



PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Dipartimento Politiche Antidroga

Principi generali della posizione italiana contro l'uso di droghe



Roma, 1° Novembre 2011

Principi generali della posizione italiana contro l'uso di droghe

Roma, 1 Novembre 2011

Contenuti

Introduzione.

1. Premesse e Principi generali della posizione italiana contro l'uso di droghe:

1. La prevenzione come arma vincente.
2. La vulnerabilità dell'*addiction*.
3. La tossicodipendenza è una malattia prevenibile, curabile e guaribile.
4. La necessità di un approccio integrato verso droghe, alcol, tabacco, farmaci non prescritti, comportamenti compulsivi (es. *gambling* patologico).
5. L'uso di sostanze è un comportamento a rischio per la salute evitabile e prevenibile, da disapprovare socialmente e sanzionabile.
6. Il diritto alla cure gratuite per le persone tossicodipendenti.
7. Rivalutare l'applicazione dei trattamenti "condizionati" nelle gravi forme di *addiction* con manifestazioni violente verso terzi.
8. No all'emarginazione, criminalizzazione e alla stigmatizzazione sociale della persona tossicodipendente.
9. L'uso di sostanze non è un diritto individuale esigibile.
10. Interventi e strutture orientate a prevenire le patologie correlate e il recupero della persona tossicodipendente.
11. Interventi e strutture di cura orientati al recupero totale della persona tossicodipendente.
12. Scelte basate su criteri di scientificità ed etici.
13. L'uso di sostanze è un problema di sanità pubblica.
14. L'uso di sostanze è anche un problema di sicurezza pubblica.
15. Chi consuma sostanze e compra droga deve essere pienamente consapevole che finanzia le organizzazioni criminali e il terrorismo.
16. Considerare il "potenziale nocivo globale" (e non solo la tossicità acuta) delle singole sostanze stupefacenti, ed in particolare della cannabis, per la definizione delle strategie e delle politiche antidroga.
17. Una politica ben bilanciata: prevenzione, cura, riabilitazione, sanzione del consumo, contrasto e penalizzazione del traffico e dello spaccio.
18. La repressione del traffico e dello spaccio per minare il potere del crimine organizzato: un atto dovuto ed efficace nel medio e nel lungo termine.
19. La necessità di monitoraggio e valutazione costante dei risultati e dei costi.
20. La ricerca, la formazione specialistica e continua degli operatori e le collaborazioni internazionali.
21. I risultati positivi possono migliorare.

Prefazione



Sen. Carlo Giovanardi

Sottosegretario di Stato per la Famiglia, Droga e Servizio Civile

Come dimostrato anche dagli ultimi dati a livello Europeo oltre che dalle indagini epidemiologiche svolte nel nostro paese, i consumi di sostanze stanno avendo una contrazione e il mercato delle droghe da segni di cedimento. "La battaglia si può vincere" titolava qualche anno fa una nostra relazione al Parlamento, speranzosi e convinti che se avessimo insistito nelle azioni di prevenzione, di cura e riabilitazione, contestualmente con specifiche azioni di contrasto, si sarebbe riusciti a far invertire un trend al rialzo che ormai durava da molti anni. Ora è necessario non cambiare strategia ma rinforzarla e ulteriormente definirla nei principi base affinché sia ancora più chiara a tutti coloro che operano a vario livello nel settore.

Questa pubblicazione elenca in forma sintetica ma precisa i principi base della posizione italiana nei confronti della lotta alla droga.

Avere principi ben definiti e condivisi permette di poter formulare e rinforzare la nostra strategia che, anche alla luce delle più moderne evidenze scientifiche provenienti dalle Neuroscienze e dalle scienze del comportamento e dell'educazione, permetterà a tutto il sistema di risposta di agire in armonia e coerenza sia internamente che con i paesi membri. Oggi più che mai, pertanto, è necessario riproporre questi principi ed ampliarli ed aggiornarli alla luce delle nuove problematiche e dei successi che devono essere necessariamente consolidati e considerati come punto di partenza e non di arrivo. Tutto questo con lo scopo di essere ancora più incisivi sulla lotta alla droga, con un approccio bilanciato che mette al centro la persona e la salvaguardia della sua salute, della sua socialità e della sua spiritualità, che necessariamente esclude l'ipotesi di legalizzazione dell'uso delle sostanze come soluzione al problema del consumo, in quanto dopo attenta analisi e confronto con vari esperti ed alte amministrazioni governative, si dimostra una mera ed inattuabile ipotesi che non trova consenso nella stragrande maggioranza degli stati.

