituzioni competenti: verrà realizzata la “Prima Conferenza Nazionale sulla Prevenzione”?

Report della sessione del 13 marzo 2009 - Sala Vulcania 2, ore 15.00

“Alcol, droghe e guida”

Relatori: Piero Caramelli, Daniele Giocondi, Diana Candio, Emanuele Scafato, Luigi Nardetto

Moderatore: Pietro Marturano

Ringrazio il Sen. Giovanardi ed il dott. Serpelloni per avermi dato la possibilità di seguire, nell'ambito di questa Conferenza, una sessione specifica sull'argomento “alcol, droghe e guida”, un tema di assoluto rilievo per la Direzione Generale per la Sicurezza Stradale del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti, alla quale appartengo.

Scusandomi fin d'ora con tutti i sopra citati relatori se non sarò in grado di distillare in modo completo ed esauriente i contenuti delle loro relazioni, sono certo che ci sarà comunque modo di mettere in luce tutti gli elementi essenziali della problematica trattata nella sessione, anche in considerazione di quell'aspetto sistemico e permanente di confronto e consultazione previsto dal Dipartimento per le politiche antidroga ed evidenziato nella documentazione distribuita.

Ma entriamo nel merito delle relazioni e delle conclusioni.

La situazione attuale:

Nel 2007 abbiamo avuto in Italia 5131 morti per incidente stradale e 325.000 feriti conseguenti a circa 230.000 incidenti. L'Istituto Superiore di Sanità stima, ormai da anni, che almeno il 30% di questi sia causato dall'uso di alcol e/o da sostanze stupefacenti.

Il problema di alcol, droghe e guida è quindi di assoluto rilievo per la salute e la sicurezza dei cittadini.

I morti su strada e le cause

Le criticità:

Ad oggi, le problematiche relative all'uso di bevande alcoliche alla guida appare un problema abbastanza noto al grande pubblico ed in via di contenimento. Non altrettanto è possibile affermare per l'uso delle sostanze psicotrope o stupefacenti, dove il problema è in forte espansione ed ancora troppo sottostimato.

Nel 2006 i controlli su strada di Polizia e Carabinieri erano circa 200.000/anno, sono diventati 800.000 nel 2007 e quasi 1,4 milioni nel 2008, ma purtroppo, per i motivi che vedremo avanti, molti di questi sono stati controlli solo sull'alcol.

Il Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti ha fornito negli ultimi mesi oltre 800 etilometri omologati e 2200 precursori alle forze di Polizia, contribuendo al contenimento del fenomeno “alcol e guida”.

I controlli su alcol e droga

Molto rimane ancora da fare nel settore delle sostanze d'abuso. I motivi di questa criticità sono fondamentalmente due.

Cosa migliorare nei controlli sulla droga

Il primo, un'articolazione piuttosto complessa dell'art. 187 del Codice della strada (CdS) che prevede l'accompagnamento dell'utente presso una struttura sanitaria del SSN al fine della certificazione medica dello stato di "alterazione psico-fisica da uso di sostanze psicoattive" (certificazione che, ovviamente, non può essere emessa dall'agente di Polizia che effettua il controllo su strada: trattasi infatti di "atto medico"). Questo processo, quindi, risulta talmente lungo, da far diventare tali controlli, oltre che molto onerosi in termini di tempo e di personale, anche poco "convenienti" in termini di efficacia, efficienza ed economicità, tenendo conto, inoltre, del gran numero di ricorsi giudiziali che i soggetti controllati effettuano subito dopo l'emissione dei provvedimenti dell'autorità competente.

Il secondo motivo è rinvenibile nella mancanza sul mercato di uno strumento "omologato" che, come avviene per il caso dell'alcol, possa certificare su strada l'infrazione alla norma, ovvero, la guida sotto l'effetto di sostanze stupefacenti. Infine, un'ulteriore criticità emersa nel corso della sessione è relativa all'esistenza del fenomeno delle poli-assunzioni di sostanze, ovvero, all'assunzione contemporanea di alcol e droghe, rappresentando, di fatto, un micidiale cocktail con immaginabili effetti sulla sicurezza della circolazione stradale.

Possibili soluzioni:

Nella Provincia di Verona, negli ultimi anni, sono state effettuate delle valide operazioni congiunte tra Polizia Stradale e ASL (Progetto Drugs on street), determinando un innalzamento non solo del numero dei controlli su strada sullo stato psicofisico dei conducenti, ma anche – e soprattutto – dell'efficacia stessa dei controlli sulle sostanze d'abuso.

In pratica, i soggetti fermati dalla Polizia sono stati successivamente visitati da una intera *équipe* medica composta, tra l'altro, da tossicologi, alcolisti, psichiatri ecc. al fine di certificare "su strada" lo stato di alterazione psicofisica del soggetto controllato.

Una tale procedura ha consentito di adempiere pienamente ai dettati dell'articolo 187 CdS con il vantaggio di accelerare le procedure e di poter comminare le sanzioni definitive subito dopo la fase del controllo e della certificazione medica.

Tale metodologia ha consentito il sanzionamento degli utenti colpevoli del reato di guida in stato di alterazione psicofisica derivante da assunzione di sostanze, senza ingenerare ricorsi giudiziali da parte dei soggetti controllati.

Si segnala, infine, che le analisi effettuate durante il progetto veronese hanno evidenziato che il 47% dei conducenti controllati aveva fatto uso di alcol o di sostanze d'abuso ovvero di entrambe.

In definitiva, tra le varie soluzioni possibili, al fine della lotta alla guida sotto l'effetto di sostanze stupefacenti, si propone l'esportazione del "modello Verona" in tutte le altre Province d'Italia.

Tale modello, quindi, che ha dimostrato la propria validità in tale Provincia, dovrebbe passare da "Modello virtuoso provinciale" a "Paradigma nazionale di riferimento".

In parallelo, al fine di rendere sempre più intensiva la fase di verifica e di controllo su strada, si propongono, inoltre, altre valide iniziative quali:

"Drugs on street"

"Modello Verona"

Ulteriori proposte

1. fornitura alla Forze dell'ordine (*in primis* a Polizia stradale, Carabinieri e Polizie municipali) di idonei strumenti per la verifica dell'assunzione di alcol e sostanze d'abuso (etilometri omologati, precursori etilometrici, test di *sceening* per le principali sostanze stupefacenti);
2. semplificazione delle procedure attualmente previste dall'art. 187 CdS (es. con l'abolizione dell'obbligo di accompagnamento presso la struttura sanitaria ed introduzione di nuovi protocolli operativi che prevedano l'invio, da parte degli agenti di Polizia, di campioni di liquidi biologici in contenitori sigillati e catena di custodia certificata e certificabile; identificazione della migliore matrice biologica al fine di ridurre le possibilità di ricorso giudiziale in base all'assunto dei tempi di permanenza della sostanza nel campione biologico prelevato, identificazione delle strutture pubbliche o private dove è possibile l'analisi spettrografica di massa del campione, uso di convenzioni e partenariato pubblico-privato, ecc.).
- 3- aumento dei controlli specifici sull'uso delle droghe durante la guida.

Naturalmente, le azioni di contrasto all'uso di sostanze (sia alcol che droghe) durante la guida, non può prescindere da una forte azione di **informazione degli utenti** (es. campagne di comunicazione istituzionali a carattere continuo e prolungato sugli effetti dell'alcol e delle sostanze e sui quantitativi massimi di sostanze alcoliche ingeribili per non incorrere nelle sanzioni) nonché da un rinnovato dinamismo nel campo della **educazione alla sicurezza stradale** in tutte le scuole di ogni ordine e grado.

**Informazione e
educazione**

SOTTOLINEATURE

1	Operazioni congiunte tra Polizia Stradale e ASL
2	Rendere sempre più intensiva la fase di verifica e di controllo su strada
3	Fornitura alla Forze dell'ordine di idonei strumenti per la verifica dell'assunzione di alcol e sostanze d'abuso
4	Semplificazione delle procedure attualmente previste dall'art. 187 CdS
5	Forte azione di informazione degli utenti
6	Aumento dei controlli specifici sull'uso di droghe durante la guida
7	Educazione alla sicurezza stradale in tutte le scuole di ogni ordine e grado

Report della sessione del 13 marzo 2009 - Sala Oceania, ore 9.30

“Sistema di Allerta Precoce, la droga viaggia in internet, nuovi mercati e spaccio in rete”

Relatori: Giovanni Serpelloni, Claudia Rimondo, Umberto Rapetto, Roberto Mollica, Domenico Foglia, Renata Borriello, Roberto Casagrande

Moderatore: Teodora Macchia

Il Sistema di Allerta Precoce per le Droghe punta alla rilevazione il più precoce possibile di nuove sostanze psicoattive che divengono oggetto di consumo, di nuove formulazioni/miscele di sostanze più tradizionali, di nuove abitudini assuntive che comportano rischi per la salute e la sicurezza sociale. Lo scopo principale è quello di contenerne la diffusione e limitarne i rischi.

La rilevazione precoce

Ma rilevare ciò che di “nuovo” emerge nel campo delle droghe e del consumo presenta difficoltà oggettivamente ancora più articolate e complesse di quanto non si osservi abitualmente; richiede inoltre un’implementazione sinergica delle fonti informative, un arricchimento del bagaglio strumentale di osservazione e controllo estendendo l’attenzione ai nuovi mercati di spaccio che operano in rete.

La necessità di implementare le fonti

Internet è strumento di diffusione di cultura, di comunicazione e di compravendita, ma è anche un mezzo di straordinaria potenza per diffondere la cultura delle droghe, le istruzioni sulla loro coltivazione-preparazione-sintesi, la possibilità di acquistare facilmente una miriade di sostanze anche illegali e pericolose.

Immediata accessibilità, velocità dei contatti e completo anonimato del recapito destinatario conferiscono a questo “strumento” tutte le caratteristiche ricercate soprattutto dai più giovani per relazionarsi.

Le caratteristiche della rete

La miriade di chats, forum, social networks, instant messaging sempre con riferimento a *communities*, le comunicazioni VOIP (Voice Over Internet Provider) e l'utilizzo ampio di skype testimoniano tale preferenza. Le stesse caratteristiche sono anche funzionali ad un mercato che intende sollecitare e soddisfare, con capillari approcci di marketing, richieste sempre più varie e numerose riducendo le possibilità di essere intercettato ed inibito.

Attraverso una miriade di siti sono in ogni momento disponibili ed acquistabili online innumerevoli tipologie di sostanze (farmaci, droghe, club drugs, smart drugs, lifestyle drugs) compresi precursori per la sintesi di sostanza psicoattive (es. safrolo per produrre MDMA), paraphernalia, cleaners etc.

La vendita di sostanze in rete

Milioni di siti trattano delle diverse sostanze e forniscono istruzioni per la produzione e l'utilizzo. La numerosità dei siti, assieme all'assoluto anonimato dei destinatari, la non tracciabilità dei pagamenti (carte prepagate) e degli interlocutori (mascheramento attraverso la moltiplicazione speculare di un sito su diversi server anche in paesi diversi), rappresentano un problema non solo per la facilità con cui sono rese disponibili sostanze psicoattive e farmaci (quasi sempre senza alcuna prescrizione), ma anche per la loro vigilanza ordinaria da parte delle istituzioni competenti, in primis il GAT-nucleo Speciale Frodi Telematiche della Guardia di

Finanza, la Polizia Postale e delle Comunicazioni –Polizia di Stato ed i reparti investigativi del ROS dei Carabinieri.

Siti sempre più sofisticati, per accedere ai quali sono necessarie particolari password (siti probabilmente utilizzati dagli spacciatori), rendono ancora più difficoltose le investigazioni e richiedono una preparazione sempre più specifica di chi ha il compito di intercettare e contrastare.

**Le difficoltà di
identificazione
e vigilanza**

Tali difficoltà tecniche si accompagnano a quelle giuridiche (es. differenze nelle normative dei singoli paesi) ed appaiono ancor più limitative se si considera che il WEB è anche un canale di dialogo diretto tra organizzazioni terroristiche ed organizzazioni mafiose e che, non ultimo, consente un'agile gestione dell'intera filiera organizzativa: dalla produzione-compravendita delle droghe al riciclaggio ed al reinvestimento dei profitti attraverso circuiti finanziari complessi. Il passaggio del traffico di droghe all'utilizzo di internet in alternativa alla rete telefonica rende ancora più essenziale la cooperazione interforze ed internazionale.

Pur nelle sue complessità, la rete offre alcune occasioni per intercettare tendenze emergenti in termini di sostanze e di modelli di consumo attraverso, ad esempio, il monitoraggio di negozi e di farmacie on- line.

**Negozi e farmacie
on-line**

L'O.E.D.T. di Lisbona, nel 2008, segnalava un numero crescente di negozi on-line che commercializzano sostanze psicoattive.

Talune sono sostanze controllate; altre, spesso spacciate per naturali, sono proposte alla vendita enfatizzando l'effetto analogo a quello di sostanze illegali perché oggetto di controllo in virtù di normative nazionali o internazionali. Questi negozi pubblicizzano i loro prodotti nella grande vetrina di internet attraverso molteplici canali, informano sulle novità, sui costi, su dove e come procedere all'acquisto sicuro, sito per sito, città per città, su quali associazioni di prodotti sperimentare o non tentare, su come evitare i controlli, etc

Per quanto riguarda le farmacie on-line, l'INCB ne rilevava 185 (al 2007) e in 9 casi su 10 non veniva richiesta all'acquirente alcuna prescrizione medica. Oltre a farmaci veri e propri (come tali dichiarati) venivano proposte in vendita anche sostanze controllate; negli USA la FDA, nel 2008, sottolineava la presenza di sostanze illegali nella grande maggioranza dei colli postali provenienti da altri paesi e contenenti prodotti medicinali.

Indubabilmente il mercato della droga ha diversificato i canali di traffico e di informazione utilizzando sempre più frequentemente la rete.

**L'importanza
dell'allerta
precoce
e il NEWS**

Ed un sistema di allerta precoce ne deve adeguatamente tener conto di questo.

Come in Europa ad opera dell'O.E.D.T., anche nel nostro paese il National Early Warning System (NEWS), istituito presso il Dipartimento per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, pone la debita attenzione alla rete attraverso la collaborazione con le istituzioni deputate al suo monitoraggio.

Il NEWS è un sistema multicanale che acquisisce informazioni dal territorio relativamente a tutti gli aspetti di interesse concernenti nuove sostanze psicoattive oggetto di consumo, di nuove formulazioni/miscele di sostanze più tradizionali, di nuove abitudini assuntive che comportano rischi per la salute e la sicurezza sociale. Le caratteristiche del traffico (compreso il costo delle sostanze, la purezza, la presenza di contaminanti e tagli) sono messe in relazione con comportamenti

(anche in relazione alla scuola), con gli effetti sanitari siano essi già osservati in casi sentinella (es. segnalazioni da parte di CAV) o attesi (segnalati dal network europeo o ipotizzati sulla base della relazione struttura-attività delle molecole in questione).

In ragione di tali relazioni il Sistema predispone attenzioni e allerte differenziate in termini di livello di gravità e di destinatari. In questo quadro, l'input proveniente dalle osservazioni nel WEB potrebbe consentire di ipotizzare una evoluzione, o meno, di determinati fenomeni assuntivi.

L'integrazione di ogni informazione e segnalazione, anche in momenti diversi, consente inoltre al Sistema di complementare progressivamente il proprio database costruendo un quadro sempre più aderente alla realtà nazionale, ma anche territoriale.

Il NEWS è infatti georeferenziato, centralizzato ma regionalizzabile con focus anche a livello della singola provincia. Il Sistema è giovane istituzionalmente (formalizzato alla fine del 2008) ma ha già maturato esperienza attraverso i progetti nazionali e regionali che lo hanno preceduto ed ha già prodotto risultati concreti. Il network è in progressiva espansione con diversi livelli e modalità di coinvolgimento territoriale (ad es. Lombardia e Campania con diverse modalità hanno strutturato una rete che copre le rispettive regioni).

Il NEWS, che ha capitalizzato tutte le pregresse esperienze progettuali, deve essere necessariamente istituzionale e nazionale, ma ciò non preclude assolutamente i sistemi regionali con le loro specificità. Irrinunciabile è in ogni caso la tempestività che deve caratterizzare un sistema di allerta precoce distinguendolo da un monitoraggio che ha tempi e obiettivi diversi.

Il NEWS come sistema integrato

La tempestività come requisito irrinunciabile

SOTTOLINEATURE

1	Il Sistema di Allerta Precoce per le Droghe punta alla rilevazione il più precoce possibile di nuove sostanze psicoattive
2	Rilevare ciò che di "nuovo" emerge, richiede inoltre un'implementazione sinergica delle fonti informative
3	La numerosità dei siti, la non tracciabilità dei pagamenti e degli interlocutori rappresentano un grave problema.
4	Il monitoraggio di negozi e di farmacie on- line
5	Un sistema di allerta precoce deve adeguatamente tener conto della diversificazione dei canali di traffico
6	L'importanza del National Early Warning System (NEWS), istituito presso il Dipartimento per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri
7	La tempestività che deve caratterizzare un sistema di allerta precoce è, in ogni caso, irrinunciabile

Report della sessione del 13 marzo 2009 - Oceania, ore 17.00

“Drug test dei lavoratori”

Relatori: Franco Tagliaro, Luciano Riboldi, Rappresentante Sindacale, Fabio Pontrandolfi, Edoardo Cozzolino

Moderatore: Giorgio Di Lauro

La sessione di lavoro sui drug test dei lavoratori ha visto presenti come relatori il Medico Legale, il medico del lavoro, il rappresentante della confindustria ed il rappresentante dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze, mancava il rappresentante sindacale ma per sua scelta, (essendo presente in sala).

Dal primo relatore, il prof. Franco Tagliaro, Medico Legale dell'Università di Verona, sono state analizzate le varie procedure diagnostiche per formulare una diagnosi sicura di tossicodipendenza, ponendo maggiormente l'accento sulla problematica dei test di conferma che richiedono una dotazione strumentale complessa e sulla interpretazione dei risultati che richiede una competenza ed esperienza, da parte dell'esaminatore, tossicologica e medico legale.

In particolare l'attenzione del relatore si è soffermata sui falsi positivi, e sui falsi negativi ponendo maggiormente l'accento su questi ultimi che con un cut-off negativo, alcune volte, c'è bisogno di una conferma.

Le procedure diagnostiche

Il secondo relatore dott Luciano Ribaldi, medico, del Lavoro si è soffermato sul ruolo del medico del lavoro e sul rapporto con i lavoratori che è un rapporto di sostegno. Ha ribadito che la Medicina del Lavoro “si è sempre occupata e si occupa quindi della sicurezza, della tutela e della promozione della salute delle persone al lavoro, basandosi su competenze ed esperienze preventive, cliniche, riabilitative e medico legali..... I “Medici Competenti” guardano alla problematica dell'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope da parte dei lavoratori, in particolare di quelli addetti a mansioni che comportano rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi”.

Il ruolo del medico competente

Il relatore sottolinea inoltre che nel provvedimento vengono delineate nuove funzioni per il medico competente (funzioni di controllo) che appaiono in contrasto con il suo ruolo di riferimento, nell'ambito del rapporto personale che ha con imprenditori e aziende, e di figura di riferimento e fiducia dei lavoratori.

Le sue nuove funzioni

- il medico competente, al quale è affidato il delicato compito di esprimere il giudizio di idoneità alla mansione, finalizzato alla tutela della salute del lavoratore, viene chiamato ad intervenire ed eventualmente esprimere giudizi di inidoneità anche per la tutela della incolumità di terzi, materia nuova e ancora giuridicamente non definita;
- le modalità operative previste appaiono molto complesse e finiscono con l'attribuire compiti e responsabilità piuttosto lontani dal ruolo dei professionisti in campo, imponendo un tempo eccessivo dedicato unicamente ad adempimenti formali;

- le procedure prevedono protocolli di non facile attuazione da parte del singolo medico competente, che rendono ardua l'applicazione della normativa soprattutto nelle piccole e medie aziende;
- la norma può trovare applicazione solo nell'ambito del lavoro dipendente o assimilato (soci), mentre non può essere applicata nell'ambito del lavoro autonomo.

Il dott. Fabio Pontrandolfi, rappresentante della Confindustria, ribadisce che la Confindustria condivide gli accertamenti sui lavoratori, partendo dalla netta distinzione tra scelte volontarie ed illecite e malattia, professionale o non. Mette in evidenza che gli accertamenti sono, per i lavoratori adibiti a mansioni a rischio, un onere. Se vuole essere adibito a quelle mansioni deve accettare il controllo.

**L'opinione di
Confindustria**

Il secondo punto evidenziato è che gli accertamenti non devono incidere negativamente sull'organizzazione aziendale. L'intesa del 2007 e l'accordo del 2008 delineano un quadro fortemente critico per le aziende, perché incidono sui ritmi di lavoro. Occorre, secondo il suo parere, semplificare sia le procedure sanitarie, sia l'incidenza sul rapporto di lavoro.

La preoccupazione per le piccole aziende che possono vedere i lavoratori coinvolti per giorni o mesi nelle procedure da esplicitare in caso di sospetta positività, poiché nel periodo di inidoneità è quasi impossibile adibire il lavoratore a mansioni compatibili con il suo stato di salute. Il relatore chiede esplicitamente che in caso di positività deve essere possibile non procedere all'assunzione, se il controllo era finalizzato all'assunzione, ovvero sospendere il rapporto di lavoro ma non l'adozione di mansioni specifiche se il controllo viene effettuato al lavoratore già assunto.

Ed infine chiede di risolvere il rapporto di lavoro in quanto impossibile adibire il lavoratore ad altre mansioni.

Le richieste del rappresentante di confindustria cozzano in modo grave con le disposizioni della legge 309/90.

Il Dr Edoardo Cozzolino Direttore del Ser.T. 1 ASL di Milano, in prima battuta fa notare le nuove disposizioni dell'accordo 2008 in rapporto alla legge 309/90,

La normativa

L'art. 125 e 124 del D.P.R. 309 parlano esplicitamente di tossicodipendenza. L'accordo Stato Regioni sottolinea nelle premesse la necessità di estendere le cautele anche agli stati di uso e abuso non configurabili come tossicodipendenza, ma lo stesso accordo, nelle procedure diagnostico-accertative di II° livello parla solo di tossicodipendenza (punti 2 e 3).

Negli accertamenti clinici mediante visita medica torna a citare la finalità di "... stabilire se vi sia o vi sia stato uso di sostanze".

Tutto ciò genera ambiguità in un testo che oscilla in più punti, rendendo incerta la comprensione dell'effettivo oggetto dell'accertamento e delle procedure diagnostiche (uso, abuso, tossicodipendenza).

Il dott. Cozzolino ribadisce che si rende necessaria una riscrittura degli articoli 124 e 125 che vengano riattualizzati rispetto al fenomeno per come si configura oggi, essendo lo scenario dei consumi, abusi e dipendenze patologiche profondamente diverso da quello esistente nella seconda metà degli anni '80.

Le stesse incertezze citate nel punto precedente, influenzano significativamente anche l'area delle procedure d'accertamento di 2° livello.

Il *range* delle procedure diagnostico accertative di 2° livello è estremamente ampio e appare più consono alla procedura diagnostica utilizzata dai Ser.T. per la presa in carico di un paziente a fini terapeutici, piuttosto che a una procedura dedicata all'accertamento di uso, attuale o pregresso, di sostanze stupefacenti in un soggetto che ricopre una mansione a rischio. Il relatore mette in risalto la necessità di riconsiderazione degli artt. 124 e 125 del 309/90, di ridiscutere i contenuti dell'Accordo Stato Regioni per valutare la possibilità di rendere più agili le modalità di accertamento di 2° livello, anche in considerazione dei potenziali costi, per i servizi e per i datori di lavoro; costi economici e temporali per il completamento dell'iter e la produzione della certificazione a fronte di un potenziale grande numero di soggetti da valutare.

**Gli accertamenti
di 2° livello**

L'ultima considerazione del relatore è inerente alla preoccupazione che il numero di persone inviabili ai Ser.T., per una valutazione di 2° livello, potrebbe essere molto alto, data la grande diffusione dell'uso di sostanze stupefacenti; alta è la percentuale di soggetti che gestiscono mansioni a rischio.

La richiesta ultima del dott Cozzolino è di avviare, sia a livello del DNPA che nelle singole Regioni, specifici progetti di monitoraggio delle attività accertative rivolte a queste categorie di lavoratori.

**Loro
problematiche**

Le perplessità sulle procedure e le preoccupazioni, che sono emerse anche dagli interventi in sala, sono state in parte ridimensionate dalle risposte date dai vari relatori e dal contributo dato alla sessione dalla presenza del Direttore del dipartimento.

SOTTOLINEATURE

1	Semplificazione delle procedure diagnostiche
2	Definizione delle funzioni per il medico competente
3	Semplificazione sia delle procedure sanitarie sia dell'incidenza sul rapporto di lavoro
4	Necessità di aggiornare la normativa
5	Avvio di specifici progetti di monitoraggio delle attività accertative

Report della sessione del 13 marzo 2009 - Sala Vulcania 1, ore 15.00

“Ricerca e Tossicodipendenza”

Relatori: Emanuela Trogu, Giada Zoccatelli, Felice Nava, Rosanna Perone, Antonella Camposeragna, Pier Paolo Pani.

Moderatore: Lorenzo Somaini

La scarsa disponibilità di fondi da destinarsi alla ricerca scientifica in ambito delle dipendenze patologiche rappresenta una limitazione importante alla indipendenza della ricerca scientifica :

La situazione attuale

- 1) non in tutte le Regioni vengono erogati fondi destinati ad una ricerca indipendente, un esempio pratico in tal senso è rappresentato dalla Legge Regionale / Agosto 2007 n° 7 “Promozione della ricerca scientifica e dell’innovazione tecnologica in Sardegna Promozione e sostegno del sistema regionale della ricerca”.
Divulgazione dell’informazione e della cultura scientifica, anche attraverso il sostegno alla rete regionale di biblioteche; facilitazione della creazione di forme associative tra università, centri di ricerca, imprese Promozione di un sistema di valutazione attraverso standard internazionalmente riconosciuti.
- 2) in Italia il numero dei centri di cura pubblici e del privato sociale, rappresentano un patrimonio non trascurabile ai fini di una ricerca finalizzata alla diagnosi e alla cura delle tossicodipendenze.
Globalmente nei Ser.T sono trattati circa 180.000 tossicodipendenti, di questi circa 80.000 sono in trattamento farmacologico con metadone e buprenorfina. Inoltre, una parte di essi sono attualmente inseriti presso centri residenziali del privato sociale che unitamente ai Servizi Pubblici rappresentano un importante fonte di dati per lo sviluppo di linee di ricerca finalizzate al miglioramento dei trattamenti erogati a tale popolazione di pazienti.
- 3) le difficoltà incontrate nel condurre ricerca clinica nei Ser.T sono secondarie alla mancanza di investimenti sia pubblici (ministeri, regioni ecc) che privati, inoltre, le poche risorse economiche disponibili dagli investimenti pubblici (bandi di finanziamento) spesso sono poco note ai professionisti del settore o prevedono procedure molto articolate al fine del loro ottenimento; a tutto questo va aggiunto che gli assetti organizzativi dei Servizi (la costante carenza di personale e di strutture idonee), e delle ASL rendono difficoltosa e macchinosa la conduzione di studi clinici presso i Ser.T,
- 4) in Italia la promozione della ricerca è basata sulle iniziative spontanee di alcuni gruppi che sono riusciti ad esprimere risultati di rilievo internazionale nel campo della neurobiologia, della epidemiologia e della clinica delle dipendenze. Nonostante le difficoltà attualmente presenti l’analisi delle pubblicazioni su PubMed dei gruppi di ricerca italiani in tale ambito evidenzia un costante aumento

I fondi per la ricerca

I centri di cura come fonti di dati

La ricerca nei Ser.T.

