

quanto soprattutto nella tensione ad innovare sulla base della costante lettura ed interpretazione dell'esistente.

Per questo si può e si deve con forza affermare che le Comunità Terapeutiche costituiscono, tutt'oggi, un patrimonio di conoscenze e competenze irrinunciabile nella lotta alle dipendenze.

Il CeIS, come si diceva, ha fortemente differenziato il suo intervento introducendo progressivamente innovazioni volte a contemperare le esigenze di specializzazione con l'identità e con lo stile di intervento che hanno sempre caratterizzato i propri servizi.

Di seguito, un elenco delle comunità terapeutiche che svolgono una funzione "specialistica":

- Comunità specialistica residenziale madre con bambino
- Comunità terapeutiche specialistiche Doppia diagnosi
- Specialistico Ambulatoriale GAP
- Specialistico Semiresidenziale GAP
- Specialistico Semiresidenziale Alcol
- Unità di pronto intervento H24
- Ambulatorio specialistico H24

3. SERVIZI SPECIALISTICI PER IL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO (GAP)

3.1. Il GAP, un fenomeno in crescente aumento

Le persone che sviluppano questa particolare forma di dipendenza sono, di norma, persone adulte dotate di sufficiente capacità progettuale e di gestione socio-economica, inserite in una rete sociale e familiare, con problemi di dipendenza e comportamenti compulsivi, ma capaci di autocontrollo, capaci di percepire il proprio disagio e di esprimere con chiarezza obiettivi coerenti e raggiungibili.

Nella maggior parte dei casi, la compulsione al gioco ha le proprie origini già in età tardo-adolescenziale, per manifestarsi come patologia durante la vita adulta. Questa dipendenza si associa spesso ad altre dipendenze, in primo luogo quelle da alcol, tanto che alcuni studiosi considerano il gioco patologico e l'alcolismo due manifestazioni diverse di un unico disturbo. Il GAP viene solitamente inserito nella famiglia dei Disturbi Ossessivo Compulsivi (DOC) poiché la mente è pervasa dall'idea ossessiva del gioco e la compulsione a giocare calma, in modo provvisorio, l'angoscia, ma presenta anche caratteristiche proprie delle dipendenze patologiche.

Nell'incertezza del quadro, e data la trasversalità dei sintomi, gli estensori dell'ultima edizione del Manuale per la Diagnosi dei Disturbi Mentali (DSM5), in cui il GAP compare per la prima volta nel 1980, hanno deciso di classificare questo disturbo tra i disturbi "Substance-Related and Addictive Disorders".

Come elemento caratterizzante vi è anche la dimensione sommersa e spesso inconsapevole di questi comportamenti, che li rende di difficile analisi e rende complessi i tentativi di intervento preventivo.

La questione che si pone riguarda l'uso spesso improprio e fuorviante della parola "gioco". Non essendoci una normativa particolarmente stringente, il termine gioco viene usato per descrivere attività e pratiche che nulla hanno a che fare con lo sviluppo della personalità. Intendiamo, ovviamente, il cosiddetto "gioco d'azzardo", ma anche tutta una serie di attività che riguardano l'uso di strumenti tecnologici in maniera diversa e alternativa allo sviluppo di capacità creative e relazionali, per ricomprendere anche attività di sperimentazione e di avvicinamento all'uso di sostanze (in particolare sostanze psicotrope) in ambienti facilitanti o in solitudine.

Per quanto concerne il gioco d'azzardo, la questione risulta ancor più complessa per gli adolescenti (e per questo si impone una particolare attenzione alla prevenzione) in quanto, a differenza di altri comportamenti sociali a rischio, non si evidenzia una "questione sociale"

legata alla dipendenza da gioco, come evidenziato dal CeIS in una recente ricerca¹. Per questo gli adolescenti, si trovano ad essere disorientati in assenza di una chiara definizione dei limiti e dei confini entro cui tale comportamento è tollerato e tollerabile.