Il futuro sarà quello che noi sapremo costruire e sicuramente potrà essere migliore se tutti insieme prenderemo una rotta verso la valorizzazione soprattutto della prevenzione precoce dell'uso di sostanze e dell'abuso alcolico con un supporto alle famiglie, alle scuole e alle organizzazioni che entrano in contatto con i giovani, senza trascurare la cura precoce e il recupero delle persone tossicodipendenti. Orientare i sistemi di risposta verso il recupero totale della persona è infatti la sfida che fin da subito e nei prossimi anni sarà necessario mantenere ed accettare. Solo così potremo ridare dignità e vita vera, ancora prima che al nostro lavoro, a quelle persone che sfortunatamente sono entrate in un percorso così doloroso e distruttivo quale è la tossicodipendenza.

Spero pertanto che questo ulteriore contributo possa essere utile per migliorare le nostre azioni, renderle più coerenti ed efficaci nell'interesse generale della comunità oltre che del singolo individuo.

Introduzione

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

Inoltre il documento affronta ed approfondisce le ragioni del perché si ritiene una cattiva idea la legalizzazione delle sostanze stupefacenti come soluzione per combattere la loro diffusione e il consumo tra la popolazione, i profitti delle organizzazioni criminali e i problemi di illegalità correlati all'uso, alla produzione e allo spaccio.

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

Si ritiene che molti dei principi auspicati da varie organizzazioni in questi anni, tra cui anche il *Report della Global Commission on Drug Policy*, siano condivisibili per migliorare l'efficacia degli interventi contro le droghe ma che tali risultati non debbano necessariamente essere raggiunti con politiche indirizzate e basate sulla legalizzazione delle droghe.

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

Giovanni Serpelloni

Capo Dipartimento Politiche Antidroga
Presidenza del Consiglio dei Ministri

Premesse e Principi generali della posizione italiana contro l'uso di droghe

1. La prevenzione come arma vincente.

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

**Prevenzione
permanente**

La prevenzione selettiva sulle persone particolarmente vulnerabili, coinvolgendo nel contempo e supportando attivamente i genitori e gli insegnanti, è risultata un arma particolarmente efficace e sostenibile³. La prevenzione deve essere più precoce, a partire quindi dall'età scolare, attraverso la trasmissione di regole e stili di vita sani che escludono quindi l'uso di tutte le sostanze stupefacenti, l'abuso alcolico, il tabagismo e il consumo di farmaci non prescritti.

Prevenzione selettiva

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

**Diagnosi precoce per
un intervento precoce**

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

Azione irrinunciabile

**Proteggere la
maturazione
cerebrale**

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

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

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

⁴ Cfr. nota 1.

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

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

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

pericolo.^{8 9 10 11 12 13 14}

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

Evidence based

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

**Prevenzione
ambientale**

2. La vulnerabilità dell'addiction.

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

**Vulnerabilità e
maggior rischio di
percorsi evolutivi**

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

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

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

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

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

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

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

¹² Serpelloni G., Macchia T., Gerra G., COCAINA, Manuale di aggiornamento tecnico scientifico, progetto START, Ministero della Sanità, 2006. Scaricabile www.dronet.org.

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

¹⁴ <http://www.drugfreedu.org/>.

¹⁵ Keyes K.M., Schulenberg J.E., O'Malley P.M., Johnston L.D., Bachman J.G., Li G., Hasin D., The social norms of birth cohorts and adolescent marijuana use in the United States, 1976-2007. Addiction. 2011 May 6.

¹⁶ Cfr. nota 1.

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

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

La tossicodipendenza è una malattia del cervello, complessa e fortemente invalidante, correlata a disturbi comportamentali, rischi infettivi e psichiatrici con gravi conseguenze sociali per l'individuo¹⁹.