La promozione della ricerca

dal 2000 ad oggi ma tutto questo necessita anche di un aiuto istituzionale sia locale che centrale.

- 5) La costante collaborazione tra pubblico e privato che caratterizza il nostro sistema di cura rappresenta una preziosa risorsa da sfruttare in modo intelligente anche ai fini della ricerca scientifica (valutazione esiti dei trattamenti in Comunità terapeutiche ecc).

**Collaborazione
tra i due sistemi**

Totale assenza di un sistema di infrastrutture (normativo-amministrativo-tecnico) in grado di:

**Criticità del
sistema**

- a. individuare le priorità della ricerca finanziata con risorse pubbliche;
- b. finalizzare gli investimenti economici sulla base delle priorità individuali;
- c. assicurare un sistema di valutazione;
- d. coordinare i soggetti interessati (pubblico, privato, università, centri di ricerca)
- e. riservare attenzione alla accountability delle ricerche finanziate

Ai Decisori Politici sia del governo centrale che di quello regionale chiediamo:

Le proposte

- A) di fornire infrastrutture normative, amministrative e tecniche al fine di creare un sistema competitivo di ricerca tenendo conto anche delle indicazioni da parte di chi conduce la ricerca sul campo;
- B) di potenziare i finanziamenti pubblici per la ricerca, rendere più agevole da parte delle ASL la partecipazioni a bandi di ricerca;
- C) di favorire l'introduzione di una disciplina formativa specifica all'interno dei percorsi di formazione universitaria;
- D) di considerare la ricerca scientifica in tale ambito non come un qualcosa in più, ma come una attività indispensabile da finanziare e da sorreggere istituzionalmente dal momento che rappresenta un importante fattore di implementazione/miglioramento del sistema di cura con conseguente produzione di dati scientifici in grado a loro volta di orientare le scelte terapeutiche e strategiche dei Servizi stessi.

SOTTOLINEATURE

1	Creare un sistema competitivo di ricerca
2	Potenziare i finanziamenti pubblici per la ricerca
3	Ricerca scientifica indispensabile per l'implementazione/miglioramento del sistema di cura

Report della sessione del 13 marzo 2009 - Sala Vulcania 2, ore 17.00

“Aggiornamento delle tabelle delle sostanze stupefacenti e relative soglie”

Relatori: Diego Petriccione, Pier Giorgio Zuccaro, Elisabetta Bertol, Mario Franchini, Cosimo Piccinno

Moderatore: Marcello Grasso

In riferimento all’ aggiornamento delle tabelle previste dall’art. n. 13 della L309/90, sono emerse le seguenti problematiche :

Problematiche

La repressione del traffico di stupefacenti prevede varie attività, tra cui sono di rilevante importanza la possibilità di sequestrare le sostanze oggetto di mercato illegittimo e lo sviluppo di attività investigative correlate. Le attività di repressione, però, sono permesse solo per le sostanze previste nelle tabelle. Da ciò deriva la necessità di mantenere le tabelle sempre aggiornate ed idonee al contrasto del traffico nella sua globalità.

In atto sono previste due tabelle, che contengono circa 170 principi attivi. Le tabelle possono essere aggiornate solo attraverso specifico decreto ministeriale. Quando nel mercato illegale emergono nuove sostanze, con caratteristiche tali da meritare di essere tenute sotto controllo, è essenziale poterle mettere rapidamente in tabella. Ciò, infatti, permette di iniziare precocemente le attività di contrasto, cercando di non dare spazio alla diffusione della nuova sostanza, che, altrimenti, potrebbe espandersi in maniera indisturbata.

L'immissione in tabella delle sostanze

Nel recente passato, due sostanze hanno avuto possibilità di poter essere smerciate abbastanza a lungo prima di poter essere efficacemente contrastate: la Salvia Divinorum (identificata nel 2003 e posta in tabella nel 2005) e l’Ecstasy, posta in tabella dopo circa un anno dalle prime segnalazioni.

Una prima esigenza è, dunque, legata alla possibilità di snellire le procedure per l’immissione in tabella di una nuova sostanza. In atto occorrono mediamente 30 gg. Una seconda esigenza è correlata alla possibilità di poter avere dei flussi informativi costanti dal territorio. In atto sono per lo più segnalazioni da parte delle Forze dell’Ordine o dalle Procure, in maniera non sufficientemente regolamentata. Il sistema d’ Allerta Rapida dovrebbe essere la risposta giusta a questa esigenza.

Le sostanze in atto in predicato per essere poste in tabella sono le seguenti:

- Lo “SPICE”: miscela di 14 principi attivi, dei quali nessuno presenta caratteristiche tali da meritarsi di essere posto in tabella, ma a cui spesso viene aggiunto il 3-pentil,1-naftoil-indolo, che invece è un agonista del recettore dei THC, capace di indurre effetti allucinogeni.
- Il GBL precursore del GHB.
- Il “POPPER”, che ha marcati effetti cardi tossici.

Un problema particolare è rappresentato dai semi di Canapa Indiana. Non possono essere sequestrati perché non contengono principi attivi. Vengono venduti per “collezionismo”, con tanto di etichetta che predica che la coltivazione è assolutamente vietata. Ma, nello stesso negozio, vengono commercializzati manuali ed accessori per la coltivazione, che, essendo comuni alla lecita attività di giardinaggio, di per sé non possono essere oggetto di sequestro.

Un problema simile può essere rappresentato dalla commercializzazione di spore di funghi con attività allucinogena. Le spore, non contenendo principi attivi, non possono essere sequestrate. Ma, poste nelle idonee condizioni di svilupparsi, diventano funghi dalle elevate potenzialità psicotrope.

Un problema opposto è rappresentato dalle smart-drug, commercializzate in locali alternativi come sostanze dagli effetti stupefacenti, ma che in effetti contengono sostanze sufficientemente innocue oppure sostanze attive poste in tabella, ma in percentuale non sufficiente a determinare effetti psicotropi. La presenza di sostanze poste in tabella produce l'obbligatorietà del sequestro. Qualcuno si interrogava quanto valesse la pena impegnare l'attività delle Forze dell'Ordine per delle sostanze non realmente stupefacenti, ma potenzialmente capaci d'indurre consumi psicologicamente legati alla cultura da “sballo”.

Le sostanze poste nelle tabelle sono correlate ad un valore soglia, che ha la mera funzione di discriminare la detenzione ad uso personale, suscettibile di sanzioni solamente amministrative, dalla detenzione finalizzata allo spaccio, penalmente rilevante ed in tal senso punibile.

Il valore soglia è ricavato dalle dosi droganti mediamente rinvenute sul mercato.

È quindi sempre puramente indicativo, essendo variabili le percentuali di principio attivo e la tolleranza dell'assuntore. È dunque rimessa alla discrezionalità del giudice, ritenere se la quantità sequestrata è finalizzata all'uso personale o meno. In tale decisione può avvalersi degli altri elementi circostanziali, messi in luce dall'attività investigativa delle Forze dell'Ordine. Tuttavia potrebbe non essere male rivedere ed eventualmente aggiornare i valori soglia, alla luce dei dati ricavabili dai più recenti sequestri.

Il valore soglia sovente è frainteso dai consumatori come la quantità al disotto della quale la detenzione è lecita. Probabilmente andrebbe curata ancor di più la comunicazione diretta al grande pubblico, per dirimere ogni possibile equivoco in materia.

È stato proposto, anche, di corredare le tabelle di un valore soglia minimo, che individui la percentuale di principio attivo al di sotto della quale una sostanza non ha un reale effetto psicotropo. Ciò potrebbe evitare inutili sequestri, utilizzando meglio le risorse delle Forze dell'Ordine. Ma va accuratamente valutato se ciò non renderebbe più facile il diffondersi del fenomeno delle smart-drug o il consumo di alte dosi di prodotti resi leciti dalla bassa percentuale di principio attivo

**La discrezionalità
del valore soglia**

SOTTOLINEATURE

1	Poter snellire le procedure per l'immissione in tabella di una nuova sostanza
2	Poter avere dei flussi informativi costanti dal territorio
3	Rivedere ed eventualmente aggiornare i valori soglia
4	Corredare le tabelle di un valore soglia minimo, al di sotto del quale una sostanza non ha un effetto psicotropo

Report della sessione del 13 marzo 2009 - Sala Saturnia, ore 15.00

“La legislazione”

Relatori: Federico Quatrini, Giuseppe Montebelli, Giuseppe Amato, Carlo Alberto Zaina, Mila Ferri, Enrico Sbriglia, Adalgisa De Marco

Moderatore: Pietro Soggiu e Sen. Carlo Giovanardi

La sessione “Legislazione” che mi è stata affidata si è tenuta nel pomeriggio di ieri, 13 marzo, e la “vivacità” delle relazioni e degli interventi finali del pubblico hanno per l’interesse dimostrato – condotto ad uno sfioramento del tempo concesso di oltre 45 minuti.

L’argomento, però, è di quelli agevolmente abordabili solo da coloro che dispongono di una più o meno definita preparazione giuridica e che meglio si muovono tra leggi, decreti, commi, novelle, prassi, sanzioni penali e/o amministrative e così via; per gli altri, certamente più numerosi, esso è non di rado arido, scarsamente accessibile se non poco comprensibile.

Comunque devo salutare come apprezzabile il fatto che tutti, relatori e pubblico, hanno partecipato in modo fortemente interessato allo sviluppo del tema perché esso è stato introdotto e condotto proprio nello spirito chiaramente indicato al comma 15 dell’articolo 1 della Legge antidroga (DPR 309/90), nella parte in cui recita che”...*le conclusioni della Conferenza sono comunicate al Parlamento anche al fine di individuare eventuali correzioni alla legislazione antidroga dettate dall’esperienza applicati va*”.

L’esame della normativa, approfondito pur nella limitazione temporale della sessione, ha comunque consentito di definire adeguato e sufficientemente equilibrato il sistema; tuttavia, le esperienze sul campo hanno evidenziato alcune distonie e sono stati quindi discussi e indicati alcuni opportuni aggiustamenti sul versante, soprattutto, sanzionatorio/ amministrativo.

In estrema sintesi:

1. è stata segnalata auspicabile la possibilità di introdurre nuove e più duttili sanzioni nell’ottica *della prevenzione*;

2. è stato indicato del tutto opportuno reintrodurre la possibilità di sospendere il procedimento sanzionatorio nel caso in cui il *tossicodipendente trasgressore* si sottoponga ad un contestuale programma di recupero (e non lo abbandoni);

3. l’istigazione all’uso di sostanze meriterebbe una soluzione invero radicale, attraverso un chiaro e definito “irrobustimento” delle attuali sanzioni per la propaganda abusiva delle sostanze vietate; l’art. 84 della normativa antidroga non appare più coerente con il proliferarsi ad es. del fenomeno, degli “*smart shop*”.

**Complessità del
tema**

**L’importanza
delle esperienze
sul campo**

**Possibili
modifiche alla
legislazione**

I lavori della sessione hanno comunque consentito di rendere più chiari alcuni aspetti della normativa antidroga, oggetto di contestazioni, risultate non fondate. Ad esempio:

- È stato lamentato che alcuni tossicodipendenti in cura presso strutture di recupero vengono ancora prelevati, su disposizione di magistrati, dalle forze dell'ordine e condotti in carcere per scontarvi un residuo periodo di pena detentiva, anche per condanne inferiori ai sei anni. A tale osservazione è stato chiaramente precisato che un provvedimento del genere (qualora il fatto segnalato si sia effettivamente verificato, esistendo in proposito alcuni dubbi) avrebbe dovuto essere contestato atteso che la "sospensione" per condanne sino a 6 anni è chiaramente recepita nella normativa attuale che l'ha innalzata dai precedenti anni 4.

Chiarimenti sulla normativa

- La considerazione - più volte riferita da alcuni media nazionali - secondo la quale sia stata la "Fini-Giovanardi" ad aver affollato le carceri di tossicodipendenti è del tutto errata e va contestata per una serie di motivi:

La Fini-Giovanardi

a) la legge attuale non consente di sanzionare il tossicodipendente in quanto tale ma punisce solo lo spacciatore e il detentore oltre soglia, peraltro, solo dopo aver rilevato e/o accertato che la sostanza detenuta non era per uso personale ma destinata alla cessione;

b) l'attuale normativa ha ampliato il ricorso alle misure di sospensione condizionale della pena e dell'affidamento in prova (artt. 90 e 94 DPR 309) in materia di tossicodipendente/ spacciatore;

c) è stata introdotta la misura alternativa al carcere rappresentata dal lavoro di pubblica utilità (art. 73 DPR 309) al tossicodipendente o al semplice assuntore quando il fatto è di lieve entità;

d) e, infine, il lamentato sovraffollamento delle carceri non pare davvero attribuibile alla legge del 2006 ma più ragionevolmente agli interventi in materia di recidiva introdotti con la c.d. legge "Cirielli" (2005) oppure a quelli che hanno esteso le ipotesi di *divieto di sospensione della pena* (art. 656, comma 9, lettera a) del C.P.P.).

In conclusione, è stata poi espressa soddisfazione in ordine all'efficacia della normativa antidroga attuale anche a seguito della - sia pur ancora breve - applicazione della stessa a seguito delle recenti modifiche (2906), in quanto emerge chiaramente una maggiore attenzione al recupero del tossicodipendente, atteso che il discrimine tra il reato e l'illecito amministrativo (art. 73, comma I, lettera a) del DPR 309) risulta avere ben retto alla prova dei fatti, come la lettura di numerose sentenze emesse in proposito - Cassazione in primis - ha confermato.

L'efficacia della attuale normativa

Il rappresentante dell'Amministrazione Penitenziaria ha sottolineato - in materia della legislazione di competenza - l'opportunità di prevedere una modifica dell'art. 54 quater della legge 354/75 al fine di poter concedere la misura alternativa alla pena (affidamento in prova; semi libertà) così come le altre misure premiali (ad es. permessi premio) alle persone detenute che abbiano commesso il reato (ex art. 385 C.P.) di evasione dagli arresti domiciliari, trattandosi invero di fatto ben diverso dalla classica evasione dal carcere ma sanzionato nella stessa materia.

Proposte

Sempre in materia di legge penitenziaria è stato suggerito di valutare:

- la modifica dell'art. 14 del DPR 230/2000 vietando il consumo e la somministrazione a qualsiasi titolo di qualsivoglia bevanda alcolica;
- l'opportunità di prevedere solo come ipotesi illecita *amministrativa* quella relativa a fatti di danneggiamento di bene pubblico quando lo stesso abbia un valore inferiore ai 200 euro, purché sia effettivamente risarcito dal detenuto nel termine di 30 giorni dalla contestazione e, comunque, prima della scarcerazione.

Al termine della sessione "Legislazione" la rappresentante del Coordinamento regionale ha richiesto di intervenire desiderando esporre una problematica di carattere generale in materia di "Piano d'azione antidroga nazionale", argomentando che, poiché l'Accordo Stato-Regioni è lo strumento normativo per le materie relative alla tutela della salute ed atteso che il suddetto Piano d'azione prevede un monitoraggio che dovrebbe essere reso disponibile anche alle Regioni che hanno sottoscritto l'Accordo, il Piano d'azione andrebbe concordato con le Regioni fin dall'inizio e sarebbe importante che tale metodo venisse seguito anche per il prossimo Piano d'azione e, più in generale, per tutte le questioni attinenti alla tutela della salute.

Piano di azione

SOTTOLINEATURE

-
- | | |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Auspicabile la possibilità di introdurre nuove e più duttili sanzioni nell'ottica <i>della prevenzione</i> |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
-
- | | |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2 | Possibilità di sospendere il procedimento sanzionatorio nel caso in cui il <i>tossicodipendente trasgressore</i> si sottoponga ad un contestuale programma di recupero |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
-
- | | |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3 | Un chiaro e definito "irrobustimento" delle attuali sanzioni per la propaganda abusiva delle sostanze vietate |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
-
- | | |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4 | L'opportunità di prevedere una modifica dell'art. 54 quater della legge 354/75 al fine di poter concedere la misura alternativa alla pena |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
-

Report della sessione del 13 marzo 2009 - Sala Oceania, ore 12.30

“Le azioni di contrasto del traffico e dello spaccio e le relazioni internazionali”

Relatori: Alfredo Mantovano, Elisabetta Simeoni, Adelchi D'Ippolito, Raffaele Tito

Moderatore: Sebastiano Vitali

La produzione mondiale di sostanze stupefacenti e la prospettiva di una sempre più crescente superproduzione di alcune di esse, fanno emergere un quadro generale preoccupante, e pongono seri interrogativi sulle strategie di lotta da adottare da parte dei Governi, e per essi le Forze di Polizia, in quelle aree geografiche afflitte da tale fenomeno.

Parallelamente, i gruppi criminali che gestiscono tali traffici, sono in grado di condizionare la stabilità di alcuni Stati, inquinandone l'economia e minandone la sicurezza interna, tenuto conto dei comprovati legami con gruppi terroristici di elevata pericolosità, sia endogeni che internazionali.

Significativa in tal senso la situazione in Sud America, Afghanistan e nei Paesi della West Coast Africana, che per la loro precarietà politico-sociale, costituiscono terreno fertile per il consolidamento delle attività illecite della criminalità transnazionale.

Il quadro internazionale

I dati statistici italiani dimostrano, comunque, quanto sia stata efficace l'azione interdittiva, che nel 2008 ha portato al sequestro di oltre 42 tonnellate complessive di sostanze stupefacenti (+33% rispetto al precedente anno), cui vanno aggiunte le oltre 20 tonnellate di cocaina intercettate nei vari continenti, grazie alla cooperazione internazionale delle nostre Forze di Polizia, e che collocano il nostro Paese ai primi posti in Europa per i sequestri di cocaina ed al primo per quelli di eroina.

Il contrasto in Italia

L'azione di contrasto da parte della Forze di Polizia, seppur lodevole e incisiva, purtroppo non riesce da sola a produrre la riduzione della domanda. È necessaria anche un'azione più profonda nel campo della prevenzione, dando rilievo all'informazione, che non può essere episodica ma permanente e quotidiana, per sgomberare il campo da luoghi comuni e da falsi convincimenti circa la non pericolosità dell'uso di droghe di qualsiasi specie.

In tal senso, occorre creare delle professionalità specifiche, nel campo soprattutto scolastico, che consentano di trasmettere messaggi chiari sui pericoli cui, specialmente i giovani, vanno incontro.

L'importanza della prevenzione

L'universalità del fenomeno richiede una risposta globale; l'unico e più incisivo strumento è quello della “cooperazione internazionale”, sia attraverso la collaborazione tra le Forze di Polizia, già realizzata e comunque sempre più da implementare, sia attraverso la partecipazione concertata ai lavori dei numerosi consessi internazionali, tra i vari attori che operano nel settore, per mettere a punto una strategia comune e condivisa, la quale permetta di realizzare un migliore approccio nella policy della riduzione della domanda e dell'offerta.

Cooperazione internazionale

SOTTOLINEATURE

-
- | | |
|---|--------------------------------|
| 1 | Efficace l'azione interdittiva |
|---|--------------------------------|
-
- | | |
|---|------------------------------------------------------------------------|
| 2 | È necessaria anche un'azione più profonda nel campo della prevenzione, |
|---|------------------------------------------------------------------------|
-
- | | |
|---|-------------------------------------------------------------------------------|
| 3 | L'unico e più incisivo strumento è quello della "cooperazione internazionale" |
|---|-------------------------------------------------------------------------------|
-

Report della sessione del 13 marzo 2009 - Sala Vulcania 1, ore 9.00

“Aspetti educativi”

Relatori: Valter Drusetta, Angela Bardi, Giovanni Di Giovanni, Corrado Celata, Giuseppe Loreface, Germana Cesarano

Moderatore: Don Chino Pezzoli

La V° Conferenza di Trieste sui problemi connessi alla droga si conclude con un appello comune da parte del nostro gruppo sugli aspetti educativi: ridiamo presenza e spessore alla prevenzione mettendo al centro la famiglia, la persona.

Diversi interventi hanno ribadito che la condizione familiare incide più di quanto si creda nel disagio giovanile in genere e nella tossicodipendenza. Evidenziare una certa incidenza tra disagio giovanile e famiglia, non significa classificare le famiglie e favorire una valutazione positiva o negativa delle stesse. Si vuole sostenere la tesi, avvalorata dalla ricerca ed esperienza, che vede in certe situazioni familiari segnate da divisioni, incomprensioni, estraneità, superficialità, apprensione ed altro, condizioni favorevoli alla devianza.

L'importanza della condizione familiare

La famiglia in crisi affettiva e sprovvista di contenuti valoriali ed educativi, può favorire nei figli stati di insicurezza, di demotivazione, di ansia che spesso sono alla base dell'uso e abuso di sostanze inebrianti e stupefacenti. Noi educatori siamo del resto convinti che ogni situazione involutiva personale rimanda, in parte, all'ambiente in cui si nasce, si cresce, dove si elaborano le scelte e le sconfitte.

Ci siamo chiesti quindi: quale tipo di famiglia si presenta ai nostri Centri d'Ascolto per chiedere aiuto per il figlio? Una famiglia: sopraffatta di fronte alla potenza di una società consumistica che impone i suoi “valori” e modelli di comportamento in funzione del processo produzione-consumo; scoraggiata, rassegnata e confusa che tende ad abbandonarsi ad atteggiamenti di “delega”; senza punti di riferimento e comportamenti valoriali; sommersa dal superlavoro e assente come contesto educativo, relazionale, affettivo; sostitutiva che non permette ai figli di assumersi gradualmente concrete e costruttive responsabilità; senza regole e in balia del permissivismo e superficialità.

La difficoltà delle famiglie

Di qui l'urgenza d'aiutare le famiglie a riscoprire la necessità e l'urgenza di porre al centro del proprio interesse la persona, la sua crescita e felicità; a recuperare la consapevolezza della propria funzione, dei propri limiti e delle proprie risorse e responsabilità; a valorizzare le relazioni affettive attraverso il dialogo, il contatto umano, la presenza, lo scambio di esperienze, la condivisione della gioia e del dolore; a ritenere i problemi, le difficoltà come prove da superare e non come sconfitte da subire; a raggiungere una “struttura interiore” che sostiene i comportamenti, le scelte, l'equilibrio; ad adottare un progetto educativo per facilitare l'evoluzione dei figli e l'affermazione delle loro qualità e potenzialità.

I valori da riscoprire

Nel nostro gruppo sugli aspetti educativi è intervenuta Letizia, un'alunna che ha ribadito che nel pianeta giovanile esiste un “silenzio educativo”. I giovani hanno tutto,

Mettere al centro la persona

ma non hanno, da parte degli adulti, indicazioni, sostegni per crescere. Si evidenzia purtroppo una cultura materialista che prospetta ai ragazzi e giovani una vita senza speranza e futuro. Tutto viene affidato alla tecnica e al progresso, all'avere e agli investimenti. La vita purtroppo non cresce se imbrigliata in schematismi esatti e computerizzati.

Solo se diamo spazio ad ambienti sociali, umani in cui la persona è messa al centro usciremo da questa crisi involutiva che interessa soprattutto la fascia giovanile. Solo se metteremo la persona al centro che pensa, ama e sogna, strapperemo i giovani alla noia, nausea e voglia di sballo.

Qualcuno ha detto che la nostra spregiudicatezza ha prodotto il “mostro”, cioè una società che propone ai giovani discorsi e parole, iniziative provvisorie senza continuità, che tollera scuole senz'anima, spazi sociali privi di proposte educative, che si mostra come un gigante impotente di fronte alle devianze giovanili, ai problemi vitali ma è “malata” di parole e di burocrazia, confusa per il frazionamento e la sovrapposizione di messaggi contraddittori, non solo a livello di principio, ma anche di fatto; che enfatizza il tempo della giovinezza come simbolo del senso pieno della vita e non favorisce la maturazione della persona, ma abbellisce e ostenta l'immagine; che promuove una scuola “contenitore” lontana dai problemi giovanili e dalle possibili dinamiche evolutive.

Questa analisi evidenzia quanto siano necessarie strutture comunitarie che attendono a dare risposte immediate sia al disagio giovanile che alle agenzie educative.

Le strutture utili

Mai come adesso è urgente aprire Centri d'Accoglienza, Comunità educative per minori, Case famiglia. Non si pensi che queste Comunità siano il toccasana di un disagio che richiede cambiamenti radicali di mentalità, di relazione sociale, di crescita familiare. Sono e restano le Comunità necessarie per evitare il peggio, per togliere alcuni ragazzi e giovani dal rischio peggiore, quello della morte.

Se non ci fossero questi ambienti di speranza, i disastri umani, familiari e sociali sarebbero maggiori. Siamo soliti dire che le Comunità non sono luoghi in cui si fanno i miracoli. Nessun miracolo, ma solo tanta disponibilità per accogliere, valorizzare, aiutare la persona sola e fragile.

Le nostre ricerche e i dati, durante la Conferenza, sono stati pubblicizzati e commentati con tanta intelligenza. Mi sono chiesto: abbiamo sempre presente la sofferenza del soggetto dipendente dalle droghe e dell'alcol? I nostri interventi sulla cura, la “riduzione del danno” hanno come fini la riduzione della sofferenza nei tossicodipendenti e nelle persone loro vicine? Se così non fosse e la sofferenza del tossicodipendente aumenta, si cronicizza, è necessario fermarsi, riflettere, trovare soluzioni diverse.

Dare un servizio alla vita

Il nostro desiderio di operatori e di educatori è di poter andare avanti in questo servizio alla vita.

Crediamo che sia anche il desiderio dell'on. Carlo Giovanardi e del dott. Giovanni Serpelloni ai quali va il nostro grazie per l'impegno e la serietà nel far capire alla società civile che la droga fa male e drogarsi non è un diritto. È la sfida del ventesimo secolo: mettere al centro la persona, come soggetto attivo della propria dignità e maturità. Insomma, educare.