Diversa considerazione, invece, va fatta per quanto concerne i videogiochi o l'uso ludico che si fa di internet (ciò è valido sia per gli adulti che per gli adolescenti). In questo campo esiste una tale varietà di prodotti, strumenti e tecnologie che risulta difficile e fuorviante esprimere un giudizio sommario. Se il gioco è soprattutto espressione della creatività e della socialità, ebbene esistono strumenti tecnologici e applicazioni (consolle, social network, ecc.) che accompagnano i le persone in esperienze davvero appaganti su tutti i fronti. Nello stesso ambito, tuttavia esistono particolari categorie di applicazioni tecnologiche che tendono a escludere ogni forma di creatività e socialità e che, anche in considerazione dell'assenza di narrazione, non prevedono che il giocatore esprima delle abilità cognitive e, pertanto, si avvicinano molto alla dinamica del "gioco d'azzardo".

Nella succitata ricerca del CeIS emerge che la forma più popolare di gioco tra gli studenti delle scuole superiori sono i giochi di carte, seguiti dalle lotterie cosiddette "istantanee" (gratta e vinci, ad esempio), scommesse sportive, ecc. Le ragazze tendono a giocare meno rispetto ai ragazzi, ma in proporzione, i ragazzi hanno più probabilità di avere problemi di gioco. Inoltre, i ragazzi e le ragazze non sono impegnati nello stesso tipo di attività di gioco d'azzardo: i ragazzi preferiscono le carte e le scommesse sportive, mentre le ragazze preferiscono le lotterie istantanee ed i giochi di carte.

Al di là della specificità del gioco d'azzardo e delle varie forme di dipendenza che l'uso di strumenti tecnologici può generare, è utile allargare la visione per ricomprendere non tanto i sintomi, quanto le cause dei problemi legati al gioco e alle dipendenze senza sostanza più in generale. In questa direzione molti studi indicano che alcuni fattori contribuiscono più di altri: L'interazione con un ambiente più o meno facilitante al gioco e alle dipendenze può influenzare la probabilità di sviluppare dipendenza da gioco o altre forme. Alcuni studi hanno suggerito un collegamento tra la disponibilità e l'accessibilità del gioco d'azzardo e l'aumento del gioco d'azzardo tra gli adolescenti. Inoltre, le nuove tecnologie, per esempio, il gioco d'azzardo su internet, consentono una fruizione e in assenza di supervisione.

Fattori familiari possono influenzare in modo significativo il comportamento. Ci può essere, in una famiglia, una percezione diffusa che il gioco d'azzardo sia accettabile e normale, e le esperienze iniziali con il gioco d'azzardo spesso si verificano in casa. L'atteggiamento dei fratelli, dei genitori e degli anziani verso il gioco d'azzardo può influire molto sulle future dipendenze e gli adolescenti più a rischio hanno genitori che a loro volta giocano o hanno altri comportamenti di dipendenza, o partecipano ad attività illegali.

Come si può notare questi fattori forniscono un quadro per cui lo sviluppo delle dipendenze dipende molto dal contesto. La disponibilità di luoghi dove i ragazzi/e possono avvicinarsi facilmente al gioco d'azzardo, tra l'altro, è un tema piuttosto caldo del dibattito pubblico.

3.2. La legalizzazione del gioco d'azzardo online

La storia del gioco d'azzardo legalizzato in Italia ha inizio nel 2006, quando il ministro per le Attività produttive Pierluigi Bersani (governo Prodi) liberalizza gli skill games, i cosiddetti "giochi di abilità a distanza". A luglio del 2011 il governo Berlusconi fece passare la prima legge che legalizzava i casinò online. La legge stabiliva che il compito di emettere licenze per i casinò online spettasse all'AAMS, e prevedeva strette limitazioni sui giochi che era possibile offrire. Le slot online erano ancora illegali, mentre erano autorizzati i giochi da tavolo e le lotterie. È stato solo alla fine del 2012 che il governo Monti, succeduto a quello Berlusconi, ha autorizzato anche l'offerta di slot online.

Si capì subito che il business sarebbe stato gigantesco. Secondo Mediobanca il gioco d'azzardo autorizzato, da quello online alle macchinette nei bar, rappresenta oggi la terza industria del Paese dopo Eni e Fiat, l'unica in netta crescita nonostante la crisi.

¹ dossier realizzato da Centro Italiano di Solidarietà di Don Mario Picchi su un campione di 3.000 persone, fra studenti seguiti dal progetto Pari & Impari e utenti del progetto Rien ne va plus realizzato tra il 2014 e il 2015.

