

## QUESTIONI ETICHE DELLA RIDUZIONE DEL DANNO IN TOSSICODIPENDENZA: RUOLO DELL'INFERMIERE

**Pilotto F.**, Dirigente Medico Az. USL n. 15 Regione Veneto, Docente a contratto di Bioetica Università degli studi di Padova, Facoltà di Medicina e Chirurgia

**Alberti I.**, Diploma Universitario Infermiere, Vicenza

### ABSTRACT

Drug addiction is not, in itself, an organic illness, but a situation of existential unease. So, in the author's opinion, drug addicts must not be chronically addicted with alternatives to drugs, but must be supported and helped, psychologically, to find his fragmented identity once again. To rehabilitate means to recover that which has been lost, with actions involving the person as a whole: self-confidence, besides confidence in one's mental, family, social and performance capabilities.

### RIASSUNTO

La tossicodipendenza in se stessa non è una malattia organica ma una situazione di disagio esistenziale. Perciò secondo l'autore, la persona del tossicodipendente non va cronicizzata con forme alternative alla droga, ma va sostenuta e aiutata psicologicamente a ritrovare la sua identità frammentata. Recuperare significa riacquistare ciò che si è perduto, attraverso un intervento integrale alla persona: fiducia in sé, nelle sue possibilità psicologiche, familiari, sociali e prestazionali.

Articolo pervenuto in redazione nell'ottobre 2001 Approvato nel gennaio 2002
---

Il concetto di riduzione del danno r.d.d. è sorto nella zona di Liverpool a metà degli anni Ottanta come risposta a due emergenze. La prima riguardava l'inarrestabile diffusione dell'infezione da HIV tra i TDI (tossicodipendenti per via iniettiva); la seconda era la consapevolezza che le strategie messe in atto fino ad allora (legalizzazione, strategie di contrasto, coercizione) avevano peggiorato la situazione anziché migliorarla<sup>1</sup>. In Italia ha cominciato a diffondersi dopo la prima Conferenza nazionale su stupefacenti e tossicodipendenza, svoltasi a Palermo nel giugno '93 e ripresa dal Gruppo Abele di Torino.

La r.d.d. è una politica sociale che privilegia lo scopo di diminuire gli effetti negativi del consumo di stupefacenti. I danni in questione sono le morti per overdose, le infezioni da HIV ed altre malattie trasmissibili per via sessuale o attraverso l'uso promiscuo di siringhe, i furti, la prostituzione, l'emarginazione, il peso sociale ed economico della carcerazione.

La r.d.d. propone una politica alternativa (non sostitutiva) a quella centrata sull'astinenza, la quale privilegia invece la diminuzione del consumo di droga<sup>2</sup>.

È una strategia ancora in divenire, aperta ad integrazioni ed arricchimenti per il fatto che mentre offre risposte pratiche a problemi altrimenti non risolvibili, comporta una serie di interrogativi di natura etica, operativa e politica di grande rilevanza.

La tossicodipendenza è un fenomeno in continuo cambiamento che negli ultimi anni non ha mostrato segni di involuzione e ha messo invece in luce nuovi e più gravi danni personali e sociali<sup>3</sup>.

E' oggi eticamente e realisticamente corretto pensare ad interventi di educazione alla gestione della dipendenza; gli obiettivi sui quali è utile focalizzarsi privilegiano la tutela delle condizioni di salute della persona come singolo individuo e come membro della società.

La concezione della limitazione del danno tiene conto del fatto che si continuerà ad abusare di sostanze modificatrici dell'umore. Posto questo dato di fatto, si propone di ridurne al minimo le conseguenze deleterie.

Gli interventi di aiuto r.d.d. e quelli di cambiamento (uscita dalla dipendenza) non devono essere visti in contrapposizione, ma necessitano di integrazione e continuità.

Il modello proposto mira a dare risposte di immediata praticabilità ai problemi dei tossicodipendenti attivi. Essa basa la scelta del percorso terapeutico su criteri scientifici e non ideologici, in relazione alla maggiore possibilità di ridurre i rischi e cerca di indurre il tossicodipendente, nel tempo, ad accettare programmi di cura e di reinserimento. La scelta del percorso terapeutico è perciò centrata sulla persona, sulle sue caratteristiche e sui suoi bisogni.

---

<sup>1</sup> O' Hare P. "Note sul concetto di riduzione del danno". In: O' Hare, Newcombe, Matthews "La riduzione del danno". Torino: ed. Gruppo Abele, 1994: p. 1-7.

<sup>2</sup> Newcombe. "La riduzione del danno correlato all'uso di droga, una definizione concettuale per la teoria, la pratica e la ricerca". In: O' Hare, Newcombe, Matthews "La riduzione del danno". Torino: ed. Gruppo Abele, 1994: 9-26.

<sup>3</sup> Pilotto F. Aspetti fenomenologici ed evolutivi della tossicodipendenza. *Aggiornamenti di Medicina Sociale* 1999; 85-86; Pilotto F. Il significato di salute nella società secolarizzata. *Anime e Corpi*: 1999; 201: 25-42.

Nella logica di cambiamento è insito l'incontro di una doppia intenzionalità, quella del soggetto che è in stato di bisogno e quella dell'operatore che assume quella domanda.

Gli interventi di r.r.d. partono proprio dalla constatazione che vi è chi, per motivi diversi, in quella particolare fase dell'esistenza non riesce o non vuole cambiare, ma proprio per le condizioni in cui vive, necessita di un sostegno indispensabile alla propria sopravvivenza.

R.d.d. significa perciò attivare tutte le forme di contatto e di accompagnamento affinché siano garantite le condizioni minime (cliniche, psicologiche, sociali) che permettano, quando diventa matura l'intenzionalità a cambiare, di poterlo fare evitando la loro irreversibile compromissione. Questo approccio operativo vuole investire gli operatori della responsabilità di dare chances di vita, sollecitando quella responsabilità possibile a chi si trova in difficoltà esistenziale.

Di conseguenza è bene affermare che oggi non è più giustificata, perché atroce e disumanizzante, la logica del toccare il fondo per poi riemergere.