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

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

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

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

Come tutte le malattie croniche, la dipendenza spesso alterna cicli di ricaduta a periodi di remissione dei sintomi. Senza un efficace trattamento e un pieno coinvolgimento in attività orientate al recupero (*recovery*), la dipendenza è progressiva e può degenerare in forme di inabilità o alla morte prematura.²⁰ Pertanto, nel nostro Paese tutte le politiche e le strategie sono impostate a riconoscere che l'uso di qualsiasi sostanza stupefacente, anche occasionale, è un comportamento pericoloso e ad alto rischio per la salute, che la tossicodipendenza è una condizione che costituisce, oltre un problema sociale e di sicurezza, anche un serio problema di sanità pubblica che riguarda non solo la salute delle persone dipendenti dalle droghe, ma anche terze persone che possono venire danneggiate dai loro comportamenti a rischio mediante, per esempio, la guida di autoveicoli o lo svolgimento di lavori che comportino rischi per terzi. Il riconoscimento di questi concetti comporta che tutti i sistemi assistenziali e di cura siano orientati a rapportarsi con le persone che usano in maniera occasionale o periodica (ma in assenza di dipendenza) sostanze come soggetti con comportamenti a rischio per la salute con la necessità di interventi precoci per prevenire l'instaurarsi di una dipendenza e sospendere l'uso, e le persone con dipendenza da sostanze come soggetti malati con necessità di cure mediche, psicologiche e supporti sociali facilmente accessibili e mantenibili sia per la dipendenza che per le patologie ad essa correlate. Questi sistemi dovranno essere orientati, oltre che alla cura, anche al recupero e alla guarigione della persona e non solo al "controllo sociale" della malattia.

La tossicodipendenza è una malattia

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

La malattia è generata da un uso iniziale volontario di sostanze

Forte difficoltà a mantenere lo stato di sobrietà

Coinvolti i meccanismi neurobiologici

Recidivante

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

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

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

¹⁷ Dipartimento per le Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Piano di Azione Nazionale (PAN) sulle Droghe, 2010-2013. Scaricabile da www.politicheantidroga.it e www.dronet.org.

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

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

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

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

Sempre di più si riconosce la necessità di integrare le politiche e gli interventi (nonché le strutture) relative alle problematiche derivanti dall'uso di droghe, alcol, fumo, farmaci non prescritti e comportamenti compulsivi patologici quali il "*gambling* patologico". L'approccio globale e integrato verso tutte queste forme di dipendenza comporta una nuova strategia ed organizzazione orientata a fronteggiare sia comportamenti sia (in termini preventivi, terapeutici e riabilitativi) tutte le varie forme di dipendenza che spesso presentano percorsi evolutivi contemporanei.²¹ Risulta pertanto fondamentale disporre di organizzazioni specializzate nell'ambito dell'*addiction*, quali i Dipartimenti delle Dipendenze (distinte da quelle dedicate alla psichiatria), in grado di affrontare congiuntamente tali patologie.

**Approccio integrato
su tutte le
dipendenze
patologiche**

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

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

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

E' inoltre importante supportare lo sviluppo del senso di responsabilità nei giovani verso la propria salute e quella altrui. Contemporaneamente è però necessario mantenere attivi anche deterrenti sociali, legali e movimenti culturali antidroga positivi, affinché si realizzi e si mantenga un alto grado di disapprovazione sociale di tale consumo.^{22 23}

Questo importante fattore è effettivamente in grado di produrre una riduzione dei consumi, soprattutto di nicotina, di marijuana e di cocaina che, in adolescenti vulnerabili, si sono dimostrate droghe "*gateway*" in grado cioè di attivare percorsi evolutivi verso l'*addiction*, come è stato scientificamente dimostrato da studi trentennali.²⁴

**Deterrenti e
disapprovazione
sociale del consumo**

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

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

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

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

²² Cfr. nota 1.

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

²⁴ Cfr. nota 15.

**Terapie
farmacologiche
integrate**

No all'uso dell'eroina

Cure anche in carcere

I programmi farmacologici con sostanze sostitutive (esclusa l'eroina), fanno parte di queste terapie sempre integrate con offerte e supporti psicologici e sociali²⁵. La somministrazione controllata di eroina viene esclusa per la bassa aderenza al trattamento riscontrata nel medio-lungo termine, per la necessità di assumerla per via endovenosa ben 4 volte al giorno e per la necessità di eseguire questa terapia da parte del paziente sempre in ambiente sanitario controllato con la necessità di valutazione per almeno 60 minuti post iniezione con ciò che comporta per il paziente in termini di tempo/ore dedicate (dalle 5 alle 7 ore al giorno compresi gli spostamenti). L'eroina inoltre non viene utilizzata anche per l'aumentato rischio di overdose rispetto al metadone e per la presenza di farmaci alternativi (metadone e buprenorfina) che si sono dimostrati più sicuri, efficaci e maneggevoli.^{26 27 28 29 30 31 32}

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

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

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

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

In questi casi, dove l'*addiction* presenta una componente fortemente violenta, distruttiva e pericolosa, è necessario prendere in considerazione la possibilità e l'opportunità di introdurre temporaneamente trattamenti sanitari condizionati con adeguate forme di tutela per questi gruppi famigliari. A tale proposito, sempre nel rispetto dei diritti umani dell'individuo, è possibile prevedere particolari ambienti di tipo residenziale specialistici per le persone tossicodipendenti (differenti dai reparti di psichiatria).