SOTTOLINEATURE

-
- 1 Ridiamo presenza e spessore alla prevenzione mettendo al centro la famiglia, la persona
 - 2 La famiglia in crisi affettiva e priva di valori educativi, può favorire nei figli stati di insicurezza, di demotivazione, di ansia che spesso sono alla base dell'uso e abuso di sostanze inebrianti e stupefacenti
 - 3 Solo se diamo spazio ad ambienti sociali, umani in cui la persona è messa al centro usciremo da questa crisi involutiva
 - 4 Sono necessarie strutture comunitarie per dare risposte immediate sia al disagio giovanile che alle agenzie educative
 - 5 Il nostro desiderio di operatori e di educatori è di poter andare avanti in questo servizio alla vita
-

III

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

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

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

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

Moderatore: Giovanni Serpelloni

Premesse e principi generali condivisi:

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

D. Si tratta però di sottolineare anche un altro aspetto e cioè che non solo aumentando le risorse si risolverà il problema, perché è da subito necessario riorganizzare l'offerta e programmare in maniera condivisa, integrata e partecipata nel medio lungo termine e poi conseguentemente introdurre sistemi di valutazione dei risultati, delle prestazioni erogate in relazione ai costi ed agli obiettivi raggiunti.

**La valutazione
come criterio di
finanziabilità**

E. È prioritario introdurre sistemi di valutazione permanenti dell'efficacia in pratica e dei costi al fine di poter correttamente programmare e controllare. La presenza e l'uso di questi sistemi di valutazione nei Dipartimenti dovrebbe costituire "criterio di finanziabilità".

**Superare lo stallo
Stato-Regioni**

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

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

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

No	Si	Totale
8	13	21

Regioni in cui sono stati istituiti i dipartimenti per le dipendenze

No	Si	Totale
11	10	21

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

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

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

No	Si	Parzialmente	Totale
6	14	1	21

Un nuovo tavolo operativo

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

Un nuovo ruolo per il DPA

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

Il ripristino del Fondo Nazionale Antidroga

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

La quota fissa

L'integrazione nei trattamenti

Attivazione dei Dipartimenti delle Dipendenze

No alle proposte di legge su SerT in psichiatria

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

Pari dignità tra pubblico e privato sociale

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

**Formazione
permanente**

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

**Unità operative
per gli interventi
di prevenzione
indicata/selettiva**

La ricerca

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

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

**Le "pari
responsabilità"**

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

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

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

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

“La cura della dipendenza da sostanze in Italia”

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

Moderatore: Pietro Fausto D'Egidio

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

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

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

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

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

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

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

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

Premesse e principi di base

Alta mortalità e invalidità

I farmaci

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

Approccio multidisciplinare

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

Interventi personalizzati

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

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

Alcol e droghe

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

Supporto psicologico indispensabile

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

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

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

Il dipartimento delle dipendenze

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

Persone immigrate

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

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

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

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

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

Diagnosi complesse

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

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

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

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

La valutazione

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

Lo stato dell'arte in Italia

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

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

Un bilancio dopo 30 anni

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

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

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

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

Consultazioni permanenti

Roma 4 giugno 2009

Sala polifunzionale- Presidenza del Consiglio dei Ministri

Via di S. Maria in Via, 37 - Roma

Il sessione ore 15.00

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

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

Moderatore ed editing del documento: Giovanni Serpelloni

Sintesi della sessione per punti salienti, sulla base degli interventi

1. Al fine di contestualizzare la discussione sull'utilità del drug test professionale vanno considerate alcune riflessioni di base:

Premesse e principi generali

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

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

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

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

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <p>6. Le attività di prevenzione primaria delle dipendenze indirizzate ai genitori preoccupati o con il sospetto di uso di sostanze da parte dei figli dovrebbero essere eseguite in specifiche unità operative di prevenzione all'interno dei dipartimenti delle dipendenze che dovrebbero dotarsi di strutture specializzate. La consulenza e il servizio andrebbero offerti attivamente anche tramite pubblicizzazione sui siti internet, pubblicità murale, televisione, giornali e avvisi permanenti in strutture quali scuole, palestre, ecc.</p> | <p>Unità operative specialistiche per la prevenzione</p> |
| <p>7. Il drug test professionale va visto come un "esame di realtà" che i genitori insieme con il minore fanno supervisionati e supportati da personale sanitario specializzato, rappresenta quindi un punto di partenza per cominciare a discutere e risolvere un problema, togliendo di mezzo sospetti di riferiti non veritieri, gravi stati di addiction, sopravvalutazione dei problemi o, per contro, sottovalutazione.</p> | <p>Esame di realtà</p> |
| <p>8. Il drug test professionale risulta inoltre particolarmente utile nel monitoraggio e nella valutazione dei successi o degli insuccessi degli interventi finalizzati ai cambiamenti del comportamento di consumo.</p> | <p>Outcome</p> |
| <p>9. Risulta inoltre molto importante considerare l'effetto "ipertranquillizzante" di un eventuale risultato negativo. Va ricordato che non tutte le sostanze sono riscontrabili al drug test (ad esempio smart drugs) o lo sono dopo alcuni giorni se non ore (ad esempio alcol). A tal fine è importante fare riferimento ai noti fattori di rischio identificati dal NIDA (in particolare problemi scolastici sia di rendimento che di condotta, frequentazione di pari che consuma sostanze o devianti, familiari in particolare fratelli che consumano) che rappresentano dei segnali di allarme alternativi o complementari al drug test. La validità e l'efficacia dell'utilizzo del drug test professionale e dell'intervento di counseling successivo dovrà essere valutata attraverso la capacità di intercettare precocemente minori consumatori di droga non altrimenti identificabili, interrompere più precocemente l'uso di sostanze e, quindi, ridurre l'incidenza dell'evoluzione in addiction. In altre parole è necessario porsi la domanda di quanto sia la quota di soggetti a rischio che non viene individuata se non tramite il drug test e quale quota può essere identificata in alternativa o preliminarmente tramite altri metodi e se esistono quindi metodi alternativi a più alto rendimento e a minor costo.</p> | <p>Gestione del test negativo</p> |
| <p>10. Nell'utilizzo del drug test professionale va considerata anche la necessità di affidarsi metodiche e laboratori accreditati o in grado di fornire diagnosi affidabili che possano ricostruire non solo l'uso attuale ma anche quello pregresso.</p> | <p>Laboratori accreditati</p> |
| <p>11. In ultima analisi, la motivazione di base che ci dovrebbe guidare nel teorizzare ed attivare interventi di questo tipo si possono riassumere in:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. fornire la reale possibilità di attuare interventi di prevenzione e terapie precoci su gruppi e soggetti ad alto rischio espletando anche, nel contempo, un supporto psicologico/educativo alla famiglia; b. non trasformare il drug test professionale in una "caccia alle streghe" ma una base di partenza per compiere "un'analisi di realtà" che stia | <p>Conclusione</p> |

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

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

1. Diagnosi precoce e supporto alle famiglie

A. Interventi precoci

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

**Interventi
preventivi a 14
anni**

B. Cura dei propri figli

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

Diagnosi precoce

C. Drug test professionale e preventivo

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

Drug test come accertamento sanitario preventivo professionale

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

Riservatezza e professionalità

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

Counseling

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

**Ricerca
dell'adesione
volontaria del
minore al test**

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

**Prevenzione a
domicilio**

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

**Supporto alla
famiglia**

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

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

**Positività del test
e irrigidimento dei
genitori**

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

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

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

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

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

Precauzioni sulle modalità di relazione

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

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

Affidamento del drug test

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

Una libertà “condizionata”

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

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

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

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

2. Allerta precoce e responsabilizzazione dei genitori

A. Programmi di allerta genitoriale

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

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

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

Allerta e responsabilizzazione dei genitori

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

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

Il principio di cautela

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

B. Comunicazione genitoriale anonima

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

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

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

**"Anonymous
Parents'
Notification"**

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

**Attività
scientificamente
orientata**

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

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

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

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

Modalità per la comunicazione

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

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

Anonimato

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

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

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

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

Counseling

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

Reazioni dei genitori contattati

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

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

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

AccREDITAMENTO dei servizi

C. Terapia famigliare

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

Comunicazione tra genitori e figli

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

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

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

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

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

IV

La valutazione delle Sessioni tematiche della Conferenza

La valutazione delle Sessioni tematiche della Conferenza

Modello valutativo a cura del Dipartimento Politiche Antidroga

Elaborazioni a cura di ITC-ILO

Con la supervisione del Prof. Gianmaria Battaglia - SDA Bocconi – Dott. Enrico Tezza - ITC-ILO

1. Finalità

La finalità originaria della valutazione era quella di selezionare i temi per l'approfondimento in plenaria dell'ultimo giorno.

Il disegno valutativo, con la supervisione del Prof. Gianmaria Battaglia, fu pensato con questa finalità predisponendo delle schede valutative cartacee per la compilazione manuale.

2. Le fasi per l'ottenimento della scheda definitiva

Il disegno valutativo era stato descritto in una breve nota metodologica che illustrava la logica valutativa, le precondizioni e le opzioni organizzative. Da una scheda iniziale esplicativa delle finalità e articolata in 6 "dimensioni" e organizzata a matrice (righe dimensioni e colonne relatori, con le modalità da inserire nelle celle), la discussione ha portato a portato alla riduzione a 5 dimensioni (organizzate solo su righe con una scala settenaria), ridotte ulteriormente a 4 nella scheda finale distribuita durante al Conferenza.

Le definitive dimensioni della valutazione (criteri) riguardano tre criteri specifici (Adeguatezza analisi del problema, Utilità delle soluzioni proposte e Fattibilità delle soluzioni proposte) e un criterio generale (Livello di accordo sulle soluzioni proposte), mentre la scala di misura è stata ristretta a 5 modalità. Infine, la scheda includeva una parte anagrafica per raccogliere alcune informazioni sulle caratteristiche dei rispondenti.

La valutazione è stata svolta in due fasi successive:

- a. durante la Conferenza, focalizzando l'interesse sul criterio generale;
- b. post Conferenza, per inserire i dati sui criteri specifici.

3. Rispondenti

Alla Conferenza hanno partecipato persone provenienti dai Servizi pubblici (Sert), dal Privato sociale, dalle Regioni, dai Ministeri centrali, da Università e centri di ricerca privati e da altre organizzazioni operanti nel settore delle Dipendenze (centri o istituti di formazione, giornalisti). I rispondenti totali sono stati 1624 distribuiti nei seguenti raggruppamenti:

Primo round	(dalla sessione 1 alla 4)	384
Secondo round	(dalla sessione 5 alla 8)	397
Terzo round	(dalla sessione 9 alla 12)	373
Quarto round	(dalla sessione 13 alla 16)	280
Quinto round	(dalla sessione 17 alla 20)	190
Totale		1.624

Il picco della partecipazione si è avuto nel secondo round di sessioni con una tendenza alla diminuzione verso al fine della giornata.

I rispondenti variano da un minimo di 8 nella sessione 20 ad un massimo di 179 nella sessione numero 1.

4. Risultati

Di seguito di riepilogano i risultati delle venti Sessioni.

In generale, i partecipanti sono equamente distribuiti per sesso, con una prevalente provenienza dai Sert e dal Privato Sociale, di età superiore ai 40 anni. Le professioni maggiormente rappresentate sono quelle del medico, psicologo, assistente sociale. Tra le segnalazioni di altre aree professionali emerge quella dell'educatore, dell'infermiere e, con minore intensità, i religiosi. La scheda di rilevazione ha permesso di distinguere i relatori con maggior punteggio da quelli con minor punteggio. Il 50 % delle sessioni ha mostrato performance omogenee fra i relatori, mentre il 50% fa notare una certa differenza fra la qualità delle presentazioni. In qualche caso è anche possibile individuare le relazioni poco gradite. Il disegno delle schede non permette di mettere in luce i contenuti delle sessioni di maggior attrazione. Tuttavia, la numerosità della partecipazione può segnalare l'interesse per alcune tematiche come quella relativa alla Cronicità (Sessioni 1), le Comorbilità (Sessione 11), i Nuovi scenari (Sessione 9), la Legislazione (Sessione 13), la Valutazione dei trattamenti e dei risultati (Sessione 5) e le Strategie ed interventi di prevenzione (Sessione 6).

SESSIONE 1: Cronicità o cronicizzazione?

(179 questionari)

Dei 179 rispondenti 166 hanno anche completato la parte anagrafica. La maggioranza dei rispondenti proviene dai Sert (47%) e dal Privato sociale (42,2%) sufficientemente ripartiti per sesso. La classe di età più rappresentata è quella compresa tra 50 e 59 anni (43,2%). La professione saliente dei partecipanti a questa sessione è quella medica (33,5%). Laura Titone risulta la persona che ha acquisito il maggior gradimento su ogni criterio specifico e generale.

Caratteristiche rispondente

Organizzazione di appartenenza	Freq.	%
Sert	78	47.0
Operatori del "privato sociale"	70	42.2
Amministrazioni Regionali	9	5.4
Altro	5	3.0
Società Scientifiche o Istituti di ricerca	3	1.8
Amministrazioni Centrali	1	0.6
Amministrazioni provinciali e comunali	0	0.0
Totale	166	100.0

Genere	Freq.	%
Femmina	73	47.1
Maschio	82	52.9
Totale	155	100.0

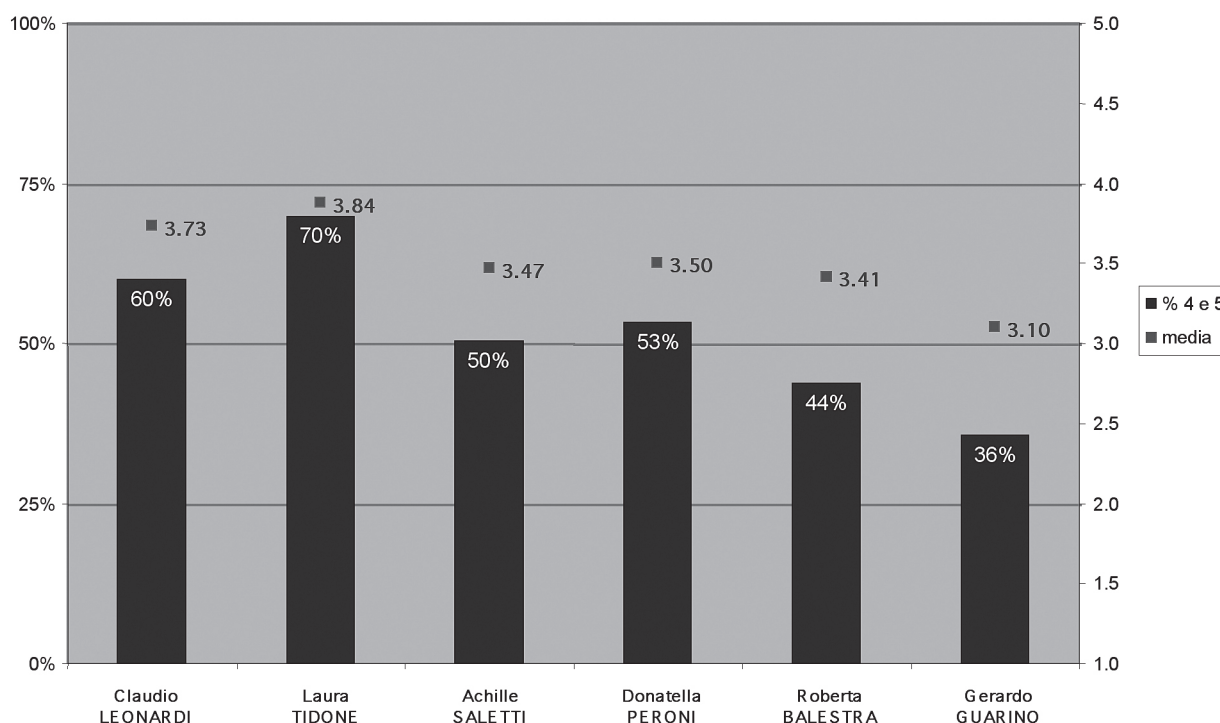
Età	Freq.	%
23-28	4	2.6
30-32	8	5.2
33-35	12	7.7
37-39	6	3.9
40-42	12	7.7
43-45	11	7.1
46-47	15	9.7
48-49	11	7.1
50-52	25	16.1
53-55	24	15.5
56-59	18	11.6
60-62	5	3.2
63-70	4	2.6
Totale	155	100.0

Professione	Freq.	%
Medico	54	33.5
Psicologo	48	29.8
Altro	34	21.1
Assistente sociale	12	7.5
Sociologo	7	4.3
Altro Funzionario pubblico	3	1.9
Ricercatore (istituti di ricerca, università, ecc.)	3	1.9
Totale	161	100.0

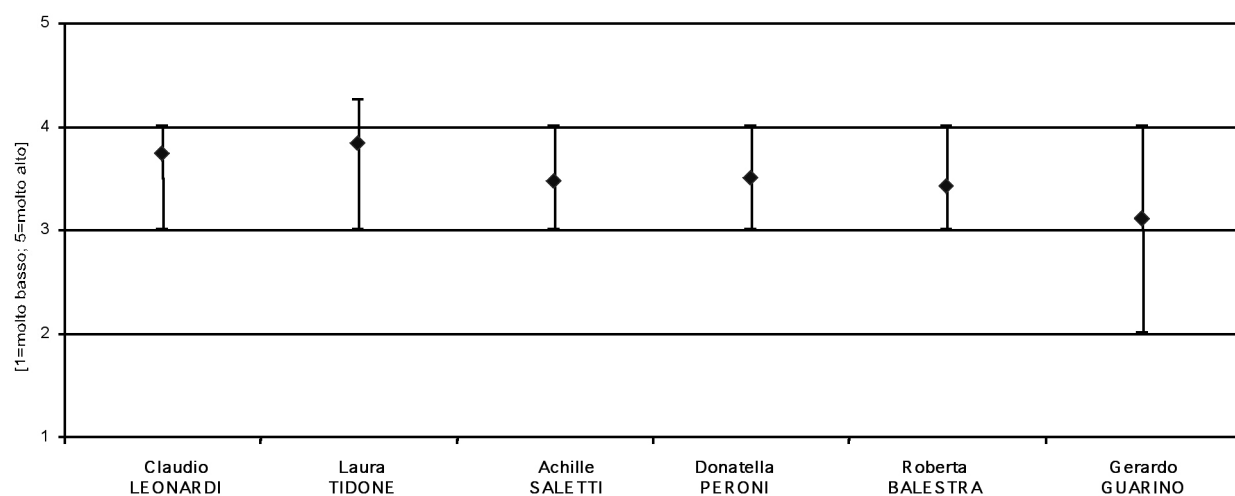
Risultati per relatore e criterio

Relatore	Adeguatezza dell'analisi problema		Utilità delle soluzioni proposte		Fattibilità delle soluzioni proposte		Livello di accordo sulle soluzioni proposte	
	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5
Claudio LEONARDI	3.80	64	3.58	54	3.58	53	3.73	60
Laura TIDONE	3.78	68	3.71	65	3.69	61	3.84	70
Achille SALETTI	3.56	58	3.51	52	3.41	49	3.47	50
Donatella PERONI	3.44	50	3.44	50	3.37	48	3.50	53
Roberta BALESTRA	3.35	42	3.34	44	3.22	37	3.41	44
Gerardo GUARINO	3.21	40	3.10	35	3.03	33	3.10	36

Livello di accordo sulle soluzioni proposte - Risultati per relatore



***Livello di accordo sulle soluzioni
proposte (valore medio, 1° quartile e 3° quartile)***



SESSIONE 2: Sistema di Allerta Precoce la droga viaggia in internet, nuovi mercati e spaccio in rete (56 questionari)

44 su 56 rispondenti ha compilato la scheda anagrafica con una prevalenza della componente maschile (60%). Anche in questa sessione prevalgono i Sert e il Privato sociale tra le organizzazioni di appartenenza. La professione altro (27,3%) è quella prevalente mentre le classi di età sono più distribuite fra i 36 e 42 anni (24%) e i 50 e 55 (31%). Mentre Claudia Rimondo ottiene una leggera predominanza sull'analisi del problema.

Caratteristiche rispondente

Organizzazione di appartenenza	Freq.	%
Sert	17	38.6
Operatori del "privato sociale"	13	29.5
Amministrazioni Regionali	4	9.1
Amministrazioni Centrali	4	9.1
Altro	3	6.8
Società Scientifiche o Istituti di ricerca	2	4.5
Amministrazioni provinciali e comunali	1	2.3
Totale	44	100.0

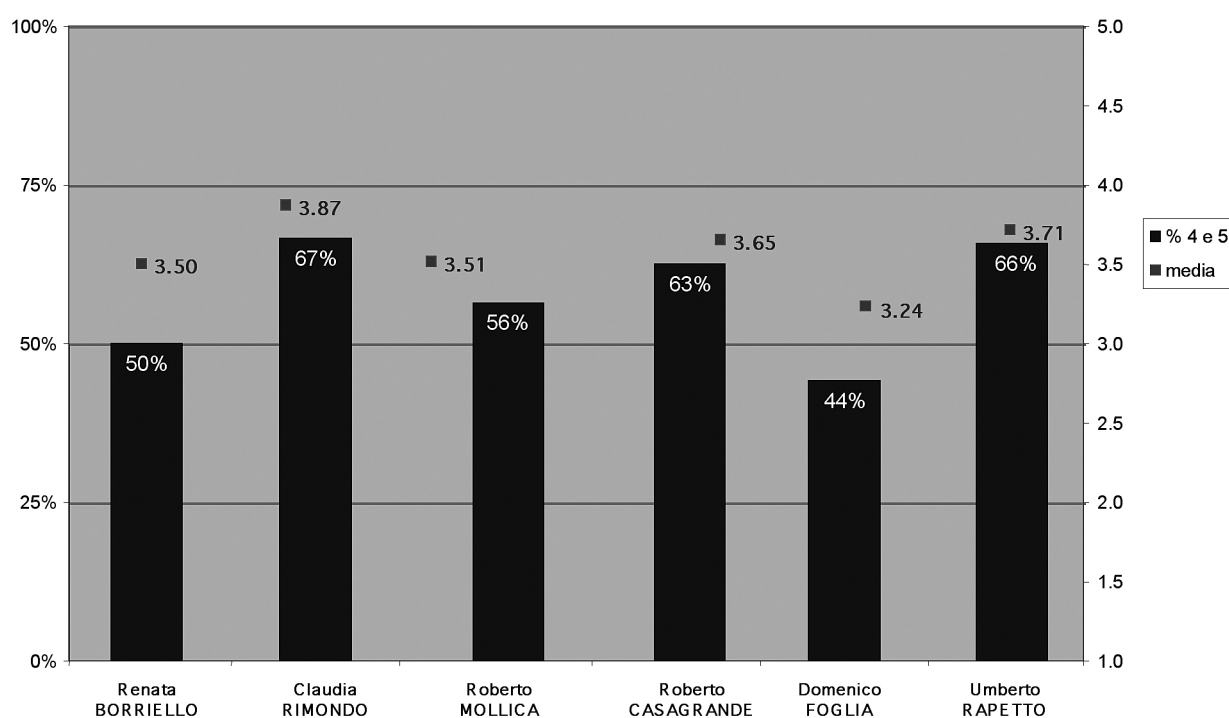
Genere	Freq.	%
Femmina	16	40.0
Maschio	24	60.0
Totale	40	100.0

Età	Freq.	%
23-29	3	7.1
30-32	2	4.8
33-35	2	4.8
36-39	5	11.9
40-42	5	11.9
43-45	3	7.1
46-47	4	9.5
48-49	2	4.8
50-52	8	19.0
53-55	5	11.9
56-59	2	4.8
60-62	1	2.4
Totale	42	100.0

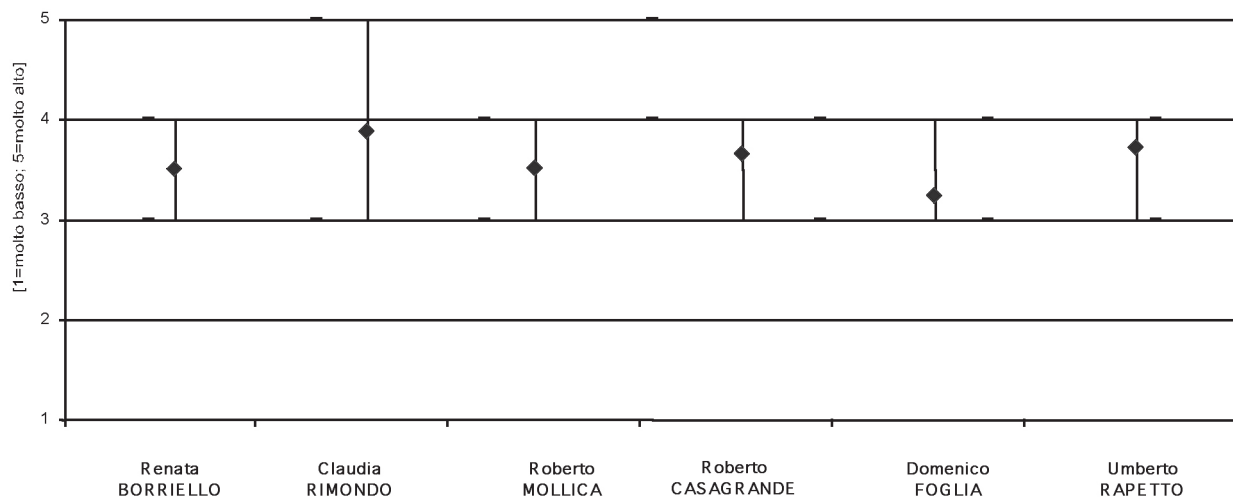
Professione	Freq.	%
Altro	12	27.3
Medico	8	18.2
Psicologo	7	15.9
Altro Funzionario pubblico	6	13.6
Sociologo	5	11.4
Assistente sociale	3	6.8
Docente Universitario	2	4.5
Ricercatore (istituti di ricerca, università, ecc.)	1	2.3
Totale	44	100.0

Risultati per relatore e criterio

Relatore	Adeguatezza dell'analisi problema		Utilità delle soluzioni proposte		Fattibilità delle soluzioni proposte		Livello di accordo sulle soluzioni proposte	
	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5
Renata BORRIELLO	3.51	49	3.55	55	3.53	53%	3.50	50
Claudia RIMONDO	4.37	88	4.09	76	3.84	68%	3.87	67
Roberto MOLLIKA	3.60	54	3.44	48	3.44	49%	3.51	56
Roberto CASAGRANDE	3.73	59	3.70	66	3.50	54%	3.65	63
Domenico FOGLIA	3.22	40	3.29	46	3.14	42%	3.24	44
Umberto RAPETTO	4.02	72	3.86	67	3.67	61	3.71	66

Livello di accordo sulle soluzioni proposte - Risultati per relatore

Livello di accordo sulle soluzioni proposte (valore medio, 1° quartile e 3° quartile)



SESSIONE 3: Aspetti Educativi

(86 questionari)

Rispetto agli 86 rispondenti, 76 hanno compilato l'anagrafica facendo rilevare il 56,6% di femmine, la maggioranza del Privato sociale (68,4%) con classi di età equamente distribuite fra i 34 e 36 anni (12,7%), i 40 e 42 (11,3%) e i 50 e 52 (17%). Gli aspetti educativi non attraggono i medici (5,2%) ma altre professioni (57%). Dai punteggi ottenuti, Corrado Celata e Germana Cesarano si contengono la maggioranza del gradimento, sia per i criteri specifici sia per quello generale.