Ma quali sono stati i costi sociali pagati dai nostri cittadini a casua della progressiva legalizzazione del gioco d'azzardo?

I dati a disposizione del Centro italiano di Solidarietà don Mario Picchi fotografano la realtà di Roma Capitale, con particolare riferimento al mondo giovanile²: il 18% dei giovani romani ha un rapporto già fortemente alterato con il gioco d'azzardo. La facilità d'accesso ai giochi online attraverso i supporti tecnologici accelera e ne aumenta il fenomeno. Questo dato indica il pericolo di una potenziale perdita di controllo e la tendenza al gioco compulsivo che, se protratti nel tempo e sovrapposti con altre attività che i ragazzi svolgono nella propria giornata (frequenza scolastica, studio, relazioni con i coetanei, palestra, etc.), possono configurare un vero e proprio disturbo psicologico.

La XII^o Commissione Affari Sociali della camera dei deputati, nell'indagine conoscitiva relativa agli aspetti sociali e sanitari della dipendenza dal gioco d'azzardo dell'aprile 2012, afferma che: "se in termini economici, le entrate di competenza dell'Erario sono cresciute ad un ritmo sostanzialmente dimezzato a fronte della sostenuta crescita della raccolta, gli effetti e le ricadute in termini sociali sono state devastanti. Gli effetti dei provvedimenti assunti volti ad accrescere il volume delle entrate nette da giochi facendo, ne ha promosso una più capillare diffusione territoriale che ha portato ad un sostanziale aumento di denaro speso nell'azzardo e ad un coinvolgimento sempre più massivo della popolazione italiana".

4. LA CANNABIS ED IL TRAMONTARE DEL "MITO DELLE DROGHE LEGGERE"

Secondo l'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze di Lisbona, la cannabis è la droga illecita preferita dai cittadini europei, con il numero più alto di consumatori, il maggior numero di reati commessi ed il numero di sequestri effettuati. Sembra che in Europa ci siano circa 19,3 milioni di persone tra i 15 e i 64 anni che hanno consumato cannabis nell'ultimo anno, tra cui 14,6 milioni di giovani adulti. E' piuttosto preoccupante anche il dato secondo cui quasi 79 milioni di persone afferma di averla provata almeno una volta nella vita.

In Italia la cannabis è stata, nel 2014 (ultimi dati disponibili pubblicati dal Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri), la droga illegale più utilizzata, con il 9,2% dei cittadini fra 15 e 64 anni, ovvero più di tre milioni e mezzo di soggetti che la consuma regolarmente. La cannabis è maggiormente diffusa tra i 15-34enni. Di questi giovani, inoltre, il 26% degli studenti, oltre 600 mila, l'ha assunta nel 2014, secondo una tendenza che parte dal 22% degli anni 2009-2012 e passa per il 25% del 2013.

Il dibattito, in Italia come in Europa e nel resto del mondo, si concentra sulla opportunità o meno di legalizzare il consumo della cannabis. Recentemente alcuni Stati hanno optato per la legalizzazione (Uruguay, Colorado, Washington), seguendo il trend avviato da alcuni Paesi europei (i Paesi Bassi in testa). A favore della legalizzazione, il mito della "droga leggera" e il contrasto al narcotraffico non efficacemente contrastabili con il proibizionismo; contrari alla legalizzazione coloro che ritengono la cannabis tutt'altro che una droga innocua e le evidenze di come altre recenti scelte di legalizzazione, almeno in Italia, si siano rivelate un clamoroso flop (la legalizzazione del gioco d'azzardo, ad esempio).

Esistono, pertanto sostanziali o ragionevoli evidenze che l'uso di marijuana espone le persone a rischi elevatissimi sulla salute mentale e fisica. Un rischio sia di breve-medio periodo legato all'assunzione diretta della sostanza, sia di medio-lungo periodo legato allo sviluppo, ad esempio, di patologie correlate.

Esponde, inoltre, a rischio anche soggetti che non l'assumono intenzionalmente e, cioè, i bambini nella fase di gravidanza e allattamento e chi, ad esempio, potrebbe essere vittima di incidentalità stradale.

² dossier realizzato da Centro Italiano di Solidarietà di Don Mario Picchi su un campione di 3.000 persone, fra studenti seguiti dal progetto Pari & Impari e utenti del progetto Rien ne va plus realizzato tra il 2014 e il 2015.