Se si offre al tossicodipendente la possibilità di condurre una vita anche solo in parte decente, si evita che egli arrivi al baratro ed è più facile che trovi una motivazione per riscattarsi.

Oggi per un tossicodipendente toccare il fondo può significare morire di overdose, contagiarsi con virus HIV, vivere in condizioni subumane, affrontare l'esperienza del carcere, lasciare o essere lasciati dalla propria famiglia.

Contro questa cultura dell'abbandono è necessario, ed è eticamente richiesto, farsi carico anche di chi non ha ancora deciso, o non riesce a decidere, di troncarsi con l'uso di sostanze. Permettere al tossicodipendente di vivere/sopravvivere è la condizione minimale perché possa incamminarsi verso la libertà.

Il tossicodipendente è una persona che sta vivendo e alla quale non può essere tolta la sua dignità e libertà, anche se sembra egli stesso rifiutarle.

La r.d.d. non è dunque un "principio etico", ma una scelta operativa, un intervento concreto misurato sul bisogno della persona nella sua precisa situazione. Non è neppure un "giudizio etico", non è approvare o meno un dato comportamento, ma è mettersi accanto alla persona con rispetto, ridonandole speranza ed accompagnandola nella ricerca di un progetto per il suo futuro.

#### AZIONI E FINALITÀ DELLA R.D.D.

E' un'opinione assai diffusa che la r.r.d. significhi un abbassamento del tiro, una minimizzazione degli obiettivi, quasi un programma di ripiego, una seconda scelta resa obbligatoria dall'insuccesso della lotta contro la tossicodipendenza.

La r.d.d. evoca nelle famiglie una sensazione di resa, un calo di tensione, il venir meno di un interesse ed un impegno dello Stato nei confronti dei loro figli.

Per gli operatori che non lavorano nel campo delle tossicodipendenze e che perciò non affrontano direttamente tali problematiche, la r.d.d. implica un ridi-

mensionamento delle proprie ambizioni professionali; obbliga alla rivisitazione del concetto di guarigione e di cura, dei traguardi e degli strumenti operativi.

Questa nuova strategia impone al contrario un innalzamento del tiro degli interventi, un ampliamento del campo delle opportunità e non invece ridurre le prospettive.

La r.r.d. comporta la messa a punto di programmi a bassa soglia di accesso, la creazione di una fitta rete di interventi in modo da incontrare la maggior parte della popolazione tossicodipendente.

Da quanto è stato finora detto, è comprensibile che la r.d.d. non è estranea ad istanze etiche, in particolare quella dell'accoglienza di tutti i tossicodipendenti specialmente dei più emarginati, a partire dal riconoscimento della loro dignità di persone e del diritto – dovere della realizzazione delle loro potenzialità.

Nella r.d.d. convergono tre obiettivi tra loro complementari<sup>4</sup>:

1. la tutela della salute e dell'integrazione sociale del tossicodipendente;
2. la difesa sociale;
3. l'accoglienza indirizzata al recupero.

Il primo obiettivo ha lo scopo di ridurre la mortalità e le patologie correlate all'abuso di droghe, attraverso un sostegno terapeutico finalizzato a diminuire gli effetti negativi sull'equilibrio psichico e sull'inserimento sociale del tossicodipendente. Viene riconosciuto perciò al tossicodipendente il diritto ad essere "curato" (da *to care*, prendersi cura) indipendentemente dalla sua volontà e capacità di smettere di drogarsi.

La somministrazione del metadone, la distribuzione di siringhe e di profilattici, i servizi di prima accoglienza, le cure sanitarie, i colloqui di sostegno, costituiscono il cuore di questo tipo di intervento.

La difesa comprende due aspetti: quello della salute della popolazione e quello dell'ordine pubblico.

La difesa della salute nasce dall'esigenza di controllare per quanto possibile il contagio infettivo correlato alle pratiche del consumo di droga. Tale esigenza è stata accelerata dall'insorgenza e dalla diffusione dell'AIDS, ma anche da altre patologie infettive come ad esempio le epatiti virali.

La difesa dell'ordine pubblico è fondata sulla necessità di ridurre la macro e la micro criminalità legate alla tossicodipendenza. La r.d.d. non opera per un controllo esasperato delle devianze, né si prefigge l'isolamento sociale del tossicodipendente, ma tende invece a superare l'emarginazione e a favorirne l'inserimento sociale.

Il terzo obiettivo cerca di offrire al tossicodipendente un luogo dove potersi relazionare ad altri, dove riscoprirsi come persona e sperimentare l'interesse da parte di altre persone che si prendono cura di lui.

---

<sup>4</sup> Picchi M., Bordoni R. "Gruppo di lavoro sulla r.d.d." Itaca, unità di strada e r.d.d., costruzione di un ruolo terapeutico nel campo delle dipendenze 1997; 2: 92-106.

Se si persegue questo fine sarà possibile far apprendere al soggetto uno stile di vita nuovo e il desiderio di uscire dagli inganni della droga.

Gli interventi citati per poter essere applicati correttamente, devono avere come destinatario il singolo individuo tossicodipendente con la sua storia personale, i suoi problemi, i suoi limiti, le sue potenzialità.

I fattori che condizionano la scelta del tipo di intervento sono la ricettività e la propensione al cambiamento del soggetto preso in un determinato momento della sua vita, e i gradi di accessibilità all'intervento stesso.

Ogni intervento ha perciò una "soglia di selezione", un suo "grado di accessibilità", e in base a questi si possono distinguere interventi a bassa, media ed alta soglia.