Caratteristiche rispondente

Organizzazione di appartenenza	Freq.	%
Operatori del "privato sociale"	54	68.4
Sert	16	20.3
Altro	5	6.3
Amministrazioni Centrali	2	2.5
Società Scientifiche o Istituti di ricerca	1	1.3
Amministrazioni provinciali e comunali	1	1.3
Amministrazioni Regionali	0	0.0
Totale	79	100.0

Genere	Freq.	%
Femmina	43	56.6
Maschio	33	43.4
Totale	76	100.0

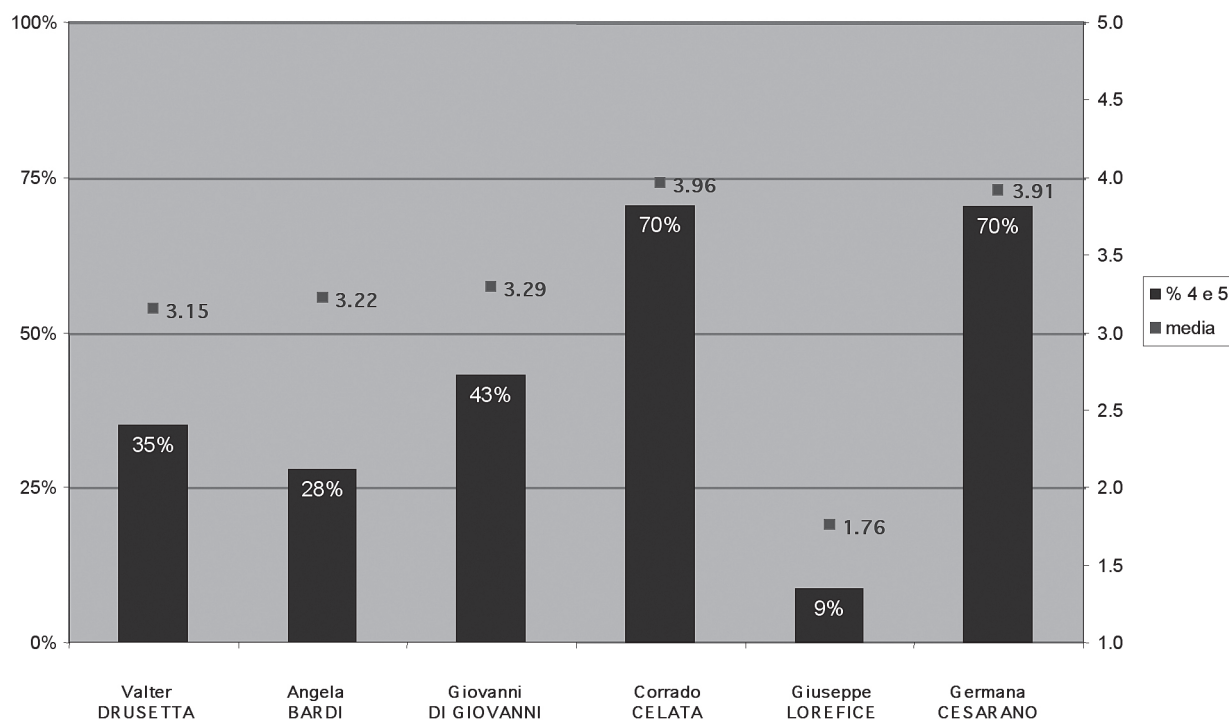
Età	Freq.	%
26-27	2	2.8
28-29	5	7.0
31-33	5	7.0
34-36	9	12.7
37-39	3	4.2
40-42	8	11.3
43-45	7	9.9
46-47	5	7.0
48-49	6	8.5
50-52	12	16.9
53-55	4	5.6
56-59	3	4.2
65	1	1.4
80	1	1.4
Totale	71	100.0

Professione	Freq.	%
Altro	44	57.1
Psicologo	17	22.1
Assistente sociale	8	10.4
Medico	4	5.2
Altro Funzionario pubblico	2	2.6
Sociologo	2	2.6
Totale	77	100.0

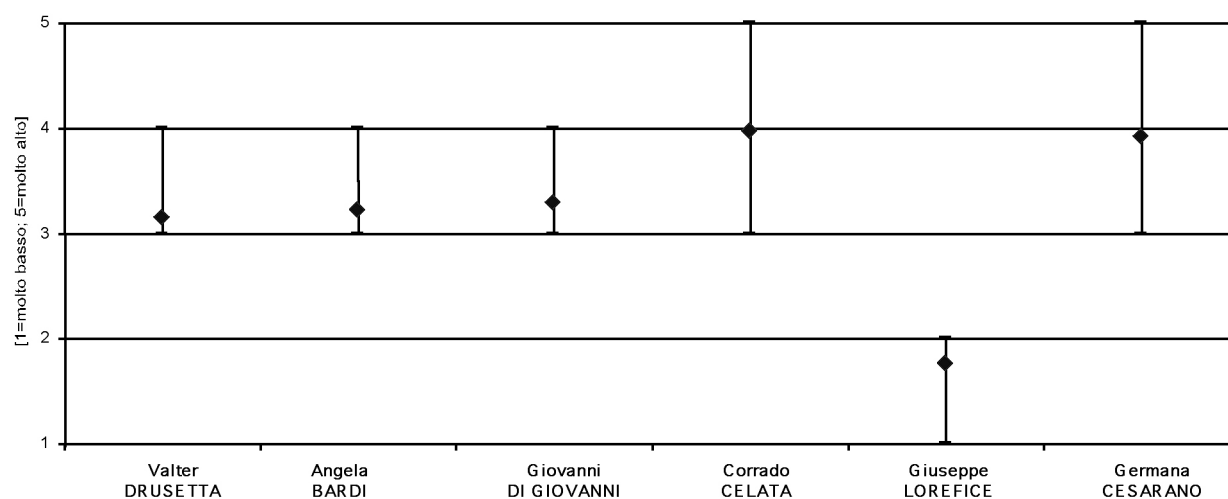
Risultati per relatore e criterio

Relatore	Adeguatezza dell'analisi problema		Utilità delle soluzioni proposte		Fattibilità delle soluzioni proposte		Livello di accordo sulle soluzioni proposte	
	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5
Valter DRUSETTA	3.23	38	3.15	36	3.12	32	3.15	35
Angela BARDI	3.14	38	3.01	29	3.03	29	3.22	28
Giovanni DI GIOVANNI	3.18	41	3.19	41	3.05	37	3.29	43
Corrado CELATA	4.11	77	3.77	65	3.62	56	3.96	70
Giuseppe LOREFICE	1.93	10	1.90	10	1.92	8	1.76	9
Germana CESARANO	3.98	69	3.82	66	3.61	58	3.91	70

Livello di accordo sulle soluzioni proposte - Risultati per relatore



***Livello di accordo sulle soluzioni
proposte (valore medio, 1° quartile e 3° quartile)***



SESSIONE 4: Donne e droga madri tossicodipendenti e bambini, la maggiore vulnerabilità (63 questionari)

58 persone hanno (rispetto ai 63 rispondenti) compilato l'anagrafica con una prevalenza femminile (70%) e un addensamento nelle classi di età di 45, 47, 50 e 53 anni. La professione di psicologo (34,5%) si affianca a Altro (25,5%) e a quella di medico (23,6%). Relatori e tematiche da loro presentate possono considerarsi equamente gradite anche se Umberto Nizzoli segna una leggera prevalenza.

Caratteristiche rispondente

Organizzazione di appartenenza	Freq.	%
Operatori del "privato sociale"	28	48.3
Sert	25	43.1
Altro	2	3.4
Amministrazioni provinciali e comunali	1	1.7
Amministrazioni Regionali	1	1.7
Società Scientifiche o Istituti di ricerca	1	1.7
Totale	58	100.0

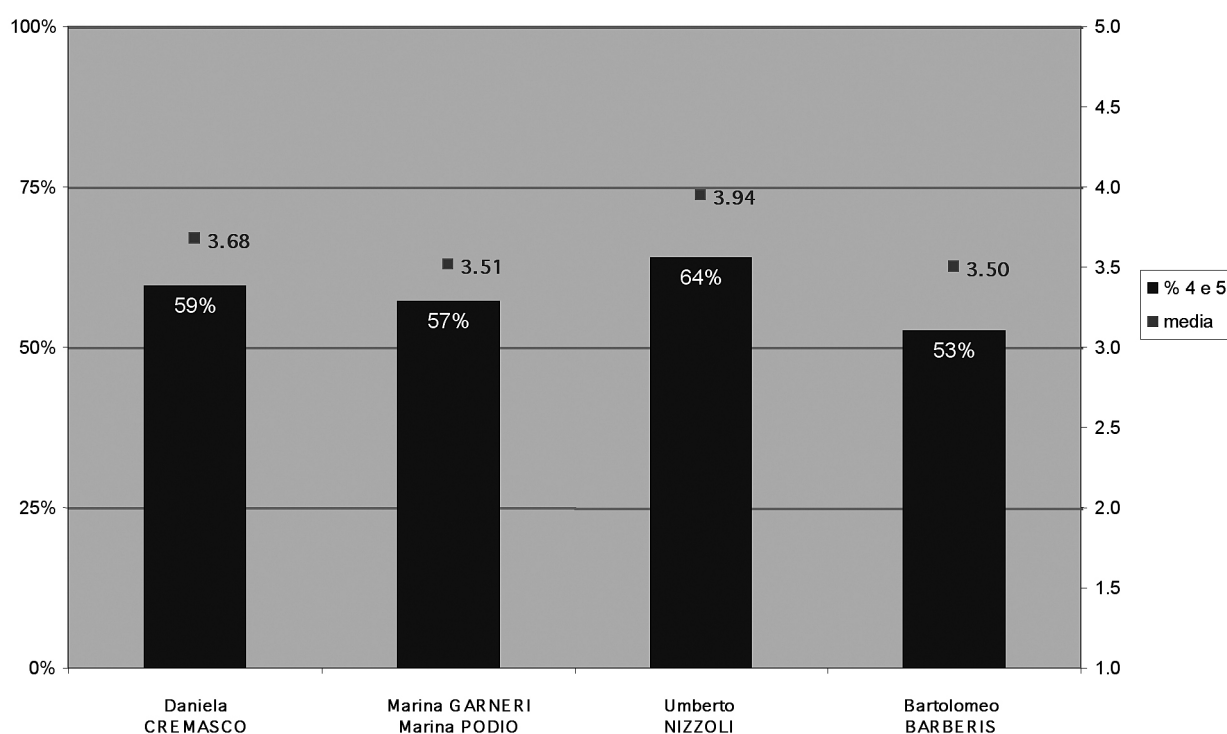
Genere	Freq.	%
Femmina	36	69.2
Maschio	16	30.8
Totale	52	100.0

Professione	Freq.	%
Psicologo	19	34.5
Altro	14	25.5
Medico	13	23.6
Assistente sociale	6	10.9
Altro Funzionario pubblico	2	3.6
Docente Universitario	1	1.8
Totale	55	100.0

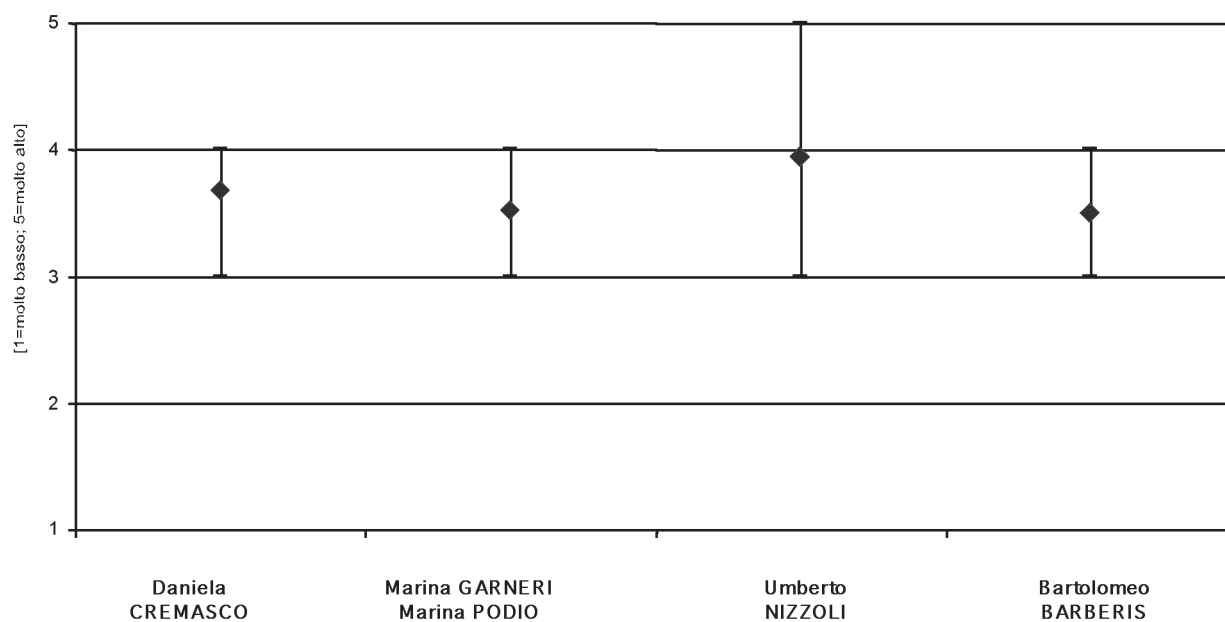
Età	Freq.	%
27	2	4
29	1	2
30	1	2
33	1	2
36	3	6
37	2	4
38	1	2
40	1	2
41	2	4
42	1	2
45	5	10
47	5	10
48	1	2
49	4	8
50	5	10
52	2	4
53	6	12
54	1	2
55	1	2
56	1	2
57	2	4
58	1	2
66	1	2
Totale	50	100

Risultati per relatore e criterio

Relatore	Adeguatezza dell'analisi problema		Utilità delle soluzioni proposte		Fattibilità delle soluzioni proposte		Livello di accordo sulle soluzioni proposte	
	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5
Daniela CREMASCO	3.60	55	3.63	57	3.52	42	3.68	59
Marina GARNERI Marina PODIO	3.69	53	3.57	53	3.46	46	3.51	57
Umberto NIZZOLI	4.09	71	3.93	64	3.75	57	3.94	64
Bartolomeo BARBERIS	3.31	41	3.41	46	3.28	39	3.50	53

Livello di accordo sulle soluzioni proposte - Risultati per relatore

Livello di accordo sulle soluzioni proposte (valore medio, 1° quartile e 3° quartile)



SESSIONE 5: La valutazione permanente dei trattamenti e dei risultati (126 questionari)

La sessione ha avuto 126 rispondenti e 108 compilazioni dell'anagrafica. La maggioranza è di sesso maschile (61%) con classi di età prevalenti dalla 46-47 (12%) alla 50-59 (54%). Le tre aree professionali prevalenti sono quella del medico (38%), Altro (24%) e Psicologo (22%). Marina Davoli ha avuto i punteggi maggiori seguita da Vittorio Foschini.

Caratteristiche rispondente

Organizzazione di appartenenza	Freq.	%
Sert	55	50.9
Operatori del "privato sociale"	35	32.4
Altro	7	6.5
Società Scientifiche o Istituti di ricerca	5	4.6
Amministrazioni Regionali	3	2.8
Amministrazioni provinciali e comunali	2	1.9
Amministrazioni Centrali	1	0.9
Totale	108	100.0

Genere	Freq.	%
Femmina	35	38.9
Maschio	55	61.1
Totale	90	100.0

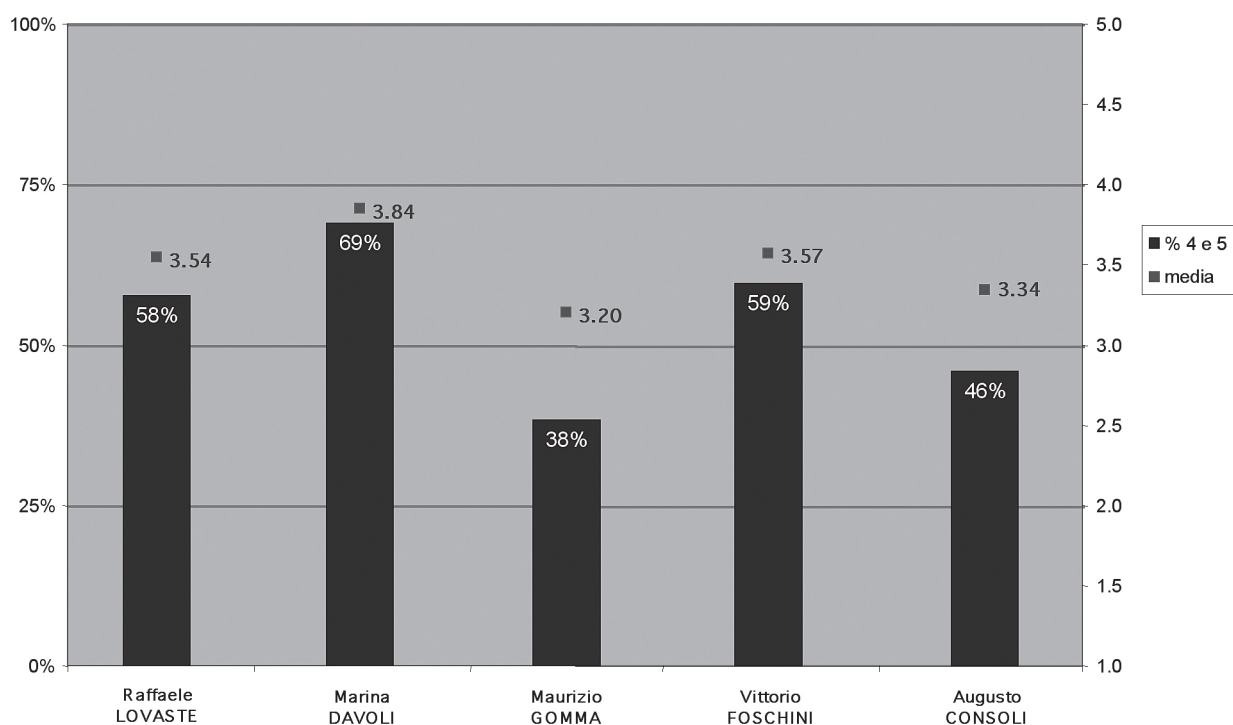
Età	Freq.	%
23	1	1.0
26-27	2	2.0
28-29	2	2.0
30	2	2.0
31-33	4	4.0
34-36	2	2.0
37-39	3	3.0
40-42	9	8.9
43-45	10	9.9
46-47	12	11.9
48-49	6	5.9
50-52	20	19.8
53-55	14	13.9
56-59	11	10.9
60-62	3	3.0
Totale	101	100.0

Professione	Freq.	%
Medico	38	38.0
Altro	24	24.0
Psicologo	22	22.0
Altro Funzionario pubblico	4	4.0
Sociologo	4	4.0
Assistente sociale	3	3.0
Ricercatore (istituti di ricerca, università, ecc.)	3	3.0
Docente Universitario	2	2.0
Totale	100	100.0

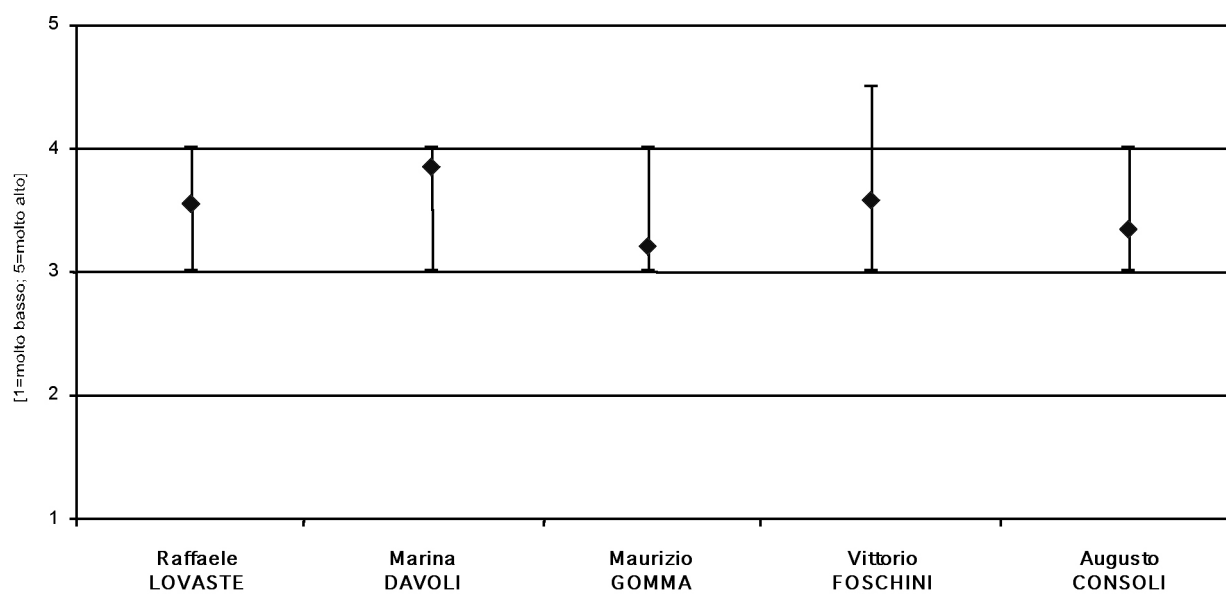
Risultati per relatore e criterio

Relatore	Adeguatezza dell'analisi problema		Utilità delle soluzioni proposte		Fattibilità delle soluzioni proposte		Livello di accordo sulle soluzioni proposte	
	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5
Raffaele LOVASTE	3.59	64	3.43	51	3.42	48	3.54	58
Marina DAVOLI	3.95	73	3.83	68	3.63	59	3.84	69
Maurizio GOMMA	3.42	43	3.35	45	3.24	40	3.20	38
Vittorio FOSCHINI	3.44	58	3.35	55	3.51	58	3.57	59
Augusto CONSOLI	3.50	51	3.36	47	3.25	38	3.34	46

Livello di accordo sulle soluzioni proposte - Risultati per relatore



***Livello di accordo sulle soluzioni
proposte (valore medio, 1° quartile e 3° quartile)***



SESSIONE 6: Strategie ed interventi di prevenzione (105 questionari)

I rispondenti sono stati 105 di cui 79 hanno compilato l'anagrafica. 62% di femmine e 38% di maschi, con classi di età salienti tra i 50 e 52 (18%) e il 40 e 45 (26%). Le aree professionali Altro (34,2%), Psicologo (28%), Assistente sociale 14% e Medico (13%) sono quelle maggiormente rappresentative in questa sessione. Manuela Martoni risultati leggermente superiore nei punteggi di Mario Sapia.

Caratteristiche rispondente

Organizzazione di appartenenza	Freq.	%
Operatori del "privato sociale"	43	56.6
Sert	22	28.9
Amministrazioni Centrali	5	6.6
Altro	2	2.6
Amministrazioni Regionali	2	2.6
Società Scientifiche o Istituti di ricerca	1	1.3
Amministrazioni provinciali e comunali	1	1.3
Totale	76	100.0

Genere	Freq.	%
Femmina	42	61.8
Maschio	26	38.2
Totale	68	100.0

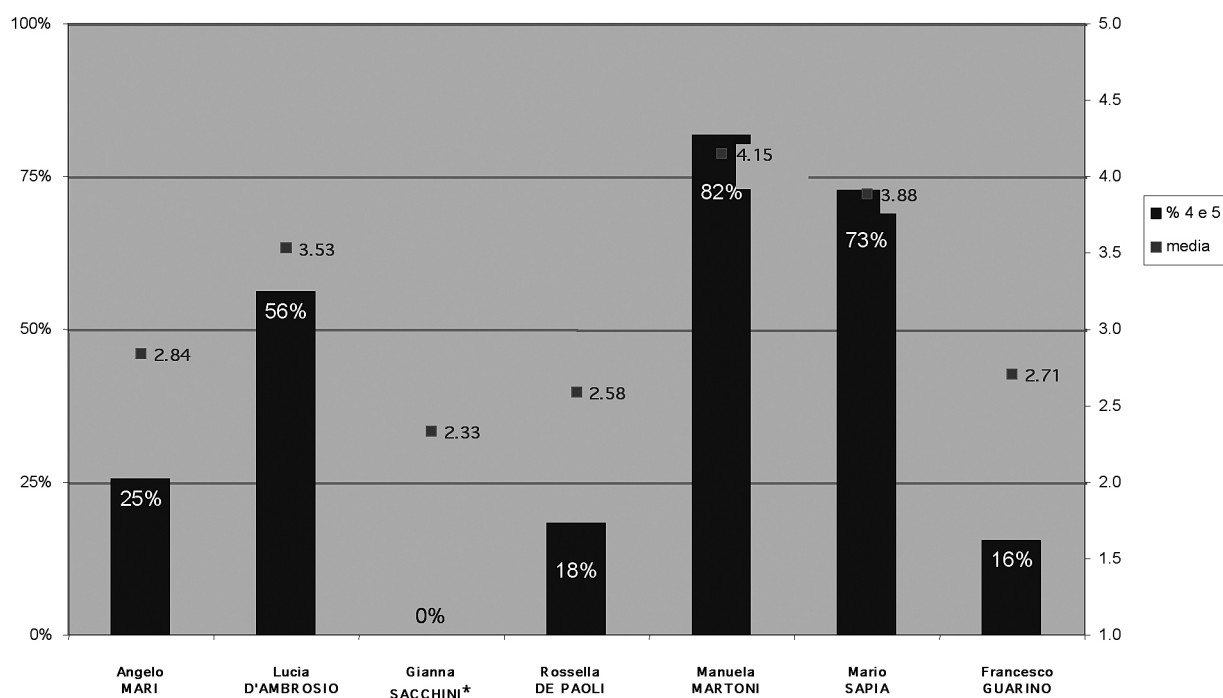
Età	Freq.	%
28-29	4	5.5
30-32	5	6.8
34-36	5	6.8
37-39	4	5.5
40-42	10	13.7
43-45	9	12.3
46-47	6	8.2
48-49	6	8.2
50-52	13	17.8
53-55	3	4.1
56-59	5	6.8
63-70	3	4.1
Totale	73	100.0

Professione	Freq.	%
Altro	27	34.2
Psicologo	22	27.8
Assistente sociale	11	13.9
Medico	10	12.7
Altro Funzionario pubblico	4	5.1
Sociologo	4	5.1
Ricercatore (istituti di ricerca, università, ecc.)	1	1.3
Totale	79	100.0

Risultati per relatore e criterio

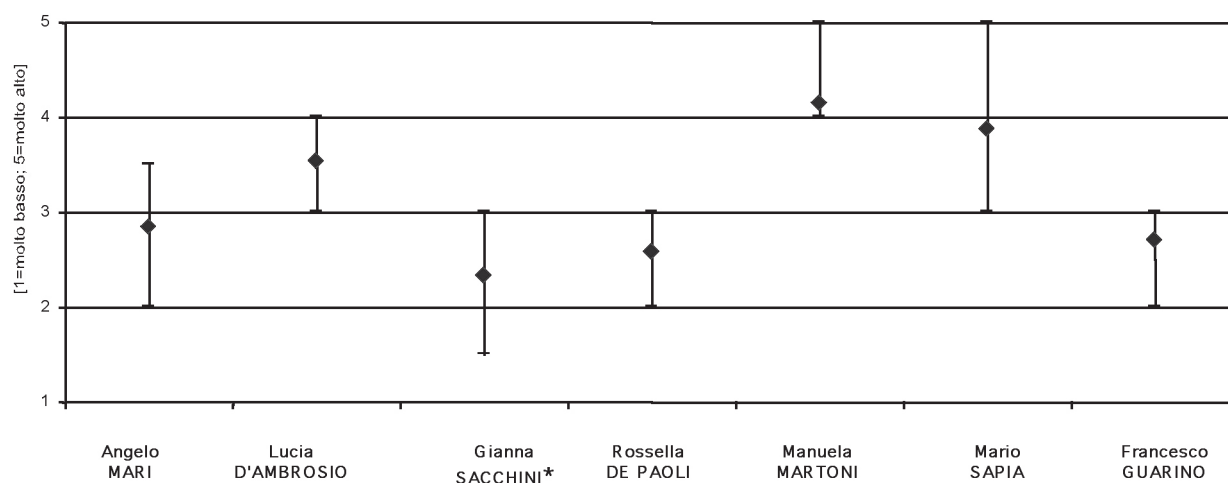
Relatore	Adeguatezza dell'analisi problema		Utilità delle soluzioni proposte		Fattibilità delle soluzioni proposte		Livello di accordo sulle soluzioni proposte	
	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5
Angelo MARI	3.03	31	2.92	30	2.71	18	2.84	25
Lucia D'AMBROSIO	3.52	55	3.57	55	3.57	53	3.53	56
Gianna SACCHINI*	2.38	0	2.63	13	2.50	0	2.33	0
Rossella DE PAOLI	2.51	16	2.56	16	2.66	19	2.58	18
Manuela MARTONI	4.02	79	4.11	76	4.10	73	4.15	82
Mario SAPIA	3.79	63	3.93	70	3.78	66	3.88	73
Francesco GUARINO	2.75	23	2.87	24	2.74	21	2.71	16

*valutata da 8 rispondenti

Livello di accordo sulle soluzioni proposte - Risultati per relatore

*valutata da 8 rispondenti

Livello di accordo sulle soluzioni proposte (valore medio, 1° quartile e 3° quartile)



*valutata da 8 rispondenti

SESSIONE 7: Carceri e nuovi scenari

(74 questionari)

74 rispondenti e 67 compilatori dell'anagrafica. Decisa prevalenza delle femmine (68,3%) e classe di età più rappresentata quella fra i 50 e 52 (20,3%), seguita da quella 43-45 (17%). Psicologo (29,1%), Altro (27,3%), Medico (16,4%) e Assistente sociale (11%) assorbono la maggior parte di professioni di questa sessione.