Tali trattamenti dovrebbero essere mantenuti mediante atti in grado di imporre temporaneamente soluzioni contenitive e cure adeguate a ridurre tali rischi alla persona e al suo nucleo familiare.

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

**Addiction, patologie
psichiatriche
concomitanti e
manifestazioni
violente**

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

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

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

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

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

²⁹ Strang J., Hall W., Hickman M., Bird S.M., Impact of supervision of methadone consumption on deaths related to methadone overdose (1993-2008): analyses using OD4 index in England and Scotland, BMJ. 2010; vol. 341 pp. c4851.

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

³¹ Cornish R., Macleod J., Strang J., Vickerman P., Hickman M., Risk of death during and after opiate substitution treatment in primary care: prospective observational study in UK General Practice Research Database, BMJ. 2010; vol. 341 pp. c5475.

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

E' chiaro che l'introduzione di soluzioni di questo tipo devono essere approfonditamente studiate e riflettute in tutti i loro aspetti, sia di efficacia terapeutica, sia di capacità di ridurre effettivamente il problema delle violenze sui famigliari, e nel contempo di essere rispettosi dei principi bioetici. In Italia, oltre alla necessità, vi potrebbe essere una condizione particolarmente favorevole a sperimentare tale soluzione considerata la forte presenza di strutture residenziali e l'alto accreditamento e l'alta specializzazione di alcune di esse nella gestione della comorbidità psichiatrica e, contemporaneamente, della tossicodipendenza. Un atteggiamento di estrema prudenza nell'affrontare questi temi è, però, sicuramente necessario. Tutto ciò al fine di assicurare al paziente un'idonea assistenza per superare questo stato di malattia in grado di produrre danni sia da un punto di vista sanitario che sociale all'individuo e a terze persone. Al pari di alcune condizioni limite presenti nelle malattie psichiatriche dove si ritiene opportuno applicare trattamenti sanitari obbligatori temporanei, anche in questo caso varrebbe la pena di riflettere sull'opportunità (valutandone l'efficacia anche in termini di riduzione della storia naturale della malattia, nonché sulla sicurezza dei provvedimenti) di inserire anche nel campo dell'*addiction* analoghe e temporanee forme di tutela per quelle persone che presentino queste condizioni estreme.

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

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

I diritti umani di queste persone devono quindi essere rispettati al pari di qualsiasi altro cittadino malato.

Pertanto è da combattere ed evitare qualsiasi forma di emarginazione delle persone tossicodipendenti, la loro criminalizzazione (semplicemente perché consumatori di sostanze) e ancora di più la loro stigmatizzazione essendo la tossicodipendenza una vera e propria malattia. Pertanto l'Italia non condivide l'utilizzo di pratiche quali la detenzione forzata, gli abusi fisici o psicologici sulle persone tossicodipendenti compiuti in virtù di un supposto intervento terapeutico o riabilitativo.

Salvo per i casi riportati al punto 7, il trattamento deve essere costantemente rispettoso dei diritti della persona, su adesione consapevole e volontaria e rispettoso del diritto all'autodeterminazione.^{33 34 35}

No all'emarginazione e alla criminalizzazione dei tossicodipendenti

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

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

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

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

³³ Cfr. nota 17.

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

³⁵ Cfr nota 18.