- a) Gli interventi a bassa soglia sono quelli dove l'accessibilità è facile, diretti a bisogni mirati dei tossicodipendenti e alla soluzione di problemi concreti. Si pongono come finalità quella di contattare il sommerso, di offrire materiale di profilassi e materiale sterile (siringhe, disinfettanti, profilattici), di intraprendere una terapia farmacologica (sostitutiva usando il metadone, o altri farmaci), di dare informazioni sulla tossicodipendenza, sull'AIDS e i comportamenti a rischio. I dispositivi attraverso i quali vengono attuati questo genere di interventi sono: centri di prima-pronta accoglienza, unità mobili, operatori di strada, programmi di scambio siringhe e preservativi.
- b) Gli interventi a media soglia offrono un supporto educativo, psicosociale e farmacologico con lo scopo di avviare il tossicodipendente a programmi a medio-lungo termine. Gli strumenti usati sono i Ser.T dove avviene la somministrazione di metadone, i centri diurni, i medici di base. Le attività che perseguono comprendono le terapie farmacologiche, gli interventi integrati tra medici, psicologi, infermieri professionali, educatori, assistenti sociali e sanitari, il supporto alle famiglie, la preparazione per l'avvio alle comunità, mantenere rapporti con le scuole ed i carceri.
- c) Gli interventi di alta soglia si rivolgono a quegli utenti che accettano di essere inseriti in strutture terapeutiche. Gli scopi che perseguono sono essenzialmente la formazione professionale, il reinserimento sociale.

#### I RISCHI COLLEGATI AGLI INTERVENTI DI R.D.D.

I rischi e i limiti che le strategie della r.d.d. comportano sono<sup>5</sup>:

- *Ideologizzazione degli interventi*: il rischio consiste nel fatto che la r.d.d. non venga vista per quello che offre realmente, ma che venga identificata come unica risposta, come la sola risoltrice di situazioni prima non risolte con altri interventi.

<sup>5</sup>Grosso L. "Riduzione del danno e liberazione dalla droga: un'alleanza possibile". In: O' Hare, Newcombe, Matthews "La riduzione del danno". Torino: ed. Gruppo Abele, 1994: 265-278.

De Filippis V., Miranda G. "Aspetti etici emergenti nella tossicodipendenza: la riduzione del danno". Medicina e Morale 1995; 3: 489-499.

- *Prevalenza degli “interessi” della popolazione su quelli delle persone tossicodipendenti, nell’utilizzo del budget sanitario complessivo:* questa eventualità potrebbe verificarsi nel momento in cui la riduzione della spesa imponesse gli interventi meno costosi come gli unici realizzabili. Si rendono necessari perciò, controlli per evitare che la r.d.d. si tramuti in una forma di ghettizzazione e nella creazione di una “riserva di tossicodipendenti” per tutelare il resto della popolazione.
- *Centralità delle categorie dei soggetti, anziché delle singole persone:* è indispensabile per una corretta strategia mettere sempre al centro di ogni intervento la persona, come singolo individuo con una sua dignità e con sue esigenze che sono simili a quelle di altri tossicodipendenti ma mai uguali.
- *Minor opportunità per i meno attrezzati:* i tossicodipendenti facenti parte delle classi sociali meno attrezzate economicamente e culturalmente, corrono il rischio che vengano loro offerti interventi poco adatti per un loro riscatto significativo.
- *Assistenzialismo ed accanimento riabilitativo:* il rischio dell’assistenzialismo invalidante è quello di provocare una cronicizzante alleanza con il sintomo (craving per una sostanza). L’accanimento riabilitativo finisce con l’essere penalizzante anziché emancipatorio a causa di traguardi posti dagli operatori senza la partecipazione del soggetto. La conseguenza ovvia è la fuga spontanea delle persone.

#### L’INFERMIERE NELLA RIABILITAZIONE DEL TOSSICODIPENDENTE

Il decreto 14 settembre 1994, n. 739 individua la figura professionale dell’infermiere con il seguente profilo:

“L’infermiere è l’operatore sanitario che in possesso del diploma universitario abilitante e dell’iscrizione all’albo professionale, è responsabile dell’assistenza generale infermieristica”.<sup>6</sup>

L’assistenza infermieristica, preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, è di natura tecnica, relazionale ed educativa.

Tra le funzioni svolte dall’infermiere vi sono: la prevenzione delle malattie, l’assistenza dei malati e dei disabili di qualunque età e condizione sociale, e l’educazione sanitaria.

L’infermiere che lavora in un Ser.T., insieme all’équipe curante costituita da medici, psicologi, psichiatri ed assistenti sanitari, deve collaborare ad un trattamento caratterizzato dalla personalizzazione dei percorsi terapeutici e dall’integrazione fra interventi farmacologici, psicologici e socio – riabilitativi.

Essendo spesso l’infermiere l’operatore sanitario che per primo incontra la persona tossicodipendente e la sua famiglia, a lui spetta il compito di accogliere la richiesta d’aiuto e di valutarne la reale urgenza d’intervento.

---

<sup>6</sup> Art. 1.1 del Codice Deontologico dell’infermiere, 1999.

Gli *obiettivi* che l'infermiere di un Ser.T. si prefigge di raggiungere, così come quelli di un infermiere che lavora in ambito ospedaliero, rispecchiano le norme dettate dal Codice deontologico della professione.

L'infermiere perciò, cura e si prende cura della salute della persona, riconoscendola come bene dell'individuo e della collettività da tutelare con attività di prevenzione, cura e riabilitazione, indipendentemente dall'età e dalle cause di malattia.<sup>7</sup>

Nei Ser.T. di Vicenza, si può capire che l'infermiere deve gestire un notevole *carico di lavoro* costituito da numerosi utenti che ogni giorno arrivano in ambulatorio per ricevere il metadone e psicofarmaci, per eseguire i controlli urinari, e per un colloquio con lo psicologo o l'assistente sanitario. A questi occorre aggiungere i familiari di alcuni utenti costretti agli arresti domiciliari che vanno a ritirare la terapia per la settimana successiva.

L'*organizzazione interna* del servizio prevede che gli infermieri, a rotazione settimanale, si occupino di determinati compiti: gestione del lavoro ambulatoriale che prevede la somministrazione della terapia metadonica e di psicofarmaci, e preparazione della terapia domiciliare per gli utenti agli arresti. Inoltre insieme agli assistenti sanitari, i quali si occupano principalmente degli screening sierologici per l'HIV, l'HBV e l'HCV, gli infermieri eseguono i controlli sui campioni urinari per ricercare tracce di cocaina o di altri oppioidi. In base alle risposte degli esami il medico concorderà con l'utente se alzare o abbassare il dosaggio giornaliero di metadone.