Mentre Serenella Pesarin, Marco Cafiero, Sandro Libianchi e Stefano Regio acquisiscono alti punteggi sull'analisi del problema, solo Cafiero e Libianchi mantengono la prevalenza anche sul criteri generale.

Caratteristiche rispondente

Organizzazione di appartenenza	Freq.	%
Operatori del "privato sociale"	31	46.3
Sert	28	41.8
Altro	3	4.5
Amministrazioni Regionali	3	4.5
Amministrazioni Centrali	2	3.0
Società Scientifiche o Istituti di ricerca	0	0.0
Amministrazioni provinciali e comunali	0	0.0
Totale	67	100.0

Genere	Freq.	%
Femmina	41	68.3
Maschio	19	31.7
Totale	60	100.0

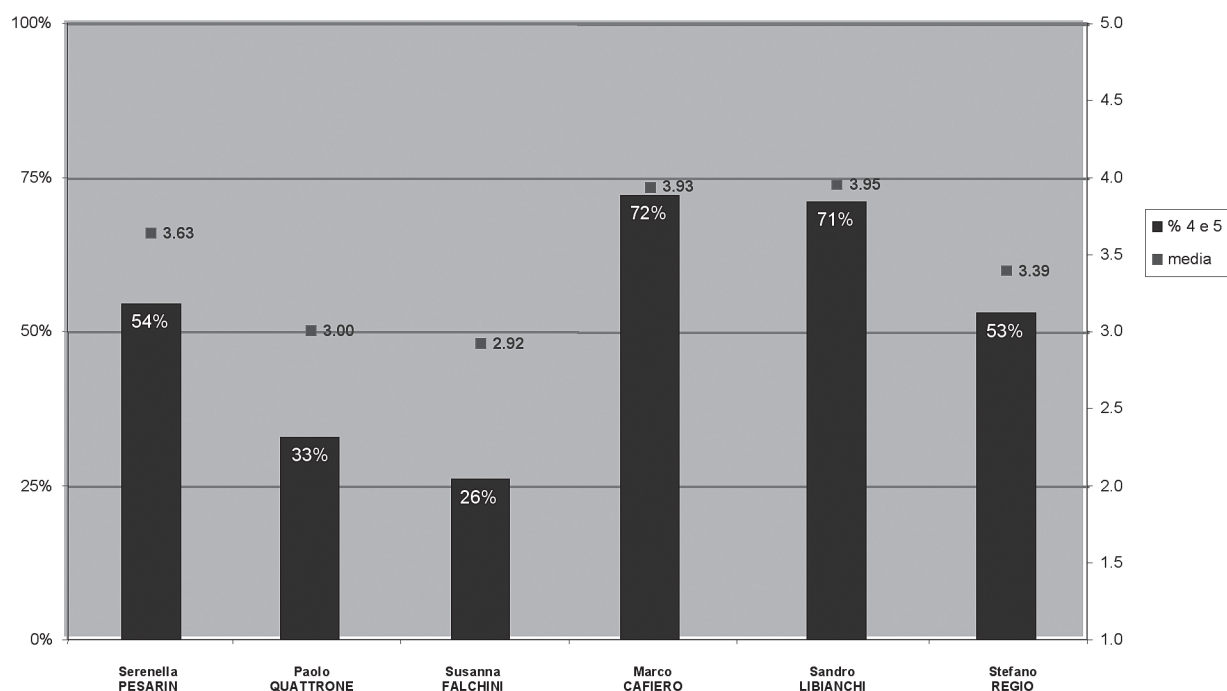
Età	Freq.	%
27-28	3	5.1
31-33	5	8.5%
34-36	7	11.9
37-39	4	6.8
40-42	6	10.2
43-45	10	16.9
46-47	3	5.1
48-49	4	6.8
50-52	12	20.3
53-55	1	1.7
56-59	2	3.4
60-62	2	3.4
Totale	59	100.0

Professione	Freq.	%
Psicologo	16	29.1
Altro	15	27.3
Medico	9	16.4
Assistente sociale	6	10.9
Sociologo	5	9.1
Altro Funzionario pubblico	4	7.3
Totale	55	100.0

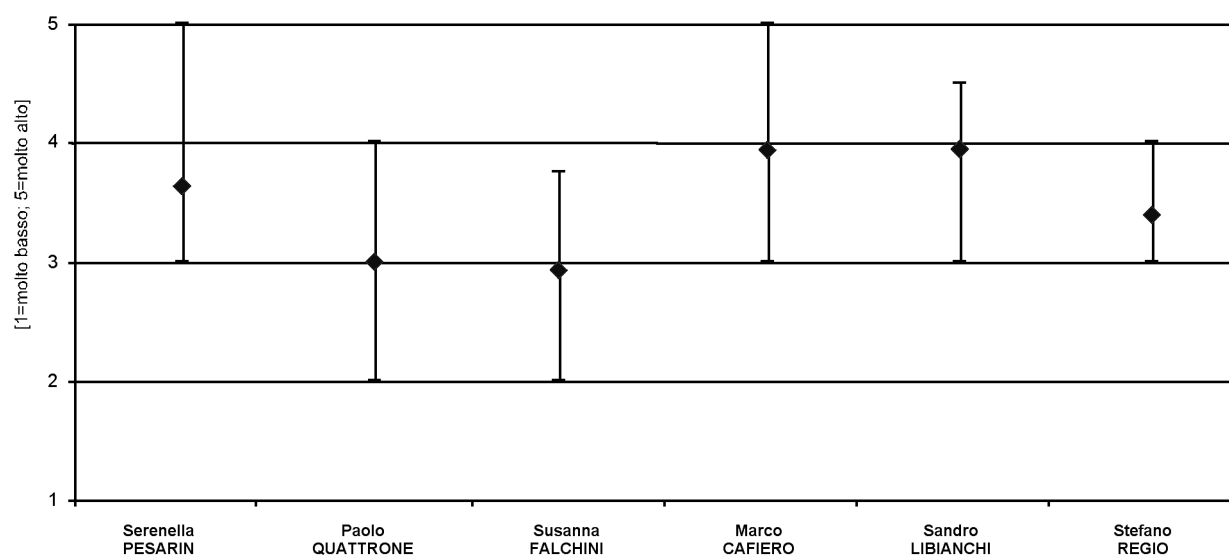
Risultati per relatore e criterio

Relatore	Adeguatezza dell'analisi problema		Utilità delle soluzioni proposte		Fattibilità delle soluzioni proposte		Livello di accordo sulle soluzioni proposte	
	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5
Serenella PESARIN	3.85	70	3.53	54	3.33	47	3.63	54
Paolo QUATTRONE	3.10	35	2.96	33	2.87	25	3.00	33
Susanna FALCHINI	3.13	36	3.04	33	2.99	26	2.92	26
Marco CAFIERO	3.88	72	3.96	75	3.81	67	3.93	72
Sandro LIBIANCHI	4.04	78	3.94	69	3.77	58	3.95	71
Stefano REGIO	3.85	70	3.53	54	3.33	47	3.63	54

Livello di accordo sulle soluzioni proposte - Risultati per relatore



***Livello di accordo sulle soluzioni
proposte (valore medio, 1° quartile e 3° quartile)***



SESSIONE 8: Aspetti etici ed antropologici nelle dipendenze (92 questionari)

La sessione attrae 92 rispondenti con 87 compilazioni anagrafiche, piuttosto distribuite fra o sessi (53,8 femmine e 46,2% maschi) e con una prevalenza sulle classi di età dopo i 46-47. In questa sessione le aree professionali Altro (39%), Psicologo (25,6%) e Medico (15,9%) prevalgono. Netta prevalenza di Stefano Canali fra i relatori.

Caratteristiche rispondente

Organizzazione di appartenenza	Freq.	%
Operatori del "privato sociale"	43	49.4
Sert	34	39.1
Amministrazioni Regionali	4	4.6
Altro	3	3.4
Amministrazioni Centrali	2	2.3
Società Scientifiche o Istituti di ricerca	1	1.1
Amministrazioni provinciali e comunali	0	0.0
Totale	87	49.4

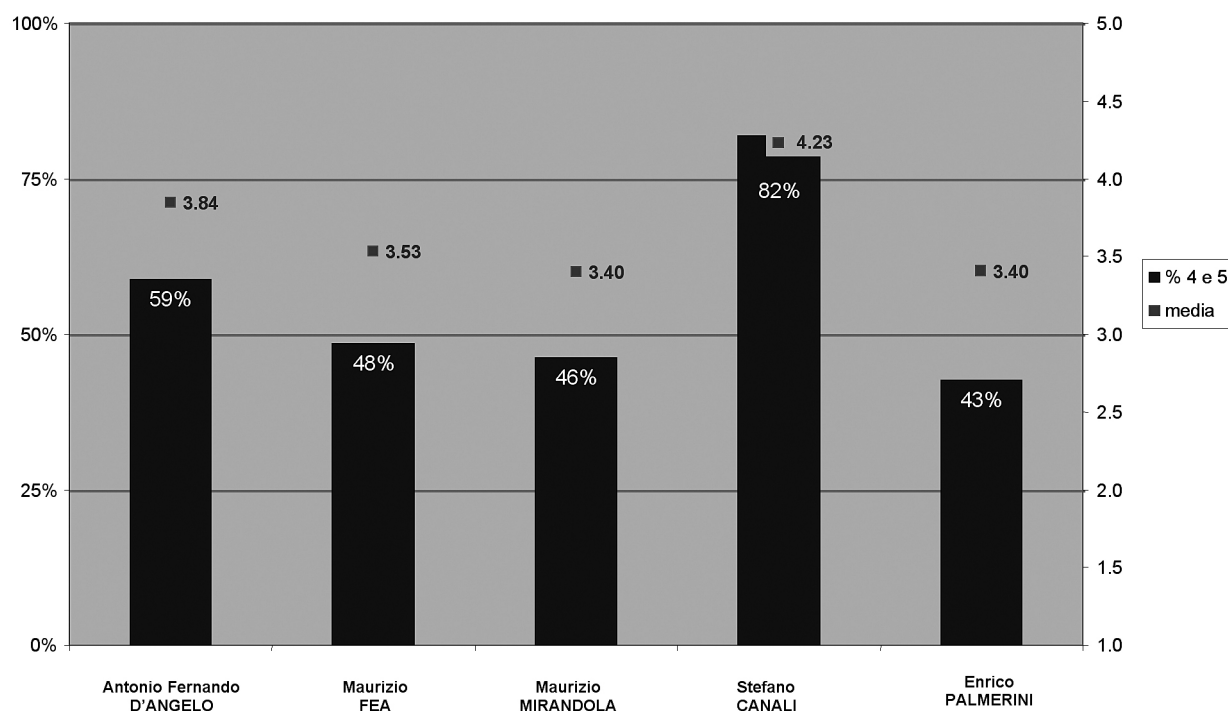
Genere	Freq.	%
Femmina	42	53.8
Maschio	36	46.2
Totale	78	100.0

Età	Freq.	%
26-27	3	3.8
28-30	3	3.8
31-33	7	8.8
34-36	5	6.3
37-39	4	5.0
40-42	6	7.5
43-45	7	8.8
46-47	11	13.8
48-49	6	7.5
50-52	12	15.
53-55	10	12.5
56-59	4	5.0
60-62	2	2.5
Totale	80	100.0

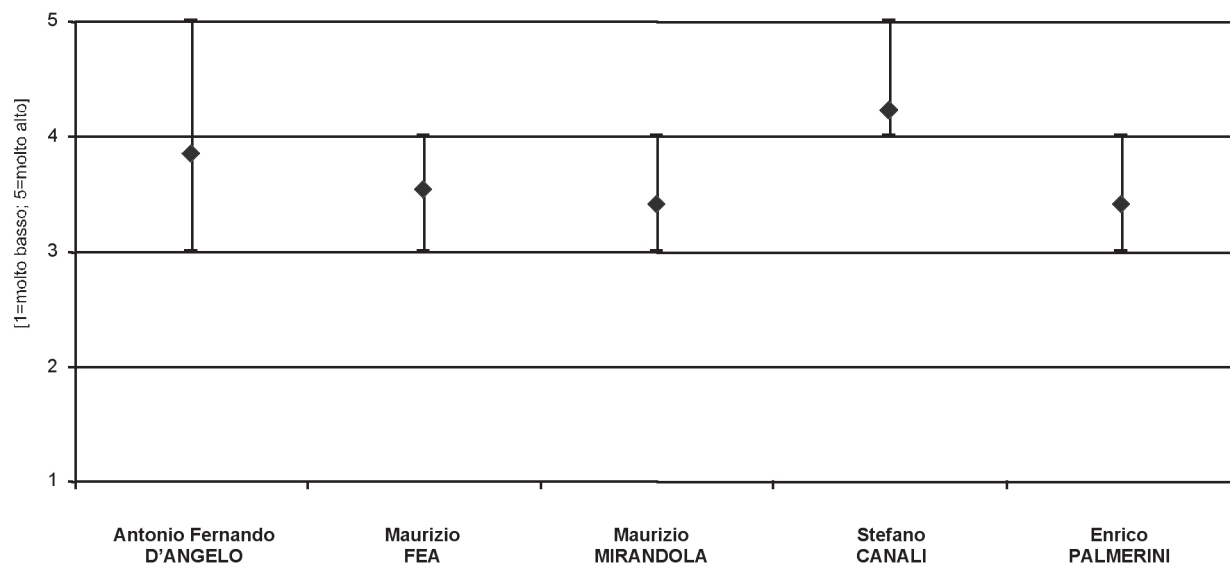
Professione	Freq.	%
Altro	32	39.0
Psicologo	21	25.6
Medico	13	15.9
Assistente sociale	7	8.5
Sociologo	6	7.3
Altro Funzionario pubblico	2	2.4
Ricercatore (istituti di ricerca, università, ecc.)	1	1.2
Totale	82	100.0

Risultati per relatore e criterio

Relatore	Adeguatezza dell'analisi problema		Utilità delle soluzioni proposte		Fattibilità delle soluzioni proposte		Livello di accordo sulle soluzioni proposte	
	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5
Antonio Fernando D'ANGELO	3.96	71	3.83	65	3.62	50	3.84	59
Maurizio FEA	3.89	68	3.66	55	3.54	51	3.53	48
Maurizio MIRANDOLA	3.20	38	3.25	43	3.30	37	3.40	46
Stefano CANALI	4.38	87	4.28	85	4.11	75	4.23	82
Enrico PALMERINI	3.13	30	3.18	34	3.20	33	3.40	43

Livello di accordo sulle soluzioni proposte - Risultati per relatore

Livello di accordo sulle soluzioni proposte (valore medio, 1° quartile e 3° quartile)



SESSIONE 9: Nuovi scenari e riorganizzazioni necessarie

(130 questionari)

130 questionari e 121 compilazioni anagrafiche, suddivise fra Sert (44,6%) e Privato sociale (40,5%). Distribuzione equa fra i sessi e una diminuzione della distribuzione per classi di età dove quella fra i 40 e 42 ottiene un 10,4% che bilancia il maggiore addensamento in quelle dopo i 50 anni. Anche qui le aree professionali sono distribuite fra i Medici, Altro, Psicologo, con una percentuale significativa di Sociologo (10,5%). Sui criteri specifici e su quelli generali si ripartiscono i maggiori punteggi Claudio Cippitelli e Emanuela Andreoni.

Caratteristiche rispondente

Organizzazione di appartenenza	Freq.	%
Sert	54	44.6
Operatori del "privato sociale"	49	40.5
Altro	9	7.4
Amministrazioni Regionali	5	4.1
Amministrazioni provinciali e comunali	2	1.7
Amministrazioni Centrali	1	0.8
Società Scientifiche o Istituti di ricerca	1	0.8
Totale	121	100.0

Genere	Freq.	%
Femmina	50	45.0
Maschio	61	55.0
Totale	111	100.0

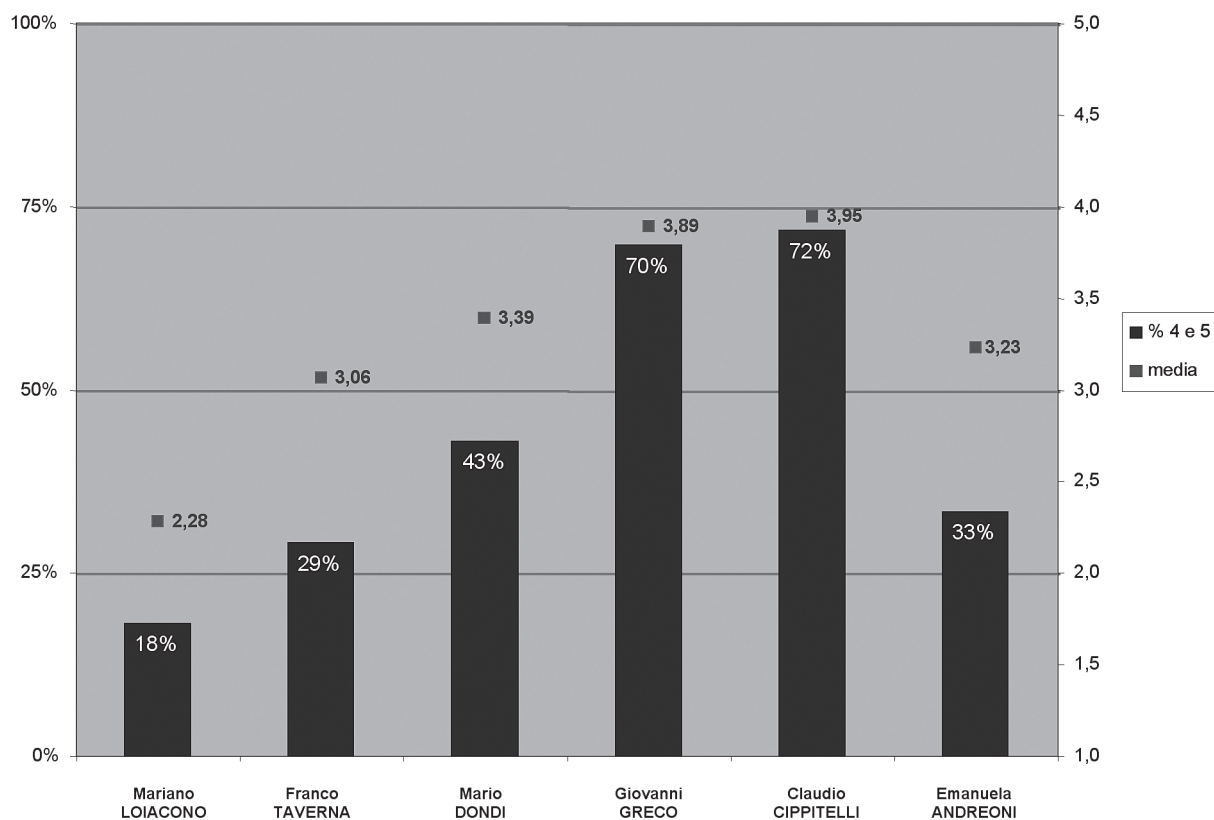
Età	Freq.	%
28-30	6	5.2
31-33	2	1.7
34-36	7	6.1
37-39	5	4.3
40-42	12	10.4
43-45	6	5.2
46-47	9	7.8
48-49	9	7.8
50-52	24	20.9
53-55	19	16.5
56-59	11	9.6
60-62	3	2.6
63-70	2	1.7
Totale	80	100.0

Professione	Freq.	%
Medico	33	34.7
Altro	21	22.1
Psicologo	21	22.1
Sociologo	10	10.5
Altro Funzionario pubblico	5	5.3
Assistente sociale	3	3.2
Ricercatore (istituti di ricerca, università, ecc.)	2	2.1
Totale	95	100.0

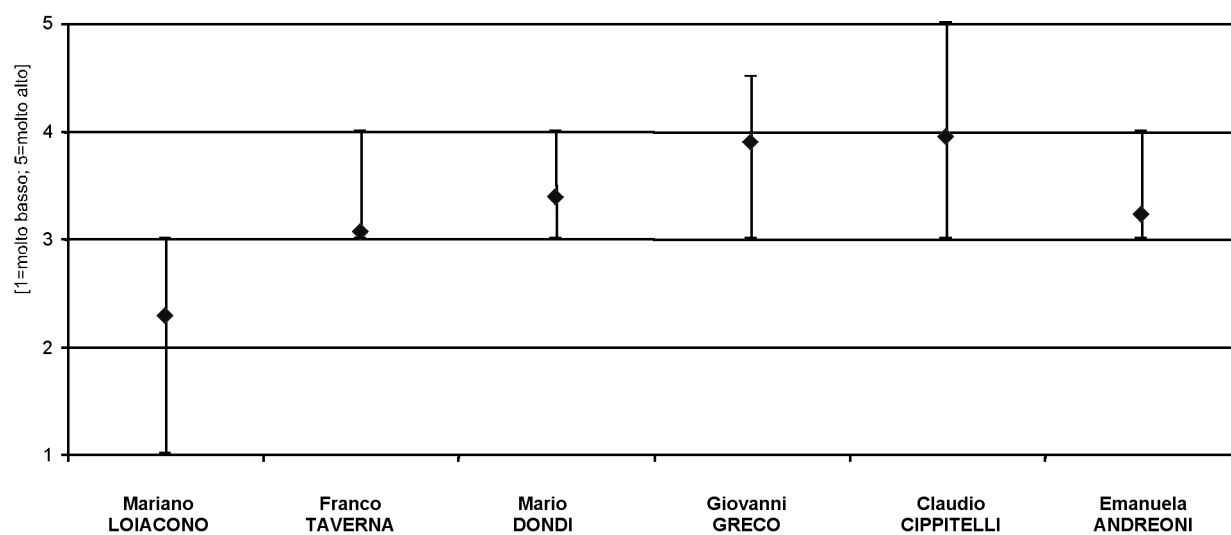
Risultati per relatore e criterio

Relatore	Adeguatezza dell'analisi problema		Utilità delle soluzioni proposte		Fattibilità delle soluzioni proposte		Livello di accordo sulle soluzioni proposte	
	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5
Mariano LOIACONO	2.35	17	2.39	18	2.34	18	2.28	18
Franco TAVERNA	3.16	32	3.08	33	2.99	25	3.06	29
Mario DONDI	3.52	48	3.40	43	3.29	37	3.40	43
Giovanni GRECO	3.94	77	3.91	75	3.71	63	3.89	70
Claudio CIPPITELLI	3.94	75	3.84	68	3.70	57	3.95	72
Emanuela ANDREONI	3.24	37	3.12	31	3.12	28	3.23	33

Livello di accordo sulle soluzioni proposte - Risultati per relatore



***Livello di accordo sulle soluzioni
proposte (valore medio, 1° quartile e 3° quartile)***



SESSIONE 10: Le azioni di contrasto del traffico e dello spaccio e le relazioni internazionali

(23 questionari)

La sessione ha riportato 23 rispondenti con 16 compilazioni dell'anagrafica con una prevalenza femminile (66,7%) e con i Sert quale saliente organizzazione di appartenenza. (69%). La classe di età prevalente è stata quella dei 50 anni, mentre le aree professionali risultano equidistribuite tra medici, funzionari pubblici, assistenti sociali e psicologi.

Rispetto ai relatori, Elisabetta Simeoni ottiene il maggior punteggio sull'analisi del problema e sulla fattibilità delle proposte, Raffaele Tito sull'utilità delle soluzioni e Alfredo Mantovano sul criterio generale relativo al livello di accordo sulle soluzioni proposte.