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

Si ritiene inoltre che tutte le cure debbano essere fortemente orientate al recupero integrale e alla autonomizzazione della persona e che debbano sempre essere associate alla prevenzione delle patologie correlate quali l'infezione da HIV, le epatiti, la TBC e le overdose³⁶. Queste azioni devono essere considerate prioritarie ma complementari e non alternative alla cura della dipendenza, e "atti dovuti" dai sistemi sanitari per la tutela della salute, non solo delle persone tossicodipendenti ma dell'intera comunità. La politica e gli interventi di "*harm reduction*" (riduzione del danno), se applicati da soli e al di fuori di un contesto sanitario orientato alla cura, alla riabilitazione ed al reinserimento delle persone, risultano, nel lungo termine, fallimentari, costosi, e di scarso effetto preventivo, oltre al fatto che sono in grado di cronicizzare lo stato di tossicodipendenza. Inoltre, le terapie farmacologiche non possono essere considerate mere azioni di riduzione dei rischi e dei danni ma veri e propri strumenti di cura e riabilitazione finalizzate, in tempi diversificati in base alle caratteristiche del paziente, alla terapia integrata della dipendenza. Va chiaramente evidenziato che le vere misure che si sono dimostrate realmente efficaci nel medio e lungo termine per la riduzione del rischio infettivo (HIV, Epatiti, TBC, ecc.) e delle overdose, sono le terapie per la dipendenza e quelle antiretrovirali che devono quindi essere offerte quanto più precocemente possibile e gratuitamente, anche promuovendo un contatto attivo e precoce con le persone che fanno uso di droghe.^{37 38 39}

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

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

Il recupero della persona con problemi derivanti da dipendenza da sostanze stupefacenti o da alcol è possibile ed è un processo di cambiamento sostenibile, attraverso cui un individuo può raggiungere l'astinenza totale da tali sostanze, il miglioramento della salute, del benessere psicosociale e della qualità della vita. Tutti i trattamenti della dipendenza da sostanze stupefacenti e alcol (e di conseguenza i processi assistenziali a tal fine utilizzati) devono essere orientati e finalizzati fin dall'inizio al recupero totale della persona (*recovery*) e alla guarigione della malattia (*healing*). Questo si ottiene, di norma, nel medio-lungo periodo, con il raggiungimento e il mantenimento dello stato di sobrietà dalle sostanze stupefacenti e contestualmente con la riabilitazione e il reinserimento sociale e lavorativo della persona nella società e nella famiglia, permettendole ed aiutandola quindi a costruirsi e mantenere una vita dignitosa, autonoma e soddisfacente lontano dalle sostanze stupefacenti. Il recupero della persona tossicodipendente con la guarigione dalla malattia della dipendenza da sostanze, è il risultato di processi terapeutico-riabilitativi incrementali non rinunciabili. Si tratta non solo di ristabilizzare una condizione di salute ma anche di promuovere un'identità positiva e relazioni e ruoli significativi nella propria famiglia, con un nuovo gruppo dei pari e di comunità. Il recupero e la guarigione sono facilitati, oltre che dal trattamento, da relazioni e da ambienti sociali incentivanti e positivi che alimentano la speranza di miglioramento della propria condizione, l'*empowerment* personale, le scelte consapevoli e le opportunità di una vita libera, sana, equilibrata e socialmente integrata. Tutto questo a supporto della piena espressione del potenziale individuale delle persone tossicodipendenti che attraverso questo percorso di guarigione possono diventare e diventano, a tutti gli effetti, membri attivi e produttivi della comunità.

**Il recupero è
possibile**

**Orientamento
primario dei
trattamenti**

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

**L'importanza delle
relazioni sociali**

³⁶ Cfr. nota 26.

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

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

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

12. Scelte basate su criteri di scientificità ed etici.

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

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

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

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

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

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

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

Approccio *evidence based* bilanciato con criteri etici

Costi o "investimenti"?

Il diritto ad essere tutelati dall'offerta di droga

Costi per la prevenzione: indifferibili.

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

⁴¹ Cfr. nota 34.

⁴² Cfr. nota 18.

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

Uso di droghe e
sanità pubblica

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

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

Sicurezza pubblica in
pericolo

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

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

Finanziamenti alle
mafie

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

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

⁴⁴ Cfr. nota 8.

⁴⁵ Cfr. nota 9.

⁴⁶ Cfr. nota 10.

⁴⁷ Cfr. nota 11.

⁴⁸ Cfr. nota 12.

⁴⁹ Cfr. nota 13.

⁵⁰ Cfr. nota 14.