Inoltre l'équipe del Ser.T., composta da psicologi, assistenti sociali, infermieri e medici, si reca in carcere, dove è sempre presente un'équipe appartenente al servizio composta a sua volta da medici e infermieri, per somministrare la terapia alle persone tossicodipendenti detenute.

Il Ser.T., è una struttura attorno alla quale ruotano gli operatori presenti nelle Case Circondariali, quelli che lavorano nei Centri di Consulenza, Diagnosi e Psicoterapia e nelle Comunità Terapeutiche Diurne e Residenziali, portando l'infermiere a collaborare con altre realtà professionali.

La collaborazione fra le suddette strutture si estrinseca nell'identificare quali utenti necessitano di terapia con metadone a scalare o a mantenimento, quali possono essere inseriti in un programma a più alta soglia di accesso che preveda l'accoglimento in centri e comunità.

Fra i *doveri* che spettano all'infermiere di un Ser.T., vi è la tenuta del libro di carico e scarico delle dosi di metadone somministrate. Ogni dose più il totale delle dosi date a domicilio ed in carcere, devono essere scaricate in un apposito registro, indicando la quantità, la denominazione, la data, l'ora e il nominativo dell'utente. A fine giornata il registro dovrà essere firmato dal medico di turno responsabile.

La gestione di tale documento rappresenta una responsabilità giuridica e un dovere etico e deontologico.<sup>8</sup> L'infermiere è tenuto infatti al segreto professionale

<sup>7</sup> Art. 1.3, 2.2, 2.3 del Codice Deontologico dell'infermiere, 1999.

<sup>8</sup> Art. 4.8 del Codice Deontologico dell'infermiere, 1999 e art. 622 C.P.

verso tutte quelle informazioni alle quali viene a conoscenza attraverso intima rivelazione dell'assistito, o nello svolgimento dell'attività assistenziale, che possono riguardare la persona stessa, o i suoi familiari, o altre persone.

Il lavoro all'interno di un Ser.T. costituisce peraltro per l'infermiere una forte *fonte di stress* a causa dell'elevato numero di utenti, di compiti e di responsabilità che si concentrano nell'arco di poche ore.

Uno dei problemi che l'infermiere deve saper risolvere per lavorare a contatto quotidiano con questa tipologia di utenti, sono i *pregiudizi nei confronti della tossicodipendenza*. Occorre infatti riconoscerla come un vero e proprio disagio esistenziale che tende a strutturarsi in una condizione patologica che non dipende più dalla sola volontà del soggetto.

I *sentimenti* che più frequentemente l'infermiere si trova a vivere sono: l'aggressività come risposta ad un atteggiamento violento del paziente, la delusione e la svalorizzazione del proprio lavoro di fronte alle ricadute, al non rispetto per il proprio impegno, l'impotenza nel vedere l'insorgenza di casi di AIDS o di overdose.

Il rischio che corre l'infermiere può derivare perciò dalla mancanza di equilibrio nella relazione con l'utente: un investimento emotivo esagerato o troppo scarso, con alternanza di comportamenti, incomprensioni e problemi sia per il paziente che per l'infermiere stesso e per il resto dell'équipe.

Da tale situazione sorge la necessità di imporre all'utente alcune regole da rispettare inerenti gli orari di accesso al servizio, le modalità di assunzione della terapia, la consegna dei campioni urinari, il comportamento da tenere.

All'utente viene offerto un *programma terapeutico* multidisciplinare, che vede cioè impegnate diverse figure professionali: medici di base, infettivologi, psicologi, infermieri, assistenti sanitari e sociali, educatori, operatori di strada.

Tale programma prevede la personalizzazione degli interventi, i quali vengono progettati dall'équipe curante in accordo con la persona tossicodipendente, una volta sentite le sue necessità, le sue carenze, ma anche le sue potenzialità.

In genere il *percorso curativo* prevede un primo incontro dell'utente con l'équipe per capire il suo livello di dipendenza dalla sostanza, la sua situazione familiare, lavorativa ed economica. Se il soggetto mostra una forte dipendenza, viene deciso l'inserimento ambulatoriale con la terapia metadonica, affiancata dalla psicoterapia individuale o familiare, e dalla frequentazione di centri diurni. In seguito, qualora si arrivi a dosi giornaliere più basse di metadone, il tossicodipendente potrà essere accolto in una comunità residenziale che lo prepari per il suo reinserimento sociale e lavorativo.

Il *ruolo* che l'infermiere riveste nel programma terapeutico è quello di valutare giorno dopo giorno l'evolversi della situazione, cogliendo piccoli miglioramenti, o al contrario momenti di sconforto e di arresa da parte del tossicodipendente, capire se vi sono nuove difficoltà quali ad esempio un licenziamento, l'abbandono della propria famiglia, il timore di aver contratto qualche patologia infettiva.

L'infermiere si confronterà poi con il resto dell'équipe per trovare delle possibili strategie, non solo risolutive dei problemi insorti, ma soprattutto responsabi-



lizzanti, per incentivare il tossicodipendente a reagire. Attraverso tali attività l'infermiere *partecipa attivamente* al progetto di r.r.d.

Questo però è un processo lento e difficile che per poter essere praticato ha bisogno di *personale preparato e competente*.

Ecco perché in genere gli infermieri che lavorano in un Ser.T. hanno alle spalle anni di esperienza (non necessariamente nel campo delle dipendenze), e nel primo periodo di assunzione in tale struttura sono affiancati a colleghi più anziani. Essi frequentano inoltre dei corsi di aggiornamento e partecipano ad incontri di discussione e di confronto.

L'infermiere che partecipa ad un progetto educativo deve saper individuare e personalizzare ogni forma di intervento terapeutico e riabilitativo possibile, rispettando allo stesso tempo le condizioni poste dalla persona, incoraggiandola nel fare scelte consapevoli e responsabili. Gli interventi farmacologici di r.d.d. devono essere, per tale ragione, supportati da una psicoterapia responsabilizzante, liberatoria dalla sostanza, orientata a quattro livelli:

- a) del singolo: deve essere reso collaborante, responsabile, attento ad una cultura della salute vitale (attraverso incontri nei Ser.T., a casa, nel posto di lavoro);
- b) della famiglia (genitori, moglie, figli): deve essere sostenuta e resa fiduciosa nel programma riabilitativo (attraverso incontri nei Ser. T., a casa);
- c) della società: devono essere usati adeguati interventi educativi, dove l'informazione reale (rischi, età, categorie predisposte) diventa formazione alla responsabilità, diventa luogo di comprensione ed adesione libera a modelli culturali di "normalità positiva";
- d) del volontariato: per preparare gruppi di persone a trasmettere tali messaggi educativi ed informativi.