Caratteristiche rispondente

Organizzazione di appartenenza	Freq.	%
Sert	11	68.8
Società Scientifiche o Istituti di ricerca	2	12.5
Operatori del "privato sociale"	1	6.3
Amministrazioni Regionali	1	6.3
Amministrazioni Centrali	1	6.3
Altro	0	0.0
Amministrazioni provinciali e comunali	0	0.0
Totale	16	100.0

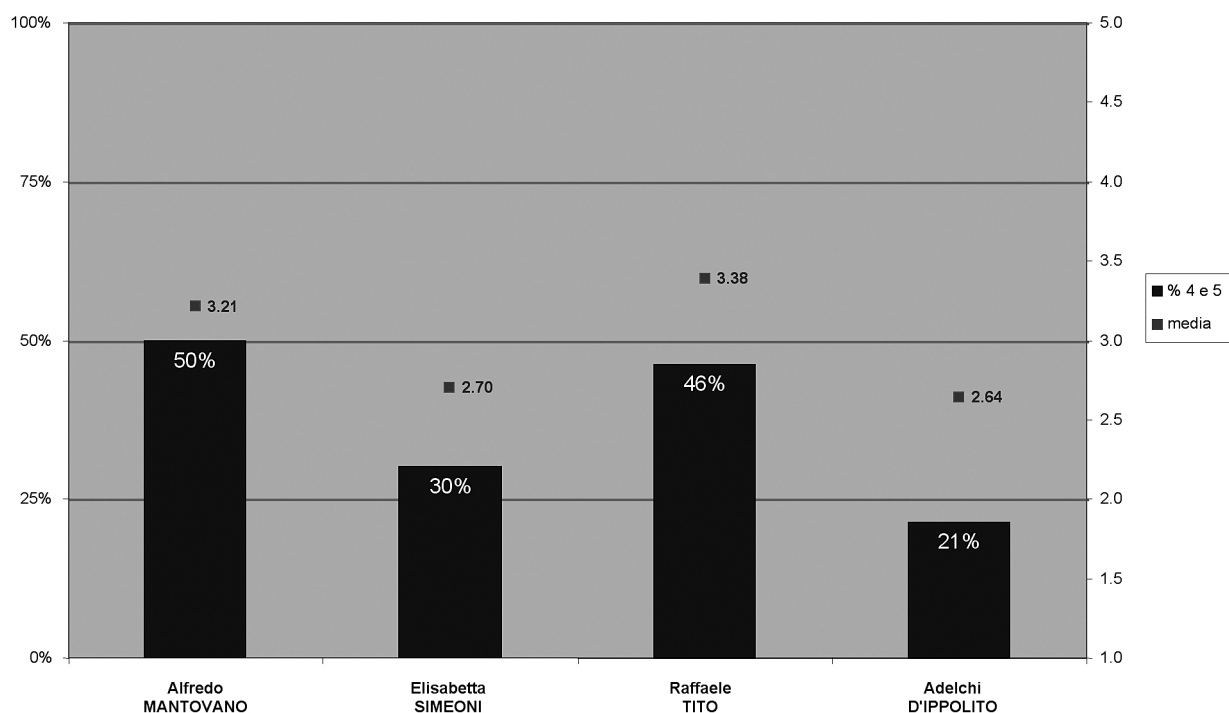
Età	Freq.	%
34	1	7.7
41	2	15.4
45	2	15.4
46	1	7.7
48	1	7.7
50	2	15.4
51	1	7.7
52	1	7.7
59	1	7.7
60	1	7.7
Totale	13	100.0

Genere	Freq.	%
Femmina	10	66.7
Maschio	5	33.3
Totale	15	100.0

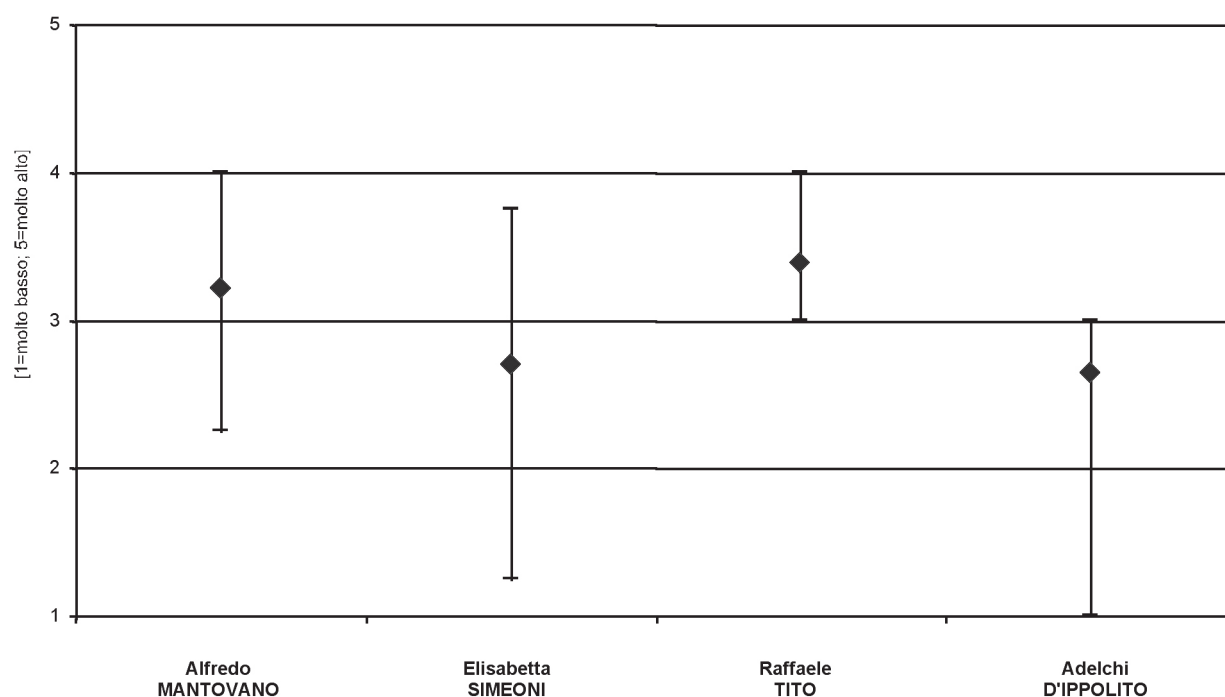
Professione	Freq.	%
Medico	5	31.3
Altro Funzionario pubblico	5	31.3
Assistente sociale	3	18.8
Psicologo	2	12.5
Docente Universitario	1	6.3
Totale	16	100.0

Risultati per relatore e criterio

Relatore	Adeguatezza dell'analisi problema		Utilità delle soluzioni proposte		Fattibilità delle soluzioni proposte		Livello di accordo sulle soluzioni proposte	
	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5
Alfredo MANTOVANO	3.75	55	3.37	47	3.21	37%	3.21	50
Elisabetta SIMEONI	3.50	63	3.47	47	3.20	47%	2.70	30
Raffaele TITO	3.80	60	3.70	55	3.47	47%	3.38	46
Adelchi D'IPPOLITO	2.86	38	2.76	38	2.90	40%	2.64	21

Livello di accordo sulle soluzioni proposte - Risultati per relatore

Livello di accordo sulle soluzioni proposte (valore medio, 1° quartile e 3° quartile)



SESSIONE 11: Le comorbidità: Le patologie correlate alla tossicodipendenza (155 questionari)

La sessione ha attratto 155 rispondenti equiripartiti fra i sessi con la consueta ripartizione fra organizzazioni di appartenenza (Sert 40% e Privato sociale 49%). Anche le classi di età riflettono l'addensamento sulle fasce alte (47-50 con il 25,5%). Psicologi e Medici le professioni più rappresentate (rispettivamente 35,7% e 30,4%). Luigi Cancrini ha ottenuto i punteggi più alti sui criteri specifici e su quello generale.

Caratteristiche rispondente

Organizzazione di appartenenza	Freq.	%
Operatori del "privato sociale"	59	48.8
Sert	49	40.5
Amministrazioni Centrali	3	2.5
Altro	3	2.5
Amministrazioni provinciali e comunali	3	2.5
Società Scientifiche o Istituti di ricerca	2	1.7
Società Scientifiche o Istituti di ricerca	2	1.7
Amministrazioni Regionali	2	1.7
Totale	121	100.0

Genere	Freq.	%
Femmina	58	51.3
Maschio	55	48.7
Totale	113	100.0

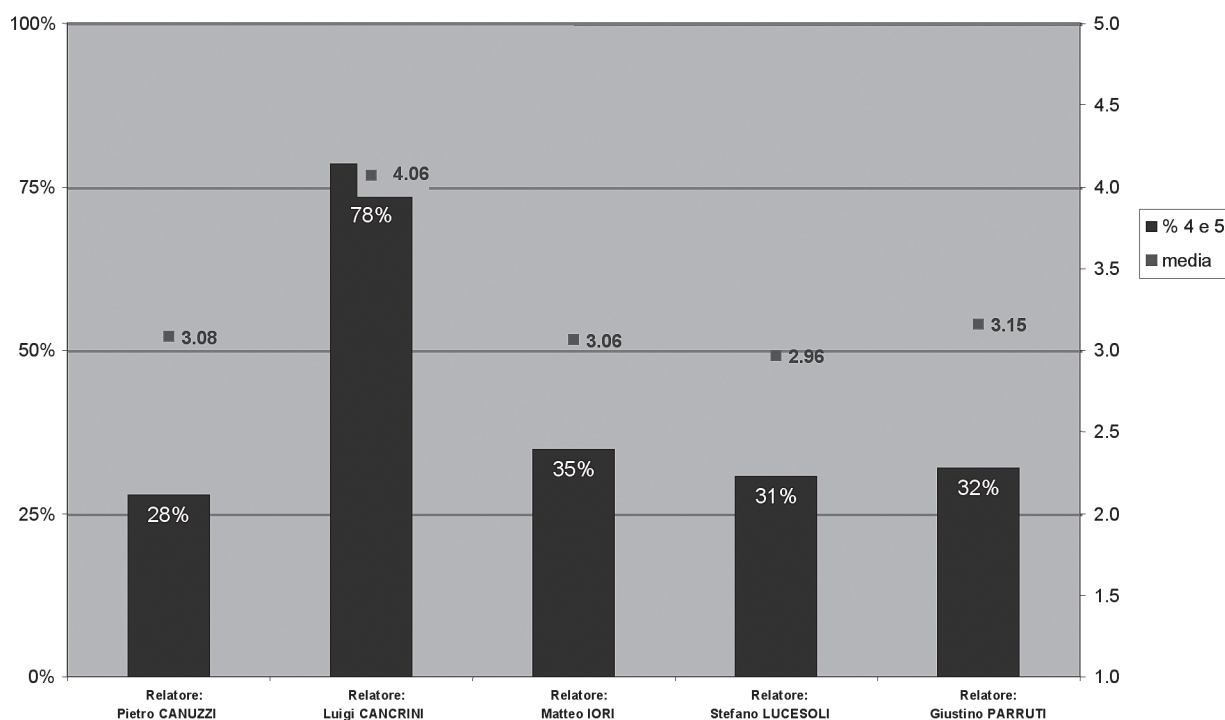
Professione	Freq.	%
Psicologo	40	35.7
Medico	34	30.4
Altro	17	15.2
Assistente sociale	10	8.9
Sociologo	5	4.5
Altro Funzionario pubblico	3	2.7
Ricercatore (istituti di ricerca, università, ecc.)	2	1.8
Docente Universitario	1	0.9
Totale	112	100.0

Età	Freq.	%
23-26	3	2.5
27-28	3	2.5
29-30	3	2.5
31-32	7	5.9
33-34	8	6.8
35-36	8	6.8
37-38	3	2.5
39-40	5	4.2
42-43	10	8.5
44-46	9	7.6
47-48	12	10.2
49-50	18	15.3
51-52	5	4.2
53-54	9	7.6
55-56	5	4.2
57-58	7	5.9
59-60	3	2.5
Totale	118	100.0

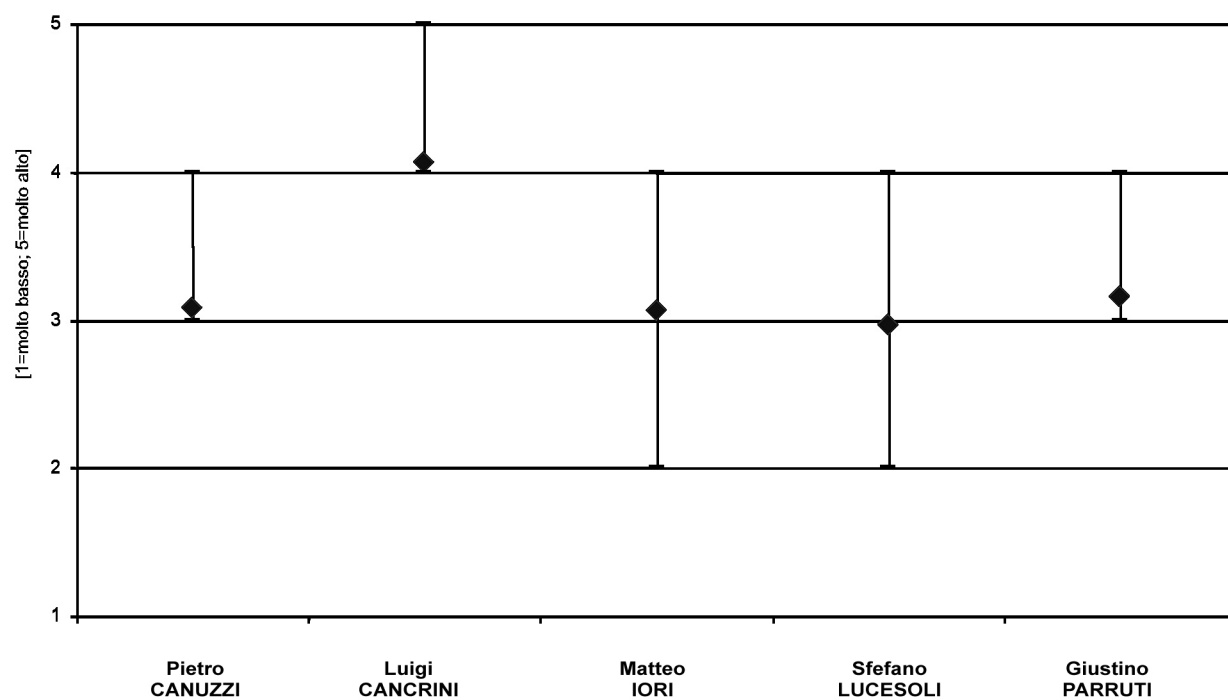
Risultati per relatore e criterio

Relatore	Adeguatezza dell'analisi problema		Utilità delle soluzioni proposte		Fattibilità delle soluzioni proposte		Livello di accordo sulle soluzioni proposte	
	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5
Pietro CANUZZI	3.09	32	2.91	26%	2.99	29	3.08	28
Luigi CANCRINI	4.15	83	4.07	78%	3.97	71	4.06	78
Matteo IORI	3.18	36	3.08	32%	3.03	29	3.06	35
Stefano LUCESOLI	3.15	35	2.90	29%	2.83	23	2.96	31
Giustino PARRUTI	3.25	36	3.08	31%	3.14	34	3.15	32

Livello di accordo sulle soluzioni proposte - Risultati per relatore



***Livello di accordo sulle soluzioni
proposte (valore medio, 1° quartile e 3° quartile)***



SESSIONE 12: Reinserimento lavorativo e sociale (65 questionari)

dei 65 rispondenti 52 hanno compilato l'anagrafica mostrando l'esatta ripartizione fra i sessi (50%) e un curioso addensamento sulle classi età più giovani (al di sotto dei 40 anni 44%) che qualifica questa sessione come la più "giovane". Tra le categorie professionali prevale quello Altro con il 61%, seguita da quella Assistente sociale (20,4%). Tra i relatori, quelli con maggior gradimenti alla luce dei criteri indicati sono risultati Paolo Cimarosti e Teresa Marzocchi.

Caratteristiche rispondente

Organizzazione di appartenenza	Freq.	%
Operatori del "privato sociale"	41	78.8
Sert	7	13.5
Amministrazioni Regionali	2	3.8
Altro	1	1.9
Amministrazioni provinciali e comunali	1	1.9
Amministrazioni Centrali	0	0.0
Società Scientifiche o Istituti di ricerca	0	0.0
Totale	52	100.0

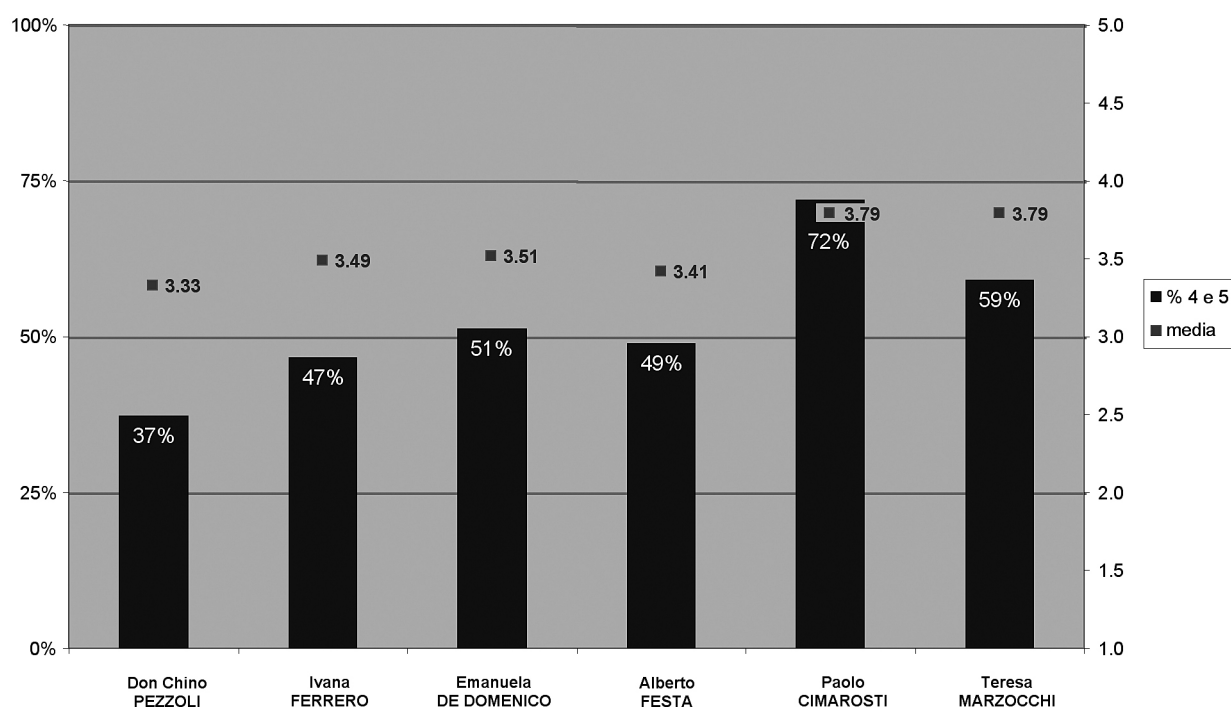
Genere	Freq.	%
Femmina	22	50
Maschio	22	50
Totale	44	100.0

Età	Freq.	%
22-29	3	6.5
30-32	6	13.0
33-35	6	13.0
36-39	5	10.9
40-42	7	15.2
43-45	2	4.3
46-47	5	10.9
48-49	2	4.3
50-52	3	6.5
53-55	3	6.5
60-62	1	2.2
63-70	3	6.5
Totale	46	100.0

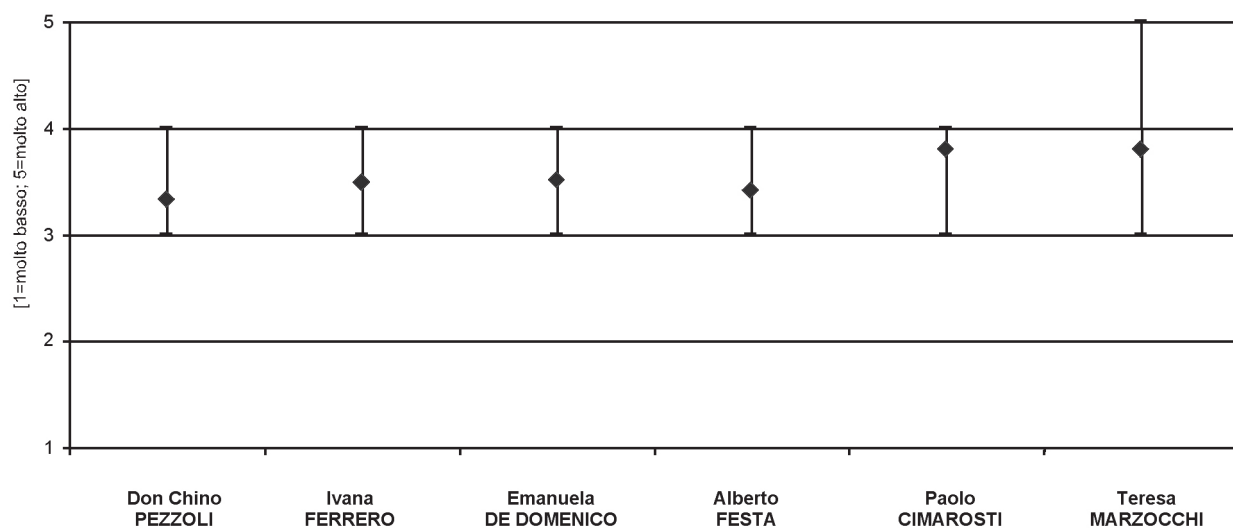
Professione	Freq.	%
Altro	30	61.2
Assistente sociale	10	20.4
Psicologo	5	10.2
Sociologo	4	8.2
Sociologo	5	4.5
Totale	49	100.0

Risultati per relatore e criterio

Relatore	Adeguatezza dell'analisi problema		Utilità delle soluzioni proposte		Fattibilità delle soluzioni proposte		Livello di accordo sulle soluzioni proposte	
	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5
Don Chino PEZZOLI	3.25	36	3.33	47	3.18	33	3.33	37
Ivana FERRERO	3.43	47	3.57	55	3.28	38	3.49	47
Emanuela DE DOMENICO	3.34	40	3.49	53	3.43	45	3.51	51
Alberto FESTA	3.53	55	3.47	53	3.34	43	3.41	49
Paolo CIMAROSTI	3.82	75	3.71	65	3.65	63	3.79	72
Teresa MARZOCCHI	3.82	70	3.85	69	3.71	63	3.79	59

Livello di accordo sulle soluzioni proposte - Risultati per relatore

Livello di accordo sulle soluzioni proposte (valore medio, 1° quartile e 3° quartile)



SESSIONE 13: La legislazione

(130 questionari)

Un'altra nutrita sessione con 130 rispondenti. Essa si configura come la sessione i cui tratta manifestano una maggiore ricorrenza. I Sert sono il 41,5%, seguiti dal Privato sociale 39,6%. Le prevalente classi di età sono quelle dopo i 43 con la punta massima in quella compresa tra i 50 e i 52 anni (20,6%). Medici e Psicologi tra le aree professionali più rappresentate. Carlo Alberto Zaina prevale su tutti i criteri.

Caratteristiche rispondente

Organizzazione di appartenenza	Freq.	%
Sert	44	41.5
Operatori del "privato sociale"	42	39.6
Altro	8	7.5
Amministrazioni Regionali	5	4.7
Amministrazioni Centrali	5	4.7
Amministrazioni provinciali e comunali	1	0.9
Società Scientifiche o Istituti di ricerca	1	0.9
Totale	106	100.0

Genere	Freq.	%
Femmina	57	61.3
Maschio	36	38.7
Totale	93	100.0

Età	Freq.	%
26-27	1	1.0
28-30	4	4.1
30-32	3	3.1
33-35	4	4.1
36-39	7	7.2
40-42	9	9.3
43-45	13	13.4
46-47	9	9.3
48-49	5	5.2
50-52	20	20.6
53-55	12	12.4
56-59	9	9.3
69	1	1.0
Totale	97	100.0

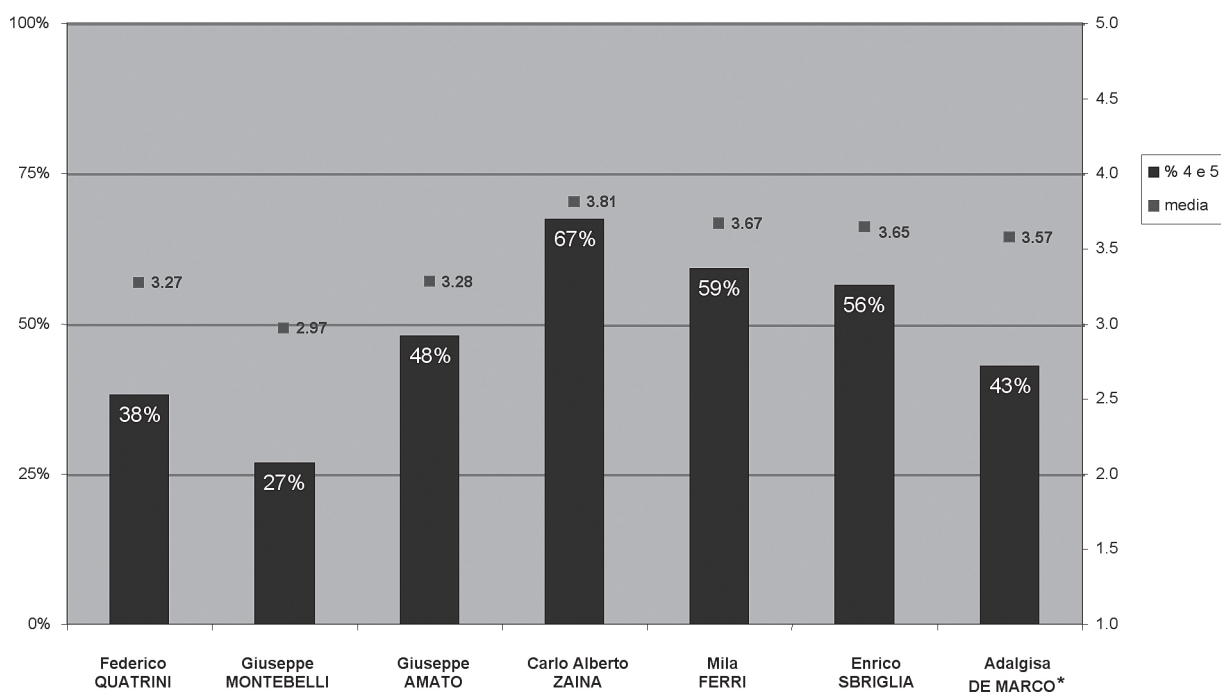
Professione	Freq.	%
Medico	24	27.3
Psicologo	21	23.9
Assistente sociale	10	11.4
Altro Funzionario pubblico	10	11.4
Sociologo	4	4.5
Totale	88	100.0

Risultati per relatore e criterio

Relatore	Adeguatezza dell'analisi problema		Utilità delle soluzioni proposte		Fattibilità delle soluzioni proposte		Livello di accordo sulle soluzioni proposte	
	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5
Federico QUATRINI	3.40	46	3.28	38	3.16	33	3.27	38
Giuseppe MONTEBELLI	3.25	43	3.07	35	3.10	32	2.97	27
Giuseppe AMATO	3.61	57	3.42	50	3.41	49	3.28	48
Carlo Alberto ZAINA	3.94	77	3.85	69	3.72	63	3.81	67
Mila FERRI	3.65	59	3.59	57	3.63	58	3.67	59
Enrico SBRIGLIA	3.77	61	3.65	55	3.60	51	3.65	56
Adalgisa DE MARCO*	3.91	55	4.00	64	3.73	45	3.57	43

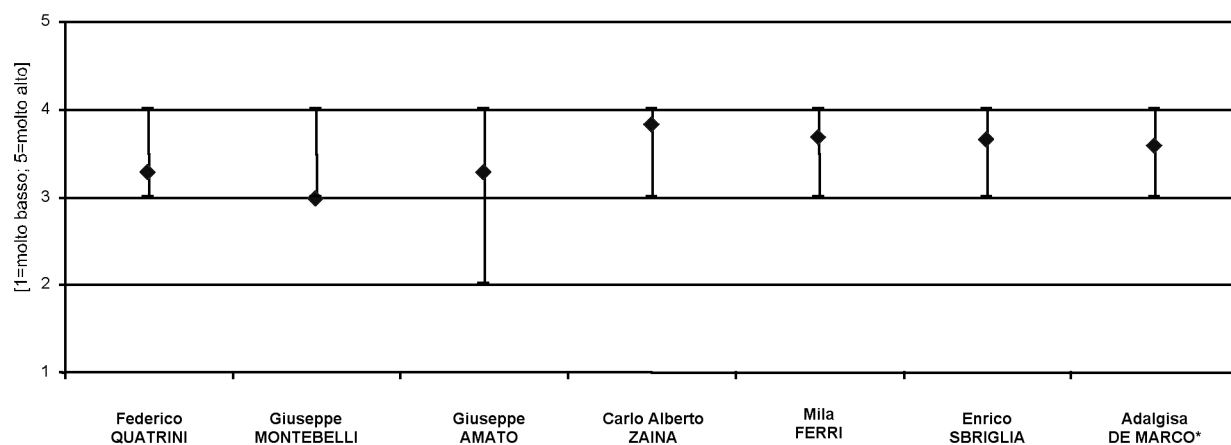
*(valutata da 11 rispondenti)

Livello di accordo sulle soluzioni proposte - Risultati per relatore



*valutata da 11 rispondenti

***Livello di accordo sulle soluzioni
proposte (valore medio, 1° quartile e 3° quartile)***



*valutata da 11 rispondenti

SESSIONE 14: Alta integrazione dei servizi e delle professionalità (49 questionari)

Sessione con un minor numero di partecipanti e 49 rispondenti con 44 compilatori dell'anagrafica. Equa distribuzione fra i sessi e una anomala partecipazione delle classi di età 31-33 che bilanciano la partecipazione più "vecchia" (classi 50-55 con 27%). Aree professionali pilotate da "Altro" seguita da Psicologo (27,3%) e Medico (20,5%). Incontrastata prevalenza di Don Armando Zappolini su tutti i criteri.