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

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

Tutte le sostanze stupefacenti sono da considerarsi sempre potenzialmente nocive per la salute fisica, psichica e sociale dell'individuo anche se assunte occasionalmente.^{52 53 54} È inutile e dannoso voler graduare i danni delle diverse sostanze stupefacenti al fine di voler giustificare la legalizzazione o la liberalizzazione di alcune (es. la cannabis) trascurando il potenziale evolutivo di nocività nelle persone vulnerabili, che vengono sensibilizzate dall'uso anche occasionale di queste droghe, strumentalmente ed erroneamente definite “leggere”.⁵⁵ Pertanto, al fine di strutturare politiche ed interventi per la riduzione del consumo di sostanze, la valutazione globale del potenziale nocivo dell'uso di droghe deve tenere conto sia delle caratteristiche tossicologiche della sostanza, ma anche di altri ed importanti fattori in grado di attivare, differenziare e rendere più pericolosi i percorsi evolutivi delle persone vulnerabili. Tali fattori sono: le caratteristiche di vulnerabilità della persona consumatrice (fattori neuropsicobiologici individuali), l'ambiente sociale in cui avviene il consumo (fattori di vulnerabilità ambientale), la presenza o assenza di fattori di protezione (famiglia, scuola, condizioni affettive, ecc.). Questi fattori infatti possono influenzare la capacità di creare un percorso evolutivo più o meno grave del consumatore verso forme di *addiction* o verso l'utilizzo di sostanze ad alta capacità legante e rischio diretto di decesso per tossicità acuta.

**Tutte le sostanze
sono tossiche**

**Persone a rischio e
vulnerabili**

Un'ulteriore importante osservazione è che, oltre a questo, va considerato, nella valorizzazione di questo potenziale nocivo globale, anche la facilità di accesso alla sostanza, l'alto numero di consumatori esistenti nella comunità e soprattutto la bassa percezione del rischio e del danno derivante dall'uso della sostanza che hanno i potenziali assuntori (soprattutto se adolescenti)^{56 57}. Sulla base di queste considerazioni, la cannabis e i suoi derivati, proprio per le caratteristiche che presentano ed, in particolare, per la bassa percezione del rischio tra i giovani e la conseguente facilità di utilizzo, non possono pertanto essere considerate sostanze a bassa pericolosità sociale e sanitaria. Per queste ragioni va respinta anche la proposta di una loro legalizzazione sostenuta spesso da errate motivazioni di bassa pericolosità e nocività in quanto non considerano il grande potenziale evolutivo e di mortalità correlata all'incidentalità che l'uso di questa sostanze comporta. Il danno sociale e sanitario, infatti, derivante da questo uso di sostanze, va valutato, oltre che per le sole caratteristiche tossicologiche, anche sempre in prospettiva, globalmente e in relazione alle persone vulnerabili presenti nella comunità.

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

La corretta politica nei confronti dell'uso di droghe si basa sul riconoscere la necessità di mantenere l'uso di sostanze stupefacenti un'azione illegittima e sanzionata amministrativamente dalla legislazione. L'approccio globale deve necessariamente prevedere un bilanciamento tra le azioni di prevenzione, cura e riabilitazione e le azioni di sanzione dell'uso, repressione e contrasto del traffico e dello spaccio con un sistema generale basato soprattutto sui diritti di salute delle persone, in particolare se minorenni e vulnerabili, ad essere difese dall'offerta di sostanze

**Bilanciamento delle
azioni**

⁵² Cfr. nota 1.

⁵³ Cfr. nota 10.

⁵⁴ Cfr. nota 11.

⁵⁵ Cfr. nota 10.

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

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

stupefacenti, ad essere curate precocemente se tossicodipendenti, ma con un orientamento alla piena riabilitazione ed al reinserimento sociale. E' quindi un dovere dello Stato fare in modo, con permanenti azioni di contrasto, che le organizzazioni criminali vengano perseguite costantemente sia nelle fasi di produzione e traffico, sia nelle fasi dello spaccio.

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

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

A questo proposito contrastare l'immigrazione clandestina e attivare contestualmente politiche di forte integrazione ed inclusione sociale e lavorativa delle persone immigrate legalmente risulta fondamentale anche per la prevenzione del crimine organizzato correlato al traffico e allo spaccio di droga. Una particolare attenzione deve essere rivolta al nuovo mercato delle droghe su internet e tramite farmacie on-line che hanno necessità, al fine di essere realmente efficaci, di essere fortemente contrastate anche con nuove forme di azione telematica. Va segnalata però la difficoltà oggettiva di dover agire sulla rete internet a livello globale e non solo nazionale, con la necessità quindi di supportare e valorizzare il coordinamento e la cooperazione internazionale delle Forze dell'Ordine.⁵⁸