Per quanto riguarda i giovani, poi, gli effetti sono davvero devastanti. Esiste una correlazione diretta tra uso di cannabis e sviluppo di patologie psichiatriche. Si facilita enormemente, inoltre, l'ingresso in dinamiche di dipendenza. Le evidenze dimostrano anche la correlazione diretta tra uso di cannabis e performance scolastiche, abilità sociali e cognitive, conseguimento di titoli scolastici.

Queste valutazioni, del resto, sono del tutto coerenti con le valutazioni espresse dall'Organizzazione mondiale della sanità e, in Italia, dell'Istituto superiore di sanità. Tali Istituti si sono più volte espressi in merito alla particolare capacità della cannabis di danneggiare anche in modo duraturo le funzioni cognitive, soprattutto quando consumata da adolescenti

Il mito delle "droghe leggere" sembra irrimediabilmente oscurato. Non si tratta, pertanto, di discutere ulteriormente in merito alla presenza o assenza di indicatori di rischio correlati all'uso di cannabis, quanto, piuttosto, esaminare la questione sotto il punto di vista della sostenibilità sociale, cioè, se sia più compatibile con criteri di efficienza ed efficacia della spesa pubblica adottare politiche che investono nella prevenzione e nel contrasto all'uso della cannabis piuttosto che legalizzare tali comportamenti e poi pagare un costo elevatissimo in termini di salute e sicurezza della collettività. Ovviamente noi riteniamo che la prima opzione sia quella preferibile.

Attualmente sono a disposizione della comunità di operatori sociali e di attori istituzionali che si interrogano su questi fenomeni, numerosi strumenti di tipo informativo, di tipo valutativo, di tipo epidemiologico, per fondare delle specifiche "teorie" sull'effettiva correlazione tra uso di sostanze e rischio per la salute. Mettere in circolo queste informazioni ed elevare il livello di conoscenza collettiva su queste tematiche metterebbe anche al riparo dal rischio di inopportune "invasioni di campo" da parte di interessi particolari, interessi, cioè, che non sono esclusivamente rivolti alla promozione della salute pubblica e alla promozione della cultura della sobrietà.

5. LA PREVENZIONE: METTERE AL CENTRO I GIOVANI

I luoghi di incontro e socializzazione che più caratterizzano la vita dei giovani sono ancora i luoghi informali, con una "persistenza" del muretto, della piazza, della strada ecc., seguono i nuovi luoghi della socialità virtuale e, quindi, le sale da gioco, che tornano ad essere protagoniste della socialità giovanile sul territorio.

Per riuscire ad incontrare questi giovani ed intervenire prima del loro ingresso in percorsi devianti o di esclusione sociale, bisogna ricreare un ambiente simile a quello da loro frequentato, simile a quello in cui si sentono liberi e senza costrizioni. Lavorare con un gruppo di giovani significa anche riuscire ad aprire efficaci canali di comunicazione, adottando pratiche di intervento, linguaggi, obiettivi modulati sulle caratteristiche dei minori stessi. Proprio attraverso il lavoro con le scuole ci accorgiamo dei cambiamenti in atto nel mondo delle sostanze, con il progressivo emergere di nuovi fenomeni e la recrudescenza di comportamenti che pensavamo superati.

Abbiamo recentemente intervistato 3.000 alunni tra i 12 e i 18 anni delle scuole dove operiamo ed è emerso che il 18% dei giovani romani ha un rapporto già fortemente alterato con il gioco d'azzardo che rappresenta il fenomeno emergente sul fronte delle dipendenze, mentre l'85% dei ragazzi fa uso di alcol nei weekend ed il 45% di superalcolici. Sul fronte, invece, delle sostanze il 75% dei nostri giovani dichiara di aver avuto contatto con cannabis o altre droghe.

La prevenzione è un'azione con alto grado di complessità e si attua rafforzando le reti di protezione sociale, attivando sul territorio interventi di promozione volti a contrastare comportamenti a rischio dei giovani e volti al rafforzamento della funzione educativa e genitoriale, attraverso il rinforzo dei fattori di protezione, lo sviluppo delle competenze pro-sociali (*Life Skills*) e il miglioramento del benessere relazionale.