Caratteristiche rispondente

Organizzazione di appartenenza	Freq.	%
Operatori del "privato sociale"	22	50.0
Sert	17	38.6
Società Scientifiche o Istituti di ricerca	4	9.1
Amministrazioni Regionali	1	2.3
Altro	0	0.0
Amministrazioni Centrali	0	0.0
Amministrazioni provinciali e comunali	0	0.0
Totale	44	100.0

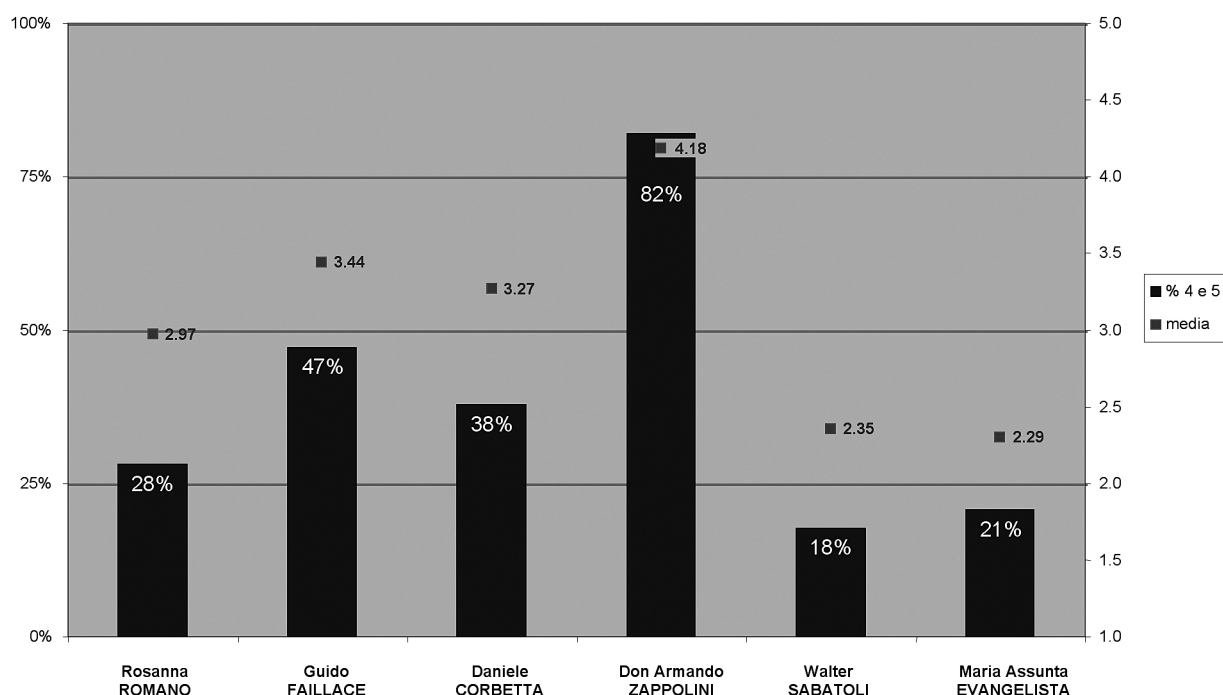
Genere	Freq.	%
Femmina	20	48.8
Maschio	21	51.2
Totale	41	100.0

Età	Freq.	%
26-27	1	2.4
28-29	1	2.4
31-33	7	17.1
34-36	3	7.3
37-39	2	4.9
40-42	3	7.3
43-45	1	2.4
46-47	3	7.3
48-49	2	4.9
50-52	6	14.6
53-55	5	12.2
56-59	4	9.8
60-62	2	4.9
65	1	2.4
Totale	41	100.0

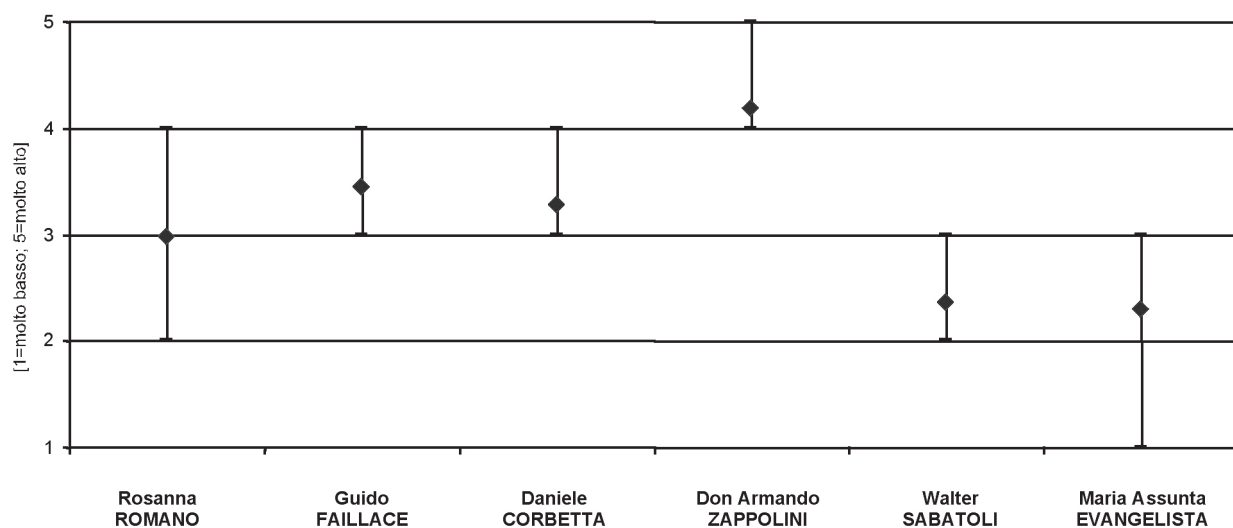
Professione	Freq.	%
Altro	16	36.4
Psicologo	12	27.3
Medico	9	20.5
Assistente sociale	5	11.4
Docente Universitario	1	2.3
Ricercatore (istituti di ricerca, università, ecc.)	1	2.3
Totale	44	100.0

Risultati per relatore e criterio

Relatore	Adeguatezza dell'analisi problema		Utilità delle soluzioni proposte		Fattibilità delle soluzioni proposte		Livello di accordo sulle soluzioni proposte	
	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5
Rosanna ROMANO	3.03	27	2.81	19	2.92	24	2.97	28
Guido FAILLACE	3.40	37	3.19	31	3.21	35	3.44	47
Daniele CORBETTA	3.27	29	3.13	29	3.29	38	3.27	38
Don Armando ZAPPOLINI	4.30	89	4.16	82	4.11	80	4.18	82
Walter SABATOLI	2.38	13	2.33	15	2.44	15	2.35	18
Maria Assunta EVANGELISTA	2.22	16	2.46	22	2.44	19	2.29	21

Livello di accordo sulle soluzioni proposte - Risultati per relatore

Livello di accordo sulle soluzioni proposte (valore medio, 1° quartile e 3° quartile)



SESSIONE 15: Ricerca e tossicodipendenza (60 questionari)

Confermata la prevalenza dei Sert e del Privato Sociale (rispettivamente 35,8% e 49%). Sessione connotata al maschile con il 74,5% dei maschi e classi di età superiori ai 43 anni. Medico e psicologo tra le aree prevalenti (32 e 34%).

Anche in questa sessione prevale un relatore su tutti i criteri: Pier Paolo Pani.

Caratteristiche rispondente

Organizzazione di appartenenza	Freq.	%
Operatori del "privato sociale"	26	49.1
sert	19	35.8
Altro	3	5.7
Società Scientifiche o Istituti di ricerca	2	3.8
Amministrazioni Centrali	2	3.8
Amministrazioni Regionali	1	1.9
Amministrazioni provinciali e comunali	0	0.0
Totale	53	100.0

Genere	Freq.	%
Femmina	12	25.5
Maschio	35	74.5
Totale	47	100.0

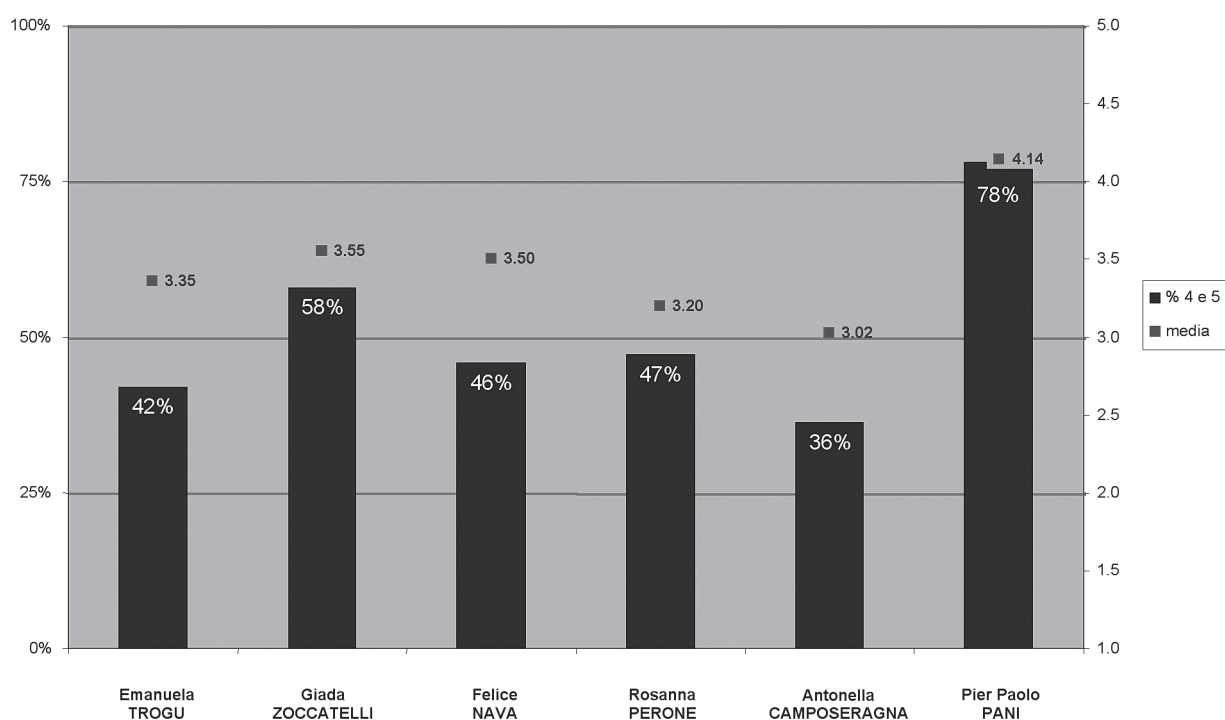
Età	Freq.	%
26-27	1	2.0
28-29	1	2.0
31-33	2	4.0
30	2	4.0
34-36	3	6.0
37-39	2	4.0
40-42	2	4.0
43-45	5	10.0
46-47	3	6.0
48-49	3	6.0
50-52	15	30.0
53-55	5	10.0
56-59	4	8.0
60-62	1	2.0
69	1	2.0
Totale	50	100.0

Professione	Freq.	%
Psicologo	15	34.1
Medico	14	31.8
Altro Funzionario pubblico	4	9.1
Altro	3	6.8
assistente sociale	3	6.8
sociologo	3	6.8
Docente Universitario	1	2.3
Ricercatore (istituti di ricerca, università, ecc.)	1	2.3
Totale	44	100.0

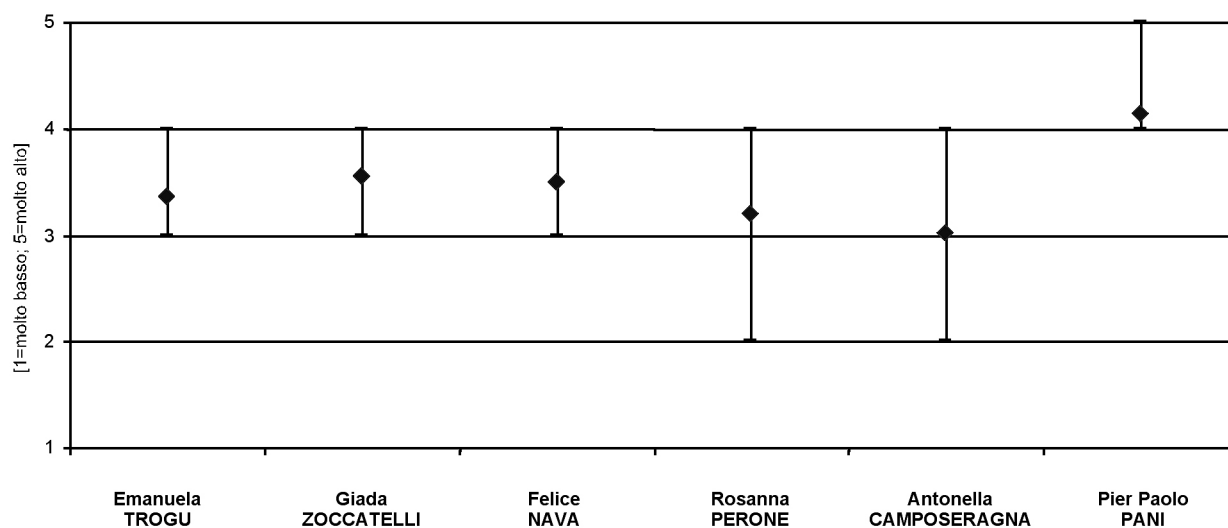
Risultati per relatore e criterio

Relatore	Adeguatezza dell'analisi problema		Utilità delle soluzioni proposte		Fattibilità delle soluzioni proposte		Livello di accordo sulle soluzioni proposte	
	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5
Emanuela TROGU	3.42	47	3.34	43	3.37	37	3.35	42
Giada ZOCCATELLI	3.79	71	3.71	66	3.46	56	3.55	58
Felice NAVA	3.48	48	3.48	46	3.38	42	3.50	46
Rosanna PERONE	3.32	47	3.25	49	3.14	43	3.20	47
Antonella CAMPOSERAGNA	2.91	26	2.94	31	2.96	31	3.02	36
Pier Paolo PANI	4.28	85	4.23	87	4.08	77	4.14	78

Livello di accordo sulle soluzioni proposte - Risultati per relatore



***Livello di accordo sulle soluzioni
proposte (valore medio, 1° quartile e 3° quartile)***



SESSIONE 16: Alcool, droghe e guida (41 questionari)

Sessione che ha attratto 41 rispondenti con 39 compilazioni dell'anagrafica. Mantenuta la ripartizione fra Sert (38,5%) e Privato sociale (30,8%) con equadistribuzione fra i sessi. Questa sessione fa notare la partecipazione giovanile con il 14% nelle classi 28-29 anni, anche se la prevalenza si addensa sulle classi 50-55 con il 22%. Altro è l'area professionale prevalente (40%), seguita da quella Psicologo (23,7%) e Medico (23,7%).

Sessione equilibrata anche relativamente ai relatori. Anche se Eugenio Scafato sembra leggermente in vantaggio sulla fattibilità delle proposte, Diana Candio prevale sull'analisi del problema, Daniele Giocondi sull'utilità delle proposte e Pietro Caramelli sul criterio generale relativo al livello di accordo sulle soluzioni proposte.

Caratteristiche rispondente

Organizzazione di appartenenza	Freq.	%
Sert	15	38.5
Operatori del "privato sociale"	12	30.8
Altro	7	17.9
Società Scientifiche o Istituti di ricerca	3	7.7
Amministrazioni Regionali	2	5.1
Amministrazioni Centrali	0	0.0
Amministrazioni provinciali e comunali	0	0.0
Totale	39	100.0

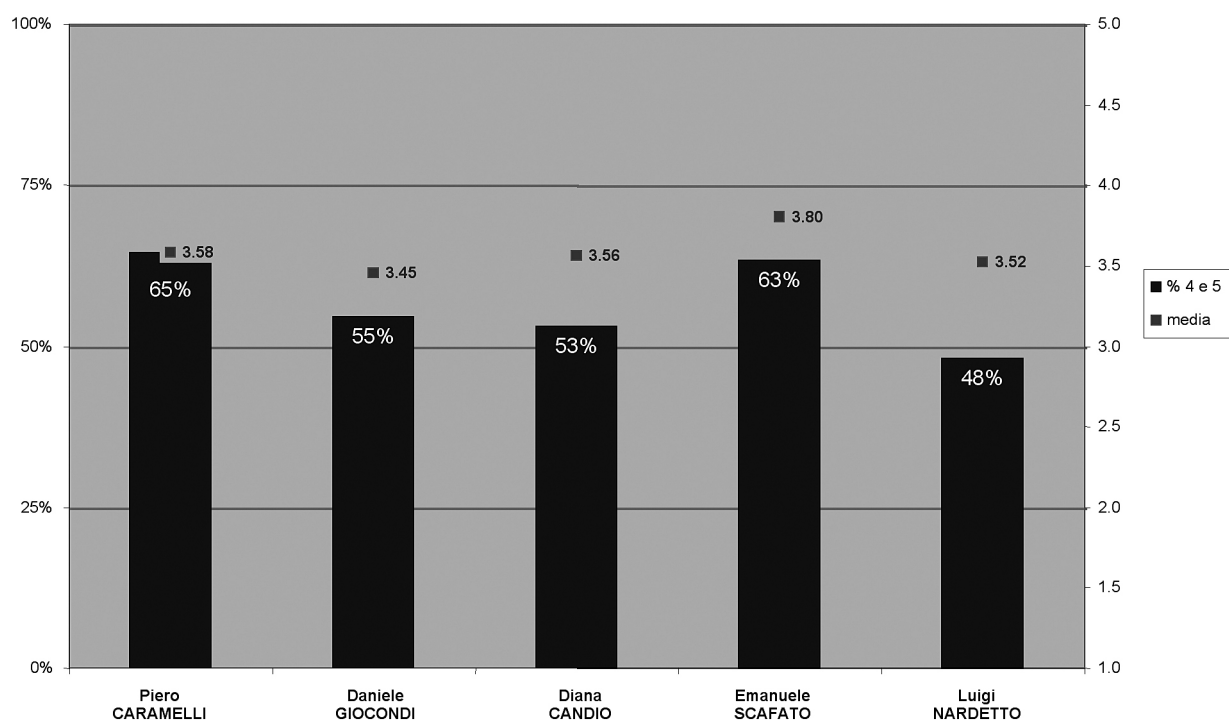
Genere	Freq.	%
Femmina	21	58.3
Maschio	15	41.7
Totale	36	100.0

Età	Freq.	%
28-29	5	13.9
31-33	2	5.6
30	1	2.8
34-36	4	11.1
37-39	2	5.6
40-42	2	5.6
43-45	2	5.6
46-47	2	5.6
48-49	3	8.3
50-52	4	11.1
53-55	4	11.1
56-59	3	8.3
66	1	2.8
69	1	2.8
Totale	36	100.0

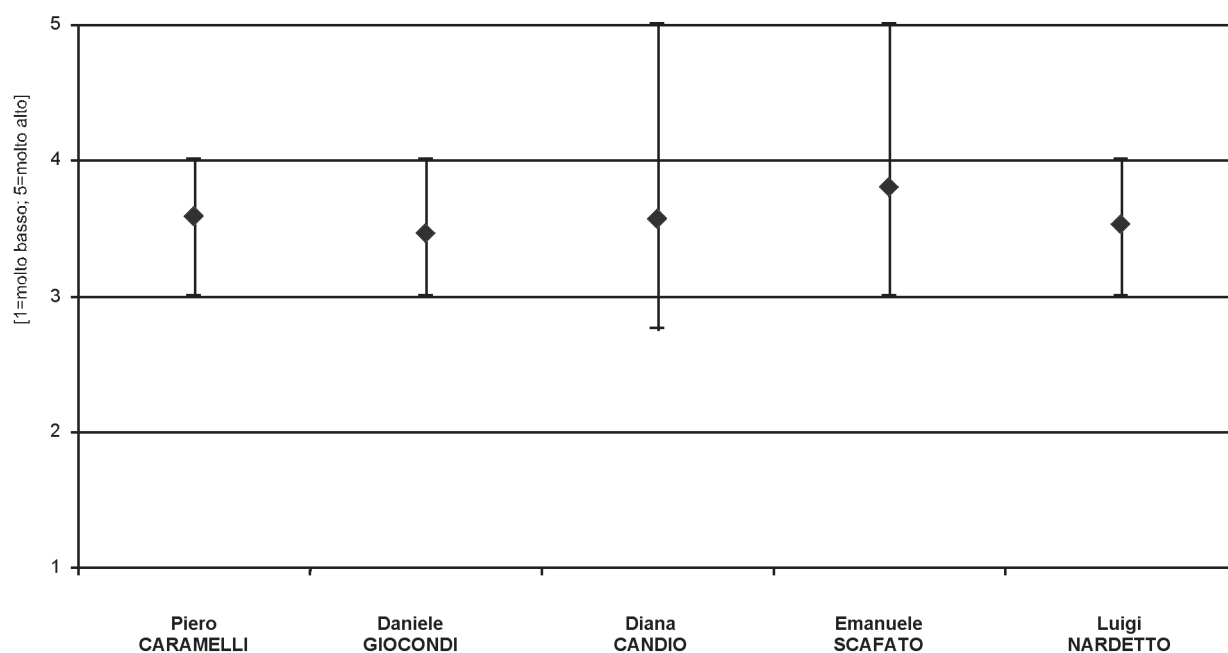
Professione	Freq.	%
Altro	15	39.5
Psicologo	9	23.7
Medico	9	23.7
Assistente sociale	2	5.3
Sociologo	2	5.3
Altro Funzionario pubblico	1	2.6
Totale	38	100.0

Risultati per relatore e criterio

Relatore	Adeguatezza dell'analisi problema		Utilità delle soluzioni proposte		Fattibilità delle soluzioni proposte		Livello di accordo sulle soluzioni proposte	
	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5
Piero CARAMELLI	3.61	61	3.53	61	3.64	67	3.58	65
Daniele GIOCONDI	3.64	64	3.62	67	3.41	54	3.45	55
Diana CANDIO	3.95	72	3.77	64	3.54	54	3.56	53
Emanuele SCAFATO	3.81	61	3.72	61	3.83	69	3.80	63
Luigi NARDETTO	3.61	48	3.61	52	3.35	39	3.52	48

Livello di accordo sulle soluzioni proposte - Risultati per relatore

Livello di accordo sulle soluzioni proposte (valore medio, 1° quartile e 3° quartile)



SESSIONE 17: Trattamenti e percorsi di cura, integrazione dei trattamenti

(77 questionari)

77 rispondenti e 60 compilatori dell'anagrafica. Leggera prevalenza delle femmine e deciso addensamento sulla classe di età 50-52 con il 24,1%. Prevale la presenza del Privato sociale (56,7%) e dei Sert (31,7%), con le aree professionali ripartire tra Altro e Psicologo (30,5%9, Medico (23,7%) e Assistente sociale (10,2%). Edoardo Polidori prevalente su tutti i criteri.