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

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

**Contrasto del traffico
e dello spaccio**

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

**Lotta alla droga in
internet: una azione
globale**

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

**Contrasto del
riciclaggio del denaro
sporco**

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

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

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

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

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

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

Risulta rilevante per ogni settore di intervento possedere un sistema di rilevamento ed elaborazione dei dati quanto più centralizzata possibile, che permetta soprattutto una tempestiva e precisa ricostruzione dell'andamento del fenomeno e dell'impatto globale, nel tempo, degli interventi oltre che dei costi. Sono pertanto da considerare strategici i sistemi informativi e le indagini epidemiologiche sulla popolazione a rischio e nelle acque reflue oltre che il mantenimento del sistema d'allerta precoce per l'individuazione delle nuove sostanze stupefacenti e la loro tabellazione.⁶¹

**Monitoraggio
epidemiologico
dell'andamento del
fenomeno**

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

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

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

21. I risultati positivi possono migliorare.

In questi ultimi 10 anni, grazie agli sforzi congiunti di tutte le Amministrazioni centrali, regionali, locali e le organizzazioni pubbliche, del privato sociale e del volontariato, che hanno fondamentalmente condiviso questa impostazione di azione bilanciata, i consumi di sostanze stupefacenti nel nostro Paese sono diminuiti con particolare riguardo alle fasce giovanili, le overdose sono fortemente calate (da 1002 all'anno nel 1999 a 374 nel 2010) e sono in costante decremento, le nuove infezioni da HIV nei tossicodipendenti si sono fortemente ridotte e la diffusione dell'infezione da HIV nei tossicodipendenti è sicuramente sotto controllo⁶². Sono inoltre diminuite le incidenze di nuove infezioni di epatiti. Sono aumentate contemporaneamente le persone tossicodipendenti che chiedono aiuto ed entrano in trattamento presso le strutture pubbliche e del privato sociale accreditato. Inoltre, negli ultimi tre anni, sono diminuite le persone tossicodipendenti entrate in carcere e aumentate quelle che ne escono per intraprendere percorsi alternativi di cura.⁶³ Nessuna persona tossicodipendente è stata arrestata semplicemente per aver usato sostanze stupefacenti, ma sempre e solo in relazione alla violazione delle leggi che puniscono penalmente il traffico, lo spaccio, la coltivazione illegale, ecc. di sostanze stupefacenti, oltre che altre violazioni delle altre leggi non in relazione con le droghe.⁶⁴

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

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

**Depenalizzazione del
consumo**

⁶¹ Cfr. nota 17.

⁶² Cfr. nota 56.

⁶³ Cfr. nota 56.

⁶⁴ Cfr. nota 56.

ALLEGATO

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

Public Policy Statement: **ADDICTION DEFINITION.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'addiction è caratterizzata da:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cambiamenti cognitivi nella dipendenza possono includere:

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

Gli "aspetti emozionali" dell'addiction sono molto complessi: alcuni soggetti usano sostanze perché cercano in modo patologico di raggiungere stati emotivi gratificanti (*euphoria*), mentre altri, al contrario, lo fanno per sfuggire a stati negativi emotivi (*dysphoria*). Altri perseguono l'uso di sostanze o di altre "ricompense" perché hanno sperimentato un sollievo da stati di disforia, i quali costituiscono un "rinforzo negativo". Oltre a queste

esperienze iniziali di ricompensa e piacere, c'è uno stato emotivo disfunzionale, presente in molte forme di dipendenza, che è associato con la persistenza di coinvolgimento in comportamenti che sviluppano dipendenza. Lo stato di dipendenza non è uguale allo stato di intossicazione. Mentre qualcuno sperimenta una lieve intossicazione tramite uso di alcool o droghe, qualcun altro viene coinvolto in modo non patologico in comportamenti che potenzialmente creano dipendenza quali il *gambling* o il cibarsi, altri invece possono provare un'esperienza percepita come stato emotivo positivo associata con un'incrementata attività di dopamina e peptidi oppioidi nei circuiti della ricompensa. Dopo una tale esperienza, si crea un "*rebound*" neurochimico nel quale la funzione di ricompensa non ritorna semplicemente alla linea/livello base ma spesso scende sotto il livello originale. Ciò non è percepibile in modo conscio dall'individuo e non è necessariamente associato con alterazioni funzionali.

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

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

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

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

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

- a) ridurre la frequenza e l'intensità delle ricadute,
- b) supportare i periodi di remissione dei sintomi e
- c) ottimizzare il livello di funzionamento della persona durante queste fasi di remissione.