Si privilegiano interventi volti ad aumentare la conoscenza del mondo dei comportamenti a rischio (compreso quello dell'assunzione di stupefacenti, ma non solo). Soprattutto in ambito

scolastico e della comunità locale, riteniamo che le azioni di prevenzione si debbano attuare lungo le seguenti direttrici strategiche:

- Promuovere azioni di sensibilizzazione tra gli adolescenti, le famiglie e i docenti sui rischi connessi all'assunzione di sostanze stupefacenti, all'abuso di alcol e a fenomeni collegati, come, ad esempio, il bullismo, la violenza, la dispersione scolastica;
- Far passare il messaggio di cittadinanza attiva, attraverso azioni di coinvolgimento attivo e di protagonismo giovanile (i ragazzi vengono invitati a pianificare e attuare specifiche azioni);
- Aiutare i ragazzi a implementare comportamenti corretti e stili di vita positivi;
- Reclutare giovani *opinion leader* tra gli studenti delle scuole per coinvolgerli in percorsi di prevenzione dei comportamenti devianti;
- Aiutare gli insegnanti a sviluppare modalità nuove e coinvolgenti per lo sviluppo della motivazione scolastica e per la lettura ed interpretazione dei sintomi del disagio;
- Promuovere reti locali intersistemiche (associazioni del settore, parrocchie, palestre, impianti sportivi), che mettano in comune strategie, risorse e metodologie di lavoro.
- Migliorare la fruizione del tempo libero e dell'ambiente urbano.
- Consolidare i Centri di ascolto nelle scuole (sportelli di *counselling*);



La Federazione Italiana delle Comunità Terapeutiche (FICT) è un'organizzazione senza fini di lucro che opera da oltre trentacinque anni nell'ambito della prevenzione, cura e riabilitazione dalle dipendenze da sostanza e comportamentali. E' riconosciuta come Ente Morale con decreto del Ministero dell'Interno del 26 novembre 1999.

Nel 2000 ha ottenuto dalle Nazioni Unite lo status di Organizzazione Non Governativa (ONG) associata al Dipartimento della Pubblica Informazione. Collabora con la Federazione Mondiale delle Comunità Terapeutiche WFTC.

E' presente in 16 Regioni d'Italia con una rete di 39 Associazioni ed Enti di Solidarietà sociale Sono attivi oltre 600 servizi che realizzano una molteplicità di azioni non solo nel settore delle dipendenze, attraverso l'apporto multi professionale di oltre 5.000 operatori.

La FICT è impegnata nella lotta alle dipendenze ed agli stili di vita ad esse sottese, per cui opera in una serie di ambiti correlati all'intervento sulla persona.

Riteniamo di definire di seguito gli elementi di rilievo suggeriti dalla nostra esperienza di servizio:

1.PREVENZIONE

Con riferimento alla attività di prevenzione, in genere oggi ci si riferisce ad uno scenario medico, parlando dei rischi dell'uso: si è rinunciato a parlare di prevenzione come educazione alla vita, educazione alla salute, al benessere, alla relazione, allo stile di vita che guarda alla persona come portatrice di risorse relazionali ed al suo benessere psicofisico.

Manca una progettualità ed un pensiero politico, una prospettiva che legga i bisogni di oggi e costruisca un'attenzione ai giovani basata sulle tematiche educative e sulla strutturazione di ambiti di relazione significativi.

Riteniamo che la prevenzione debba necessariamente porre al centro gli aspetti educativi e l'attenzione nei confronti del disagio complesso.

Rileviamo come lo Stato investa sempre meno nella prevenzione: i soldi spesi a tale scopo variano dallo 0,6% al 4% del fondo regionale, come rilevato recentemente dal Direttore dell'Osservatorio Nazionale.

In realtà manca la consapevolezza che gli investimenti in tale ambito non costituiscono un costo, ma rappresentano un investimento sul futuro della nostra società. Un investimento che significa non arrendersi di fronte al dilagare dell'uso di sostanze.

Una società che voglia definirsi "civile" deve intervenire per ridurre il numero delle persone da curare. Qualesivoglia provvedimento normativo si intenda prendere in esame sull'argomento non può essere privo, al suo interno, di specifiche disposizioni circa la prevenzione dell'uso in particolare tra le fasce giovanili, conformandosi in linea di principio ad una