Il compito educativo – riabilitativo dell'infermiere nel settore della tossicodipendenza, si esplica anche attraverso l'esecuzione di un *programma informativo* rivolto al tossicodipendente, alle famiglie e alle categorie a rischio. Questa azione è finalizzata al fatto che la r.d.d. non può essere l'approccio cronico alla tossicodipendenza, ma una tappa che ha lo scopo di interrompere l'uso non terapeutico di sostanze psicoattive, che si basi su principi e metodi che promuovano l'adesione volontaria del singolo individuo a stili di vita consoni alla salute.

Il tossicodipendente dovrebbe recepire il concetto che la responsabilità per l'uso di droghe non è solo verso il proprio stato di salute, ma anche nei confronti di terzi.

Inoltre dovrebbe essere responsabilizzato sul fatto che il proprio comportamento può incoraggiare altre persone al consumo di sostanze e a diventarne dipendenti.

Gli interventi di informazione, e conseguente educazione, devono concentrarsi principalmente su tre livelli d'azione<sup>9</sup>, in conseguenza del fatto che l'assistenza infermieristica si rivolge al singolo individuo e alla collettività<sup>10</sup>:

---

<sup>9</sup> Documento della Regione Veneto per la Terza Conferenza Nazionale "Le politiche della Regione Veneto per una società libera dalle droghe", novembre 2000.

<sup>10</sup> Art. 1.2 del Codice Deontologico dell'infermiere, 1999.

*1° Livello:* sulle persone a potenziale rischio e sulle famiglie, attraverso programmi di intervento con lo scopo di promuovere nelle persone conoscenze, consapevolezza e senso di responsabilità. Si dovranno inoltre tutelare gli ambienti pubblici, privati e di lavoro dalla circolazione di sostanze stupefacenti e scoraggiare le persone dal mettersi alla guida o dallo svolgere attività impegnative dopo aver usato delle droghe. Inoltre si dovranno attuare delle misure di controllo affinché nessuna forma di pubblicità colleghi le sostanze psicoattive ad eventi e comportamenti presentati come positivi e di tendenza.

*2° Livello:* sulle persone che facciano già uso non terapeutico di sostanze.

Occorre garantire prima di tutto l'accesso precoce e la disponibilità di servizi di supporto, trattamento e riabilitazione. I percorsi che si intraprenderanno dovranno avere come obiettivo la sospensione permanente dell'uso di stupefacenti, ed il recupero della persona e di uno stile di vita sano.

*3° Livello:* la comunità e le organizzazioni socio – sanitarie dovranno impegnarsi per promuovere e condividere modelli culturali contro l'uso non terapeutico di sostanze psicoattive; inoltre si dovranno occupare della formazione degli operatori coinvolti.

Per quanto riguarda le categorie a rischio, si è potuto osservare che le informazioni preventive alla tossicodipendenza, sono molto più efficaci se trasmesse in un'età del soggetto in cui non è ancora emerso il problema. Per tale ragione si sono individuate tre aree prioritarie di intervento<sup>11</sup>:

- il tempo libero, in quanto vi è un'alta possibilità di entrare in contatto con le sostanze psicoattive, dette "ricreazionali", in compagnia del gruppo di coetanei;
- la scuola, ambito di elezione per le azioni preventive;
- il mondo lavorativo.

Un processo educativo rivolto a persone con problemi di tossicodipendenza deve avere come obiettivi principali:

- rendere consapevole il tossicodipendente dei rischi e dei danni nei quali può incorrere la sua salute, fisica e psichica, nell'usare sostanze stupefacenti;
- responsabilizzarlo sul fatto che il suo comportamento può favorire, in persone vulnerabili, l'uso di droghe;
- favorire uno stile di vita sano, ossia privo dall'uso non terapeutico di sostanze psicoattive e che costituisce la "normalità positiva";
- portarlo a conoscere le strutture assistenziali alle quali può chiedere un sostegno (Ser.T., comunità residenziali, operatori di strada, day hospital delle Malattie infettive).

Il processo educativo può essere rivolto al singolo individuo o a gruppi di persone. Gli incontri si dovranno tenere nei luoghi di abituale frequentazione dei tossicodipendenti e coinvolgeranno diversi operatori sanitari.

---

<sup>11</sup> Documento della Regione Veneto per la Terza Conferenza Nazionale "Le politiche della Regione Veneto per una società libera dalle droghe", novembre 2000.

Per quanto riguarda le strategie di r.d.d., le informazioni da dare sono:

- non usare siringhe e altro materiale iniettivo in promiscuità con altri tossicodipendenti;
- non lasciare le siringhe usate per terra o in luoghi pubblici per evitare che qualcuno si punga;
- come disinfettare una siringa se c'è la necessità di usare ancora della droga e non se ne hanno di sterili a disposizione;
- evitare di iniettarsi alte dosi di droga dopo un periodo di astinenza, perché si può incorrere nel rischio di un' overdose;
- evitare di iniettarsi droga in luoghi troppo appartati e da soli, in modo tale che se si ha un' overdose c'è la possibilità che qualcuno intervenga ed allerti i soccorsi;
- come poter salvare un compagno in overdose:
  - guardare se respira;
  - provare a fargli degli stimoli dolorosi per farlo reagire;
  - metterlo in posizione laterale di sicurezza;
  - chiamare il 118 e stare con lui fino all'arrivo dei soccorsi.

Punto fondamentale che l'infermiere deve tener presente, è che la sua deve essere un'opera di formazione responsabile e non di imposizione di soluzioni. Infatti le proposte risolutive causano in genere nel tossicodipendente sentimenti di abbandono e di dipendenza poiché sono vissute come un precetto.