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

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

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

Note esplicative:

1. La neurobiologia della ricompensa è stata analizzata a fondo per decenni, mentre la neurobiologia dell'*addiction* è ancora in fase di studio. Molti clinici hanno compreso i percorsi della ricompensa che includono le proiezioni dall'area ventro-segmentale (VTA) del cervello, attraverso il fascio medio del proencefalo (MFB) e che terminano nel nucleus accumbens (Nuc Acc), nel quale i neuroni dopaminergici sono prevalenti. L'attuale neuroscienza riconosce che il neurocircuito della ricompensa coinvolge anche un ricco e bidirezionale circuito che connette il nucleus accumbens e il proencefalo basale. E' in questo circuito che la ricompensa viene registrata, e dove le fondamentali gratificazioni quali il cibo, l'idratazione, il nutrimento esercitano un'influenza forte e di sostentamento alla vita. L'alcool, la nicotina, altre droghe e i comportamenti patologici di *gambling* agiscono inizialmente sullo stesso circuito della ricompensa che si manifesta nel cervello per rendere il cibo o il sesso, ad esempio, profondamente più forti. Altri effetti, quali l'intossicazione e l'euforia emotiva, derivano dall'attivazione del circuito della ricompensa. Mentre l'intossicazione o la sindrome astinenziale sono state studiate e

capite a fondo tramite lo studio del circuito della ricompensa, la comprensione della dipendenza richiede la comprensione di un più ampio network di connessioni neurali che coinvolgono il proencefalo così come le strutture del mesencefalo. La selezione di alcune ricompense, la preoccupazione per certi comportamenti gratificanti, la risposta ai *triggers* di perseguire determinate ricompense e le iniziative (*motivational drives*) ad usare alcool e altre droghe e/o cercare in modo patologico altre ricompense, coinvolge varie aree del cervello al di fuori dal neurocircuito stesso della ricompensa.

2. Queste cinque caratteristiche non devono essere utilizzate come criteri diagnostici per stabilire se sussista o meno una forma di dipendenza. Nonostante tali peculiari caratteristiche siano ampiamente presenti nella maggior parte dei casi di dipendenza, indipendentemente dalla farmacologia dell'uso di sostanze riscontrata nell'*addiction* o dalla ricompensa che viene perseguita in modo patologico, ogni elemento potrebbe non essere egualmente importante in ciascuna casistica. La diagnosi della dipendenza richiede una valutazione globale biologica, psicologica, sociale e spirituale fatta da un professionista riconosciuto ed esperto.
3. In questo documento, il termine (*addictive behaviors*) si riferisce ai comportamenti che sono comunemente gratificanti e sono una caratteristica della maggior parte dei casi di dipendenza. L'esposizione a questi comportamenti, come capita con l'esposizione a sostanze gratificanti, facilita il processo di dipendenza più che esserne la causa. Lo stato di anatomia e la fisiologia del cervello e la variabile di fondo che può essere in modo più diretto la causa dell'*addiction*. Perciò, in questo documento, il termine "comportamenti che danno dipendenza" non si riferisce a comportamenti disfunzionali o socialmente disapprovati, che possono essere presenti in molti casi di dipendenza. I comportamenti, come la disonestà, la violazione di valori individuali o di valori altrui, azioni criminali etc., possono essere una componente della dipendenza; questi devono essere meglio valutati come risultati/conseguenze piuttosto che come fattori che contribuiscono all'*addiction*.
4. L'anatomia (i circuiti del cervello coinvolti) e la fisiologia (i neurotrasmettitori coinvolti) in questi tre modi di ricaduta (droga- o ricaduta scatenata dalla ricompensa vs ricaduta scatenata da un evento scatenante ambientale vs ricaduta scatenata dallo stress) sono stati identificati dalla ricerca nel campo delle neuroscienze.

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

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

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

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

A cura di ASAM Board of Directors, 12 Aprile 2011.

Fonti bibliografiche e siti di riferimento

ASAM Public Policy Statement on Treatment for Alcohol and other drug addiction., adottato nel Maggio 1980, rivisto nel Gennaio 2010.

<http://www.asam.org/1TREATMENT%20AOD%201-10.pdf>

ASAM Public Policy Statement on The relationship between Treatment and Selfhelp: a joint statement of the American Society of Addiction Medicine, the American Academy of Addiction Psychiatry and the American Psychiatric Association.

<http://www.asam.org/1TREATMENT%20AND%20SELF-HELP%20-%20JOINT%2012-972.pdf>