Caratteristiche rispondente

Organizzazione di appartenenza	Freq.	%
Operatori del "privato sociale"	34	56.7
Sert	19	31.7
Altro	5	8.3
Società Scientifiche o Istituti di ricerca	1	1.7
Amministrazioni Centrali	1	1.7
Amministrazioni Regionali	0	0.0
Amministrazioni provinciali e comunali	0	0.0
Totale	60	100.0

Genere	Freq.	%
Femmina	30	55.6
Maschio	24	44.4
Totale	54	100.0

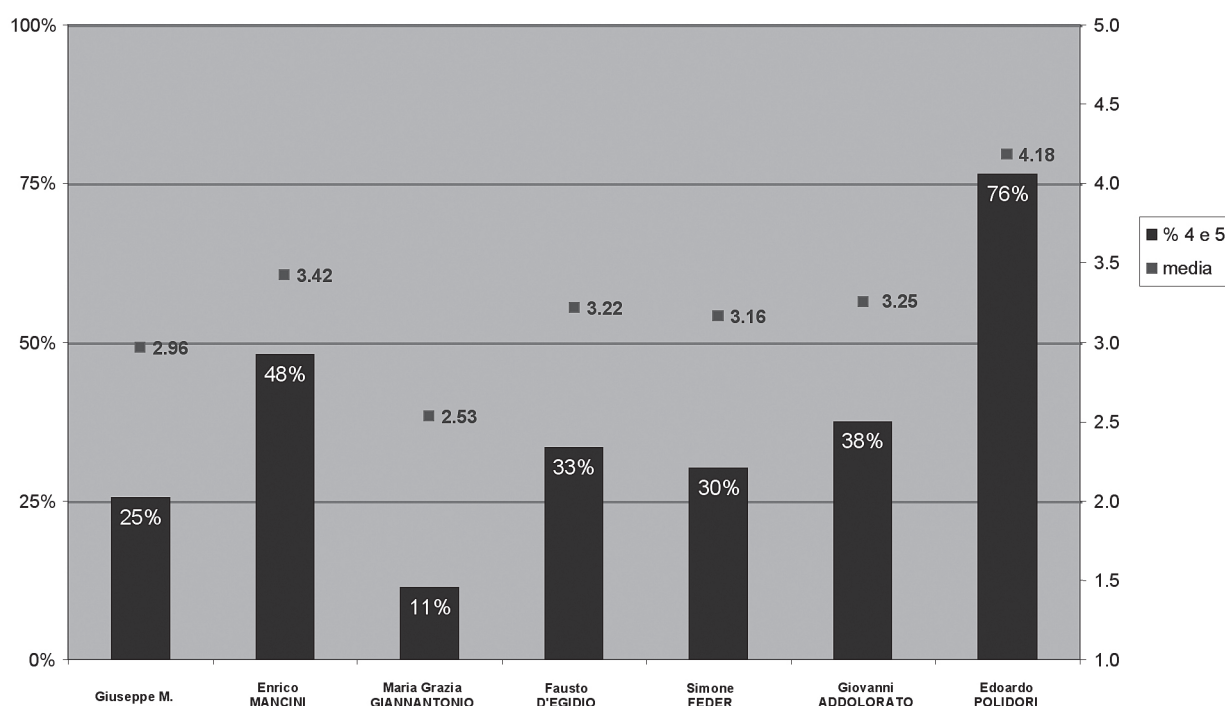
Età	Freq.	%
26-27	1	1.7
28-29	4	6.9
31-33	4	6.9
30	1	1.7
34-36	1	1.7
37-39	3	5.2
40-42	7	12.1
43-45	4	6.9
46-47	5	8.6
48-49	2	3.4
50-52	14	24.1
53-55	5	8.6
56-59	5	8.6
60-62	1	1.7
63-70	1	1.7
Totale	58	100.0

Professione	Freq.	%
Altro	18	30.5
Psicologo	18	30.5
Medico	14	23.7
Assistente sociale	6	10.2
Sociologo	2	3.4
Docente Universitario	1	1.7
Totale	59	100.0

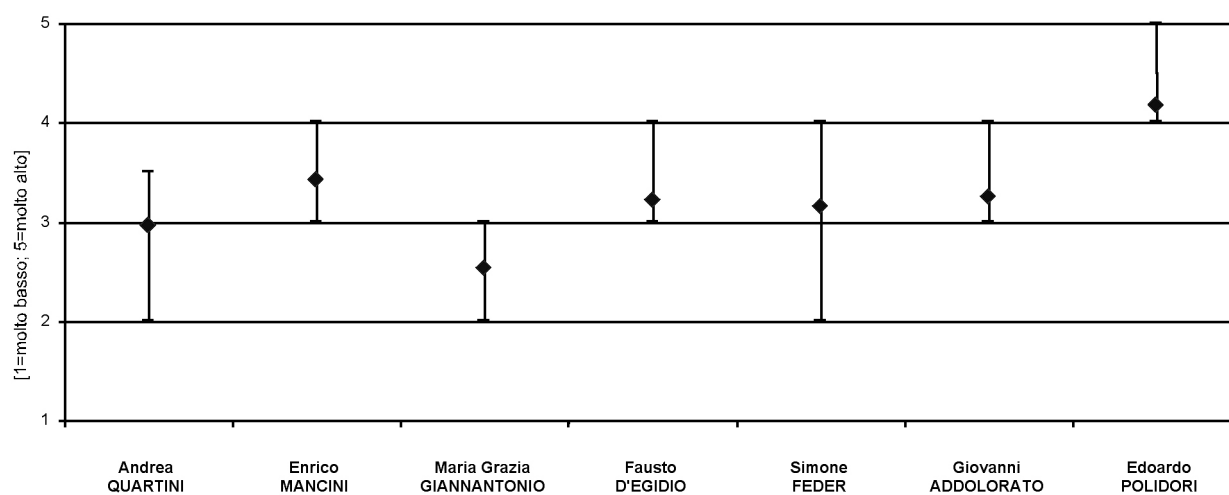
Risultati per relatore e criterio

Relatore	Adeguatezza dell'analisi problema		Utilità delle soluzioni proposte		Fattibilità delle soluzioni proposte		Livello di accordo sulle soluzioni proposte	
	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5
Giuseppe M.	3.12	35	3.09	30	3.16	39	2.96	25
Enrico MANCINI	3.55	52	3.46	48	3.22	34	3.42	48
Maria Grazia GIANNANTONIO	2.70	12	2.54	10	2.64	12	2.53	11
Fausto D'EGIDIO	3.41	48	3.25	39	3.24	35	3.22	33
Simone FEDER	3.29	41	3.14	35	3.26	41	3.16	30
Giovanni ADDOLORATO	3.65	60	3.36	44	3.35	42	3.25	38
Edoardo POLIDORI	4.12	74	4.09	74	4.02	69	4.18	76

Livello di accordo sulle soluzioni proposte - Risultati per relatore



***Livello di accordo sulle soluzioni
proposte (valore medio, 1° quartile e 3° quartile)***



SESSIONE 18: Drug Test nei Lavoratori (42 questionari)

Sessione che presenta 42 rispondenti (41 con anagrafica). I maschi sono stati il 52,6% con classi di età superiore ai 46 anni e medici prevalenti (44,7%). I Sert sono l'organizzazione di appartenenza prevalente (56%). Indiscutibile la posizione ottenuta da Edoardo Cozzolino fra i relatori.

Caratteristiche rispondente

Organizzazione di appartenenza	Freq.	%
Sert	23	56.1
Operatori del "privato sociale"	9	22.0
Amministrazioni Regionali	5	12.2
Società Scientifiche o Istituti di ricerca	3	7.3
Amministrazioni provinciali e comunali	1	2.4
Altro	0	0.0
Amministrazioni Centrali	0	0.0
Totale	41	100.0

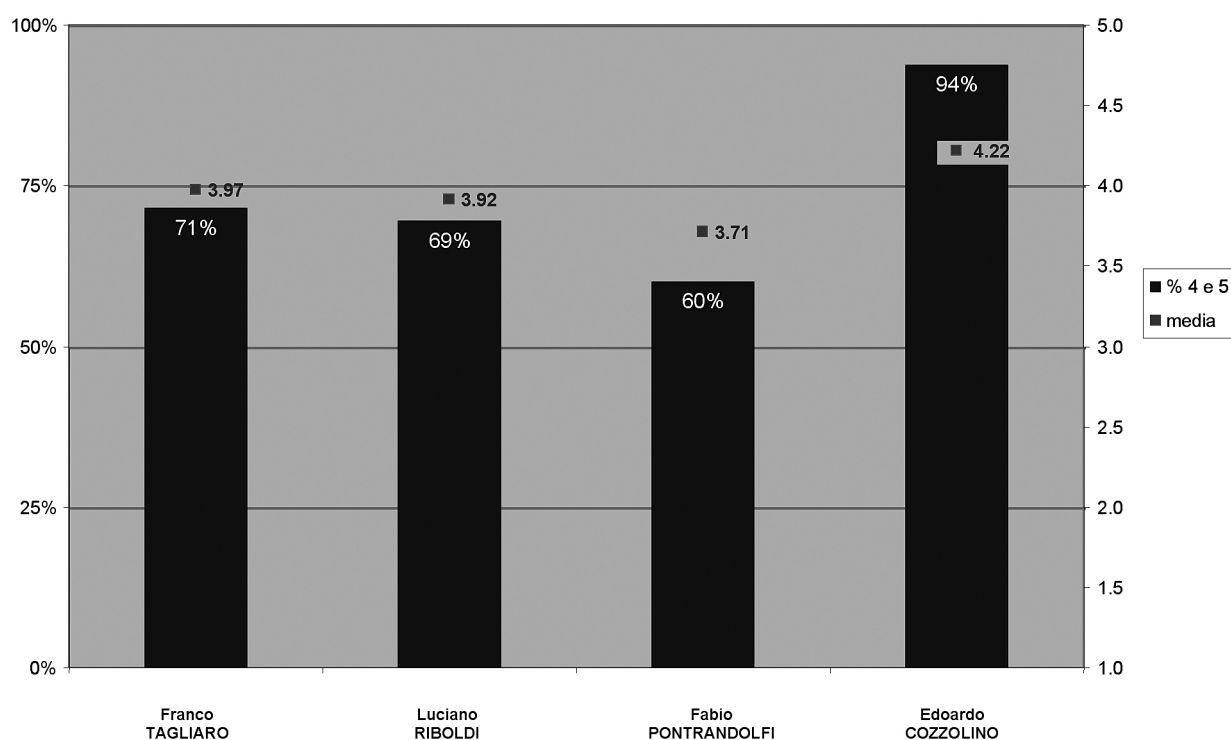
Genere	Freq.	%
femmina	18	47.4
maschio	20	52.6
Totale	38	100.0

Età	Freq.	%
26-27	1	2.6
28-29	2	5.3
30	1	2.6
37-39	3	7.9
40-42	2	5.3
43-45	2	5.3
46-47	4	10.5
48-49	5	13.2
50-52	5	13.2
53-55	6	15.8
56-59	6	15.8
63-70	1	2.6
Totale	38	100.0

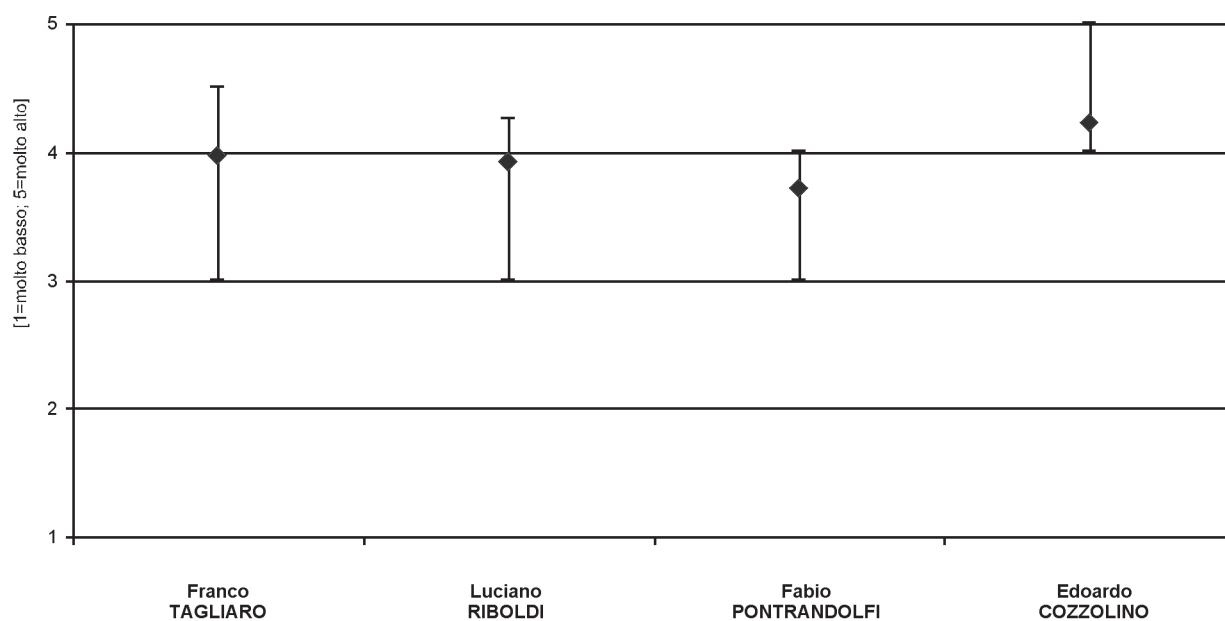
Professione	Freq.	%
Medico	17	44.7
Altro	10	26.3
Psicologo	6	15.8
Altro Funzionario pubblico	2	5.3
Ricercatore (istituti di ricerca, università, ecc.)	2	5.3
Assistente sociale	1	2.6
Totale	38	100.0

Risultati per relatore e criterio

Relatore	Adeguatezza dell'analisi problema		Utilità delle soluzioni proposte		Fattibilità delle soluzioni proposte		Livello di accordo sulle soluzioni proposte	
	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5
Franco TAGLIARO	4.03	74	3.89	66	3.92	67	3.97	71
Luciano RIBOLDI	4.15	83	3.95	74	3.85	68	3.92	69
Fabio PONTRANDOLFI	4.05	82	3.87	72	3.68	61	3.71	60
Edoardo COZZOLINO	4.39	97	4.31	92	4.19	92	4.22	94

Livello di accordo sulle soluzioni proposte - Risultati per relatore

Livello di accordo sulle soluzioni proposte (valore medio, 1° quartile e 3° quartile)



SESSIONE 19: Alcool, droghe e giovani

(63 questionari)

Piuttosto seguita con 63 rispondenti e 53 compilatori dell'anagrafica. Quasi rispetta l'equa ripartizione fra i sessi (51% maschi) e classi di età bilanciate fra i trentenni (31-36 pari al 24,5%) e i cinquantenni (classe 50-55 pari a 24,5%). Altro è l'area professionale prevalente al pari di quella Psicologo (37,5%) seguita dall'assistente sociale (10,4%). Anche se Emanuele Scafato ha ottenuto il maggior punteggio su tutti i criteri, Antonio Mosti segue molto da vicino.

Caratteristiche rispondente

Organizzazione di appartenenza	Freq.	%
Operatori del "privato sociale"	37	69.8
Sert	11	20.8
Amministrazioni provinciali e comunali	2	3.8
Altro	2	3.8
Amministrazioni Centrali	1	1.9
Amministrazioni Regionali	0	0.0
Società Scientifiche o Istituti di ricerca	0	0.0
Totale	53	69.8

Genere	Freq.	%
Femmina	25	49.0
Maschio	26	51.0
Totale	51	100.0

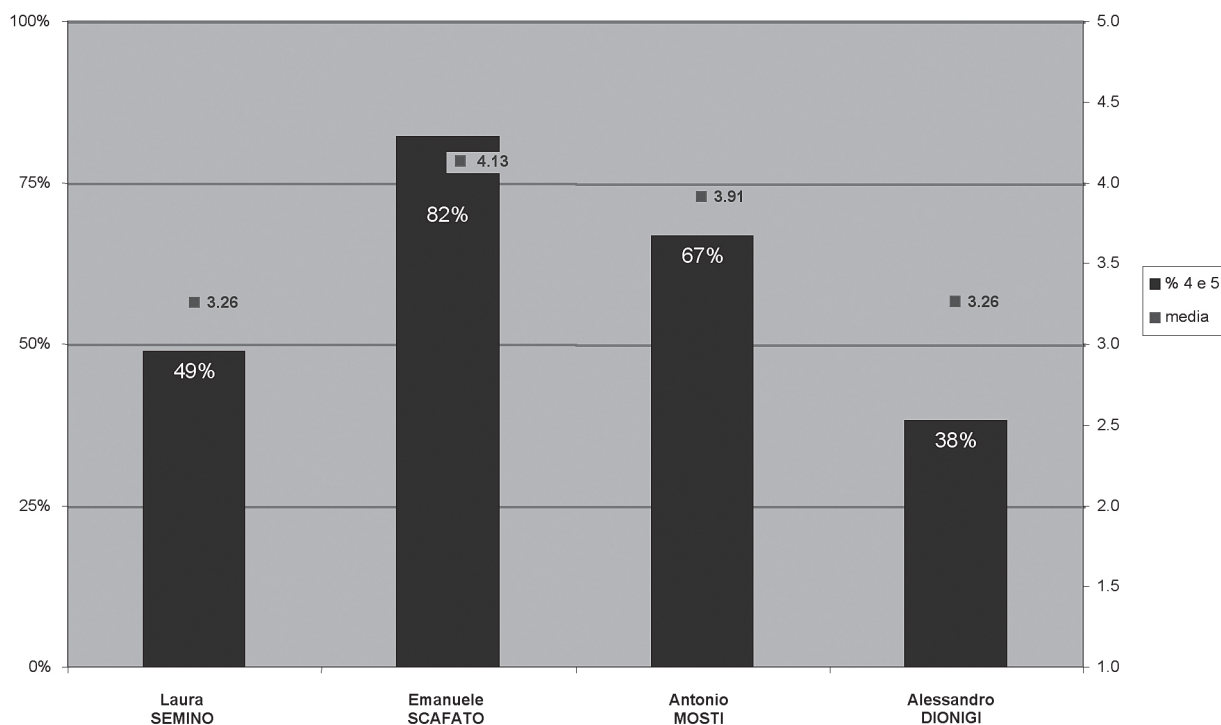
Età	Freq.	%
3	1	1.8
28-29	3	5.3
30	1	1.8
31-33	8	14.0
34-36	6	10.5
37-39	3	5.3
40-42	5	8.8
43-45	4	7.0
46-47	3	5.3
48-49	5	8.8
50-52	10	17.5
53-55	4	7.0
56-59	2	3.5
60-62	1	1.8
65	1	1.8
Totale	57	100.0

Professione	Freq.	%
Altro	18	37.5
Psicologo	18	37.5
Assistente sociale	5	10.4
Sociologo	4	8.3
Altro Funzionario pubblico	2	4.2
Medico	1	2.1
Totale	48	100.0

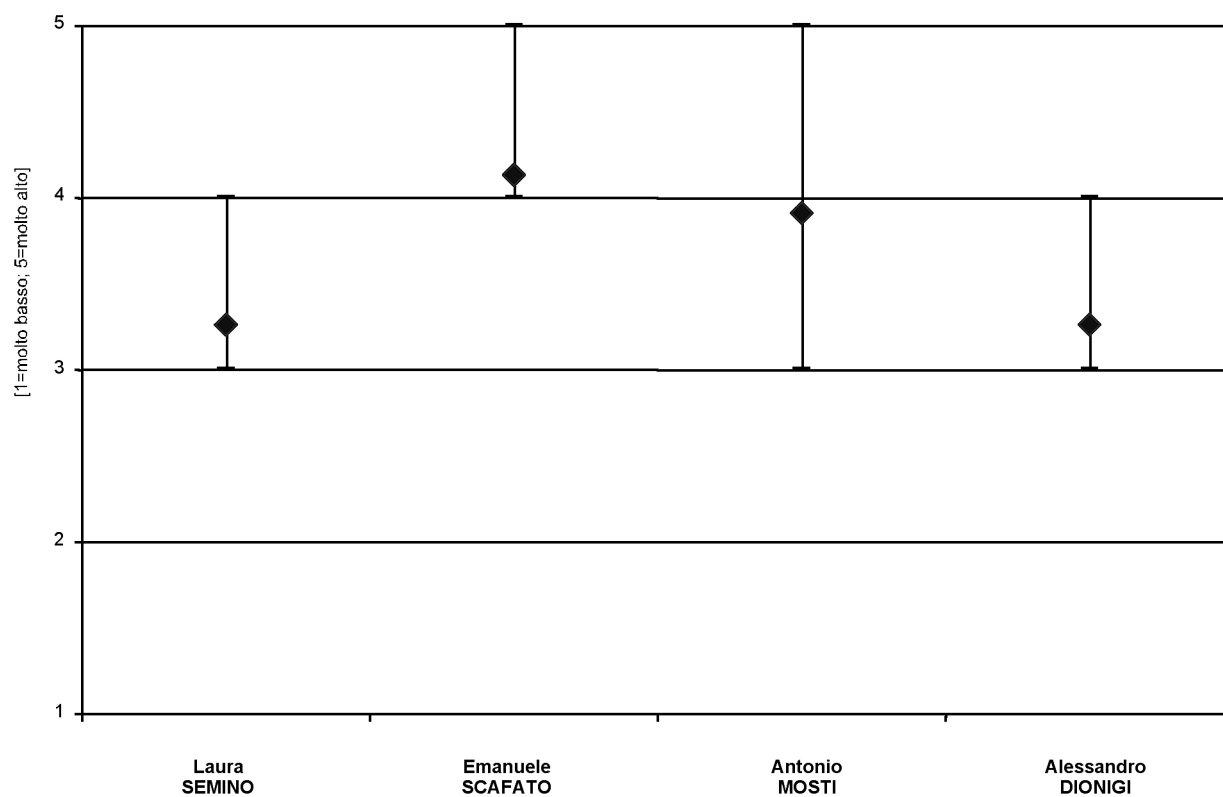
Risultati per relatore e criterio

Relatore	Adeguatezza dell'analisi problema		Utilità delle soluzioni proposte		Fattibilità delle soluzioni proposte		Livello di accordo sulle soluzioni proposte	
	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5
Laura SEMINO	3.19	40	3.12	40	3.04	40	3.26	49
Emanuele SCAFATO	4.17	88	3.98	81	3.88	71	4.13	82
Antonio MOSTI	3.93	71	4.02	76	3.95	69	3.91	67
Alessandro DIONIGI	3.33	39	3.41	44	3.36	42	3.26	38

Livello di accordo sulle soluzioni proposte - Risultati per relatore



***Livello di accordo sulle soluzioni
proposte (valore medio, 1° quartile e 3° quartile)***



SESSIONE 20: Aggiornamento delle Tabelle delle Sostanze e Soglie (8 questionari)

Sessione che ha avuto la più bassa partecipazione con 8 rispondenti che hanno tutti compilato la parte anagrafica. Rispettata la ripartizione sessuata (50%) con la classi 41 anni che ha ottenuto il maggior addensamento. Il 37% appartiene alla categoria Altro. Testa a testa fra Diego Pietrificazione e Cosimo Piccino fra i relatori per il punteggio maggiore.

Caratteristiche rispondente

Organizzazione di appartenenza	Freq.	%
Operatori del "privato sociale"	4	50.0
Sert	2	25.0
Altro	1	12.5
Amministrazioni Centrali	1	12.5
Totale	8	100.0

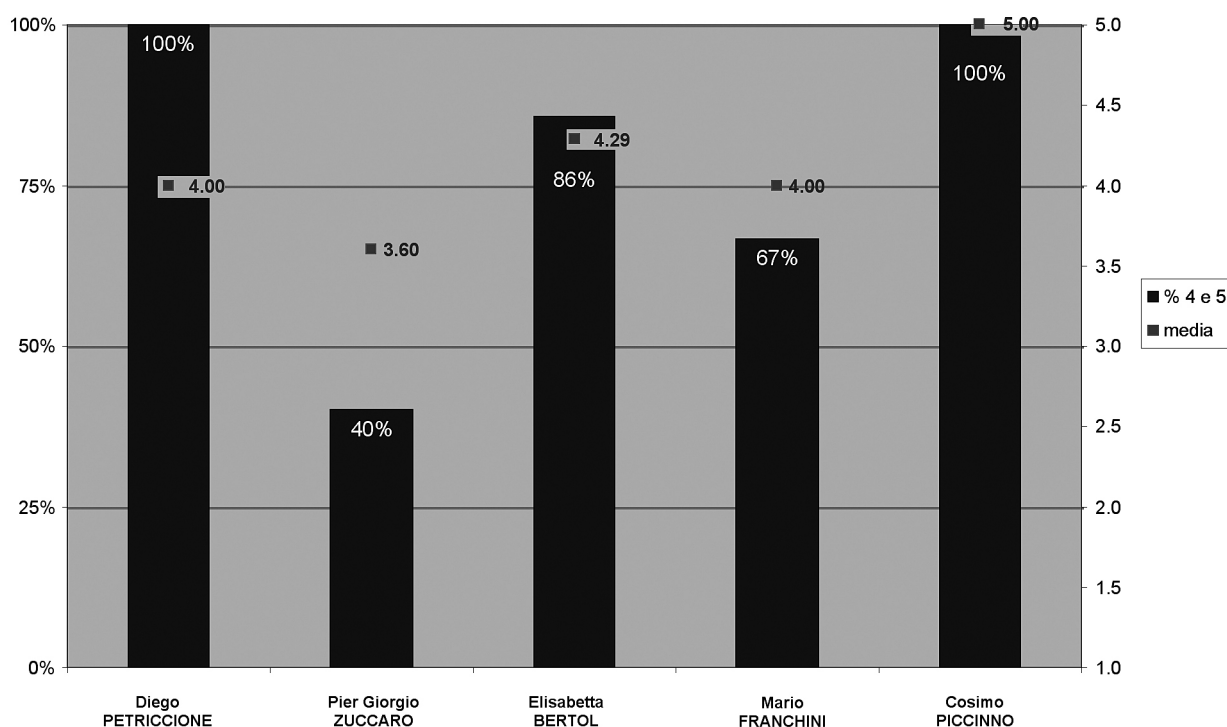
Età	Freq.	%
27	1	12.5
29	1	12.5
34	1	12.5
40	1	12.5
41	2	25.0
76	1	12.5
78	1	12.5
Totale	8	100.0

Genere	Freq.	%
Femmina	4	50.0
Maschio	4	50.0
Totale	8	100.0

Professione	Freq.	%
Altro	3	37.5
Psicologo	1	12.5
Sociologo	1	12.5
Altro Funzionario pubblico	1	12.5
Medico	1	12.5
Ricercatore (istituti di ricerca, università, ecc.)	1	12.5
Totale	8	100.0

Risultati per relatore e criterio

Relatore	Adeguatezza dell'analisi problema		Utilità delle soluzioni proposte		Fattibilità delle soluzioni proposte		Livello di accordo sulle soluzioni proposte	
	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5
Diego PETRICCIONE	4.29	100	4.00	100	4.00	100	4.00	100
Pier Giorgio ZUCCARO	3.43	43	3.43	43	3.50	50	3.60	40
Elisabetta BERTOL	4.43	86	4.14	71	4.14	71	4.29	86
Mario FRANCHINI	4.43	71	4.14	71	4.14	71	4.00	67
Cosimo PICCINNO	4.50	100	4.67	100	4.00	75	5.00	100

Livello di accordo sulle soluzioni proposte - Risultati per relatore

Livello di accordo sulle soluzioni proposte (valore medio, 1° quartile e 3° quartile)