Nel corso di tale lavoro educativo è necessario coinvolgere, per quanto possibile, anche i genitori, i partners, i figli, perché spesso vivono in modo rilevante i rischi e i danni che la droga causa ad un loro congiunto. Il tossicodipendente con il recupero della sua autonomia e della sua autostima, indicherà agli operatori sanitari quali persone coinvolgere, e in quale misura.<sup>12</sup>

Al contrario invece, qualora il gruppo familiare non sia adeguato (per mancanza di relazioni significative tra i familiari, per problemi di dipendenza in altri componenti della famiglia...), esso non verrà coinvolto nel piano di recupero e l'infermiere si occuperà di attivare opportune forme di sostegno nella rete sociale.<sup>13</sup>

Da parte delle istituzioni governative, sarebbe opportuno che raggiungessero degli accordi con le organizzazioni degli imprenditori per promuovere il reinserimento sociale e lavorativo, realizzando delle forme di lavoro protetto e garantendo il sostegno delle persone con problemi di droga e delle loro famiglie. E' fondamentale anche la ricostruzione della rete sociale di rapporti per una maggiore probabilità di successo dei programmi riabilitativi, incoraggiando la partecipazione ad attività culturali, ricreative, sportive o di impegno sociale<sup>14</sup>.

Tra i valori che un tossicodipendente dovrebbe recuperare vi è la tolleranza, la convivenza, il dialogo, la solidarietà, l'amore per ciò che la vita gli può offrire al di là dell'esperienza droga.

<sup>12</sup> Art. 4.3 del Codice Deontologico dell'infermiere, 1999.

<sup>13</sup> Art. 4.12 del Codice Deontologico dell'infermiere, 1999.

<sup>14</sup> Documento della Regione Veneto per la Terza Conferenza Nazionale "Le politiche della Regione Veneto per una società libera dalle droghe", novembre 2000.

Secondo la pedagogia della gradualità il rischio della tossicodipendenza non è solo fisico, psichico, relazionale, ma coinvolge tutta la persona.

Un intervento educativo di prevenzione deve far comprendere (conoscere più prendere in carico) ogni aspetto del problema calato nella condizione del soggetto e dei suoi spazi familiari e ripreso in modo globale in ogni stato maturativo.

Pertanto si dimostra limitativa l'assunzione droga - siringa - HIV, se non viene inserita in un quadro riabilitativo più complesso, che consideri il tossicodipendente nella sua globalità e specificità umana. Tutto ciò si realizza se vi è, da parte dell'infermiere una conoscenza della realtà ed in particolare della persona del tossicodipendente.

Ciò allo scopo di costruire prima di tutto una *relazione* e di seguito *un'alleanza terapeutica*.

Quest'ultima l'infermiere la realizza prestando assistenza, la quale non dev'essere rivolta tanto al sintomo o alla malattia ma alla persona, entrando

nel suo mondo, nel suo vissuto e nella sua cultura, modulando gli interventi infermieristici a seconda delle esigenze che ne derivano.

L'infermiere infatti per poter entrare in relazione con la persona deve capire la realtà in cui vive, assecondando i suoi bisogni anche se sono diversi dalle proprie convinzioni morali.<sup>15</sup>

La relazione deve essere presenza, cioè il modo di essere presente in un rapporto terapeutico, favorendo un'interscambio di sentimenti tra l'utente e l'infermiere, il quale userà l'ascolto attivo che consenta un'espressione sincera e spontanea delle emozioni, senza alcuna finzione e diffidenza.

Ruolo importante del processo terapeutico è rivestito dal *counselling*, il quale rientra tra gli interventi infermieristici. Tale modalità di relazione favorisce nelle persone una maggiore autonomia nel prendere delle decisioni. L'infermiere interviene aiutando l'utente a formulare una serie di scelte, contribuisce all'analisi delle probabili conseguenze di ognuna, corregge eventuali informazioni errate, incoraggia ad effettuare la necessaria scelta.

Collegabile al concetto di *counselling*, vi è quello dell'*empowerment*, traducibile come "il favorire l'acquisizione di potere, l'accrescere la possibilità dei singoli e dei gruppi di controllare attivamente la propria esistenza".<sup>16</sup>

Ciò sta a significare che attraverso un maggior coinvolgimento nell'organizzazione sociale, l'individuo accresce la propria autostima e la capacità di trovare da solo la soluzione adatta per i propri problemi, essendo più consapevole delle proprie potenzialità.

Fondamentale, è anche la possibilità del singolo individuo di usare la propria esperienza di arricchimento e di fortificazione, per esercitare un ruolo terapeutico su altre persone o gruppi in difficoltà.

Per poter compiere tale aiuto è richiesto lo sviluppo di una *relazione d'aiuto* tra l'infermiere e il tossicodipendente.

Tale relazione si caratterizza per il fatto che l'operatore, in questo caso l'in-

<sup>15</sup> Art. 2.3, 2.4 del Codice Deontologico dell'infermiere, 1999.

<sup>16</sup> Art. 4.3 del Codice Deontologico dell'infermiere, 1999.

fermiere, si adopera per favorire nell'altro una maggiore valorizzazione delle risorse personali e una migliore possibilità di espressione.

Affinché la relazione diventi terapeutica, l'infermiere deve adottare una serie di atteggiamenti:

- capacità di ispirare fiducia, attraverso la propria trasparenza, coerenza ed attendibilità;
- empatia, cioè la capacità di comprendere i significati e i sentimenti dell'altro e di trasmettere tale comprensione;
- interesse sincero ed accettazione incondizionata;
- capacità di sfruttare l'autonomia del tossicodipendente e di innalzare per quanto possibile le sue possibilità.

#### PROBLEMATICHE ETICHE DELLA RIABILITAZIONE DEL TOSSICODIPENDENTE

Le problematiche etiche della tossicodipendenza sono insite nella persona del tossicodipendente, nella sua vita, nei suoi comportamenti, e nella stessa misura si possono ritrovare nella quotidianità delle persone che vivono accanto a lui questa situazione (familiari, operatori sanitari e sociali).

La tossicodipendenza infatti, compromettendo i valori fondamentali dell'esistenza umana, fa perdere di vista al tossicodipendente quale sia il significato vero di una vita vissuta all'insegna della cultura positiva della salute e del benessere fisico, psichico e relazionale.

Dal punto di vista morale, l'uso di droghe è illecito poiché determina un eclissamento delle capacità di pensare, comprendere e volere, che sono tutti requisiti richiesti ad una persona ragionevole, libera e facente parte di una società. La droga infatti, seppure in minime quantità, diminuisce la ragionevolezza del pensiero, la libertà del volere e la responsabilità dell'agire<sup>17</sup>.

La dignità dell'uomo esige azioni coscienti e libere che nascano dalla sua coscienza.

La libertà è una possibilità legata alla ragione e alla volontà, che permette di agire o non agire, di fare una cosa o un'altra, cioè di porre in essere degli atti ben ponderati.

L'affermazione che esiste un dovere morale alla cura dei tossicodipendenti, trova le sue ragioni nella convinzione che l'assunzione continua di droga sia indice di un grave stato patologico che deve essere curato. Il drogato infatti, cercando nella droga l'evasione, la soddisfazione, il piacere e la gioia, è soggetto non solo ad una farmacodipendenza psicologica ma anche a quella fisiologica.

Proprio per questo motivo egli dev'essere considerato un soggetto disagiato grave, bisognoso di un trattamento psicologico e medico.

<sup>17</sup> Silvestrini R. "Aspetti medici della droga. Definizioni, droga e malattia, riflessioni etiche". *Dolentium Hominum. Chiesa e salute nel mondo* 1998; 38: 40-43.

I principali quesiti morali che si possono individuare sono:

- a) *Eticità delle terapie di svezzamento anche a carattere obbligatorio (tipo TSO).*  
L'etica personalista è favorevole, poiché considera che è doveroso in ogni caso cercare il bene del tossicodipendente, ricorrendo in casi estremi, anche al trattamento sanitario obbligatorio.
- b) *Invasione dell'autonomia del tossicodipendente.* Un trattamento imposto contro la volontà raramente ottiene effetti positivi; perciò è moralmente richiesto l'ottenimento progressivo di un consenso alla partecipazione volontaria del tossicodipendente al trattamento.
- c) *Eticità della terapia a scalare con sostanze sostitutive.* Il giudizio medico è favorevole a questa terapia graduale, purché l'intenzionalità terapeutica sia corretta e tenda alla disassuefazione totale e alla riabilitazione psicosociale, libera da sostanze, del tossicodipendente.

Il soggetto che incorra nella sindrome astinenziale non può superare da solo questo problema ma deve essere assistito e contenuto. Benché egli possa non essere totalmente responsabile dei suoi atti, può tuttavia essere responsabilizzato circa la volontà a disintossicarsi.

Dopo questi presupposti è facile capire come la somministrazione controllata di metadone rispetti i fondamenti etici del trattamento dei tossicodipendenti in fase acuta, il fatto che non sia fine a se stessa, ma finalizzata alla liberazione da ogni dipendenza.

Se un tossicodipendente non riesce con le sue sole forze a rinunciare alle droghe, allora è dovere dell'operatore sanitario farsi carico della sua situazione, cercando di limitare i rischi nei quali egli può incorrere.

Se la somministrazione di metadone può significare allontanarlo dalla strada, dalla prostituzione, dal compiere atti criminali, vuol dire anche ricercare e fargli riscoprire la sua dignità di persona.

L'uso del metadone non equivale a considerare il tossicodipendente una persona persa ed irrecuperabile, bensì è un modo per avvicinarsi a lui e con gradualità programmare un percorso di riscoperta di sé e della sua vita e di un ben – essere nella normalità positiva.

L'etica personalista propria del magistero cattolico sostiene che l'assunzione, anche moderata, di sostanze stupefacenti non può costituire un valido strumento di riabilitazione cosciente e responsabile della persona umana nella sua interezza.

La Chiesa cattolica richiama al senso dell'educazione globale della persona nel rispetto della sua dignità, in ogni manifestazione esistenziale. Il dramma della droga è insito nei rapporti che si stabiliscono tra lo spirito e il corpo e la conseguente alterazione della persona.

Nei confronti delle terapie contro la tossicodipendenza, la Chiesa punta alla promozione di un'educazione globale della persona, orientata alla libertà, intesa come sistema di creazione di abitudini, di apprendimento di regole e rifiuti ogni mezzo atto ad alimentare atteggiamenti difformi allo sviluppo graduale e globale della persona. L'educazione deve liberare e portare la persona ad attitudini che rispettino il bene comune.

Questa educazione la si costruisce nella libertà, nella giustizia, nell'attenzione alla sessualità e all'affettività responsabili.

Per poter trasmettere validi insegnamenti, l'educatore deve avere una visione globale della vita come realtà e benessere bio-psicosociale e culturale, come diritti e doveri, come dono e bene indisponibile.

Educare alla vita deve far evitare quei comportamenti che possono recare rischi alla salute e alla vita, diminuzione delle malattie e del sottosviluppo. E' ritenuto necessario inoltre puntare alla dignità e alla libertà di ogni persona, al suo sviluppo personale e sociale, indispensabili per le relazioni umane.

Secondo la Chiesa una valida terapia deve poter agire a livello antropologico profondo, per rimuovere le cause della disarmonia ed educare a vivere nell'unità ed in sintonia con sé stessi e con gli altri.

Le resistenze della Chiesa sono rivolte al rifiuto della r.r.d. nella tossicodipendenza come terapia riabilitativa fondamentale, ma anche ad ogni forma di legalizzazione di certe sostanze stupefacenti leggere.

Infatti, accettando una simile opzione si commetterebbe una colpa simbolica, che contribuirebbe a chiudere i giovani e la società nel pragmatismo della soddisfazione immediata del bisogno di droghe. Inoltre, la legalizzazione produrrebbe effetti inversi a quelli ricercati, in quanto nell'immaginario comune tutto ciò che è legale è anche morale ed accettabile. Attraverso la depenalizzazione non sarebbe il prodotto ad essere liberalizzato ma i comportamenti che conducono al consumo di stupefacenti, i quali diventerebbero privi di una qualsiasi domanda sul loro significato e sulle ripercussioni che hanno sulla vita quotidiana<sup>18</sup>.

In particolare sostiene che le strategie di r.d.d. non sono degne di una società civile, in quanto non deve accontentarsi di trattare i tossicodipendenti come malati da ghettizzare, ma persone con difficoltà esistenziali e/o fisiche che vanno sostenute, ascoltate ed aiutate a riacquistare i valori e il gusto della vita, della libertà, dell'autodeterminazione in una prospettiva di responsabilizzazione.

## CONCLUSIONI

Aver tentato di affrontare il problema della tossicodipendenza dal punto di vista etico, deriva dalla necessità di fare chiarezza su un conflitto di ordine morale: l'eticità o meno, dell'utilizzo delle strategie di r.r.d. come intervento curativo - assistenziale.

Il dilemma etico nasce in genere quando si è di fronte a due scelte, entrambe moralmente accettabili, ma che si escludono a vicenda.

Il fatto che sempre più spesso gli infermieri siano coinvolti in situazioni moralmente difficili nel corso del loro agire quotidiano, indica una favorevole crescita della professione infermieristica, una sua maggiore propensione ad assumer-

---

<sup>18</sup> Honings Bonifacio P. "Droga e valore del corpo". *Dolentium Hominum*. Chiesa e salute nel mondo 1998; 38: 17-21.

si le responsabilità conseguenti, affinché l'assistenza erogata sia rispettosa dei diritti della persona assistita.

Gli interventi di r.r.d. in tossicodipendenza, rischiano spesso la cronicizzazione dello stato di tossicodipendenza. Tale evento porterebbe il tossicodipendente a fargli perdere di vista l'obiettivo finale del processo di recupero, ossia l'astinenza dalla droga ed il suo reinserimento sociale.

Una strategia operativa impostata sulla sola r.d.d. risulterebbe perciò riduttiva e poco efficace, perché porterebbe implicitamente la persona ad accettare il suo stato come inderogabile ed annullare ogni sua speranza di recupero.

Sicuramente è prioritario agganciare il prima possibile il tossicodipendente e prendersi carico della sua situazione con programmi a bassa soglia, i quali però non devono essere considerati l'unico strumento da utilizzare.

Gli obiettivi della R.D.D. devono essere quindi inseriti e collegati ad un programma terapeutico più complesso che possa condurre il tossicodipendente ad intraprendere percorsi di recupero ad alta soglia tendenti alla risoluzione definitiva del problema<sup>19</sup>.

L'assessorato alle politiche della Regione Veneto, sostiene infatti che non è possibile considerare i Ser.T. come unico centro operativo per le tossicodipendenze, ma occorre usufruire di un sistema di sinergie organizzative e professionali, dove le competenze e le responsabilità siano integrate e coordinate in un progetto che passi attraverso: il precoce contatto in strada con l'offerta di programmi a bassa soglia di accesso, l'inserimento ambulatoriale, e successivamente in programmi residenziali (in comunità residenziali o diurne), fino all'attivazione di percorsi di reinserimento e della prevenzione delle ricadute.

Non sarebbe infatti eticamente accettabile una strategia di r.d.d. usata come unico intervento assistenziale, poiché non sarebbe in grado da sola di recuperare integralmente una persona, anche se è condivisibile il suo intento di evitare un male maggiore (una malattia infettiva, una morte per overdose, una condanna al carcere)<sup>20</sup>.

Quale esempio di inefficacia delle misure di r.d.d., se considerate come uniche modalità di intervento riabilitativo del tossicodipendente, si può citare il caso della Svizzera<sup>21</sup>.

Questo Paese da 10 anni sta portando avanti una politica improntata esclusivamente sulla liberalizzazione e sulla prescrizione di droghe da parte dello Stato. Nel 1992 ha avuto inizio un progetto per la prescrizione di eroina della durata di tre anni.

Fin dall'inizio questa forma di terapia si è dimostrata completamente fallimentare. I risultati derivanti dallo studio scientifico riportano conseguenze negati-

<sup>19</sup> De Filippis V., Miranda G. "Aspetti etici emergenti nella tossicodipendenza: la riduzione del danno". *Medicina e Morale* 1995; 3: 489-499.

<sup>20</sup> Documento della Regione Veneto per la Terza Conferenza Nazionale "Le politiche della Regione Veneto per una società libera dalle droghe", novembre 2000.

<sup>21</sup> Fantacci G., Koch M.G. "Lotta alla droga: la Svizzera un modello? Prospettive dell'epidemiologia comparata". *Medicina e Morale* 2000; 5: 909-936.



ve: aumento del consumo di droghe tra i giovani, aumento dei casi d'overdose, diffusione del virus HIV per via sessuale.

Non sono mancate ovviamente aspre critiche da parte dell'OMS, la quale ribadisce l'inefficacia delle strategie di r.d.d. se non sostenute da interventi psicosociali globali incentrati sulla persona.

Gli strumenti di r.d.d. proposti, possono essere accettati solo se realmente temporanei ed aventi lo scopo di riconquistare la piena dignità, autonomia e responsabilità della persona.

In altre parole possono rappresentare un valido strumento se inserito nella fase iniziale di contatto dei servizi territoriali con i tossicodipendenti, cui farà seguito la sostituzione della droga con programmi che prevedano percorsi psicosociali, ergoterapici in sinergia con le altre realtà terapeutiche presenti nel territorio (le comunità terapeutiche, il volotariato...) <sup>22</sup>.

La r.d.d. in ognuna delle suddette fasi, dev'essere supportata da interventi psicologici, rivolti al tossicodipendente, alla sua famiglia e alle persone per lui significative coinvolte nel progetto terapeutico.

Ogni intervento, inoltre, deve essere finalizzato all'eliminazione del vuoto esistenziale vissuto, mediante una riabilitazione valoriale, relazionale, assistenziale, lavorativa e sociale.

---

<sup>22</sup> Pilotto F., Bovo C. Pubblico e privato in favore della tossicodipendenza. *Anime e Corpi* 1998; 199: 573-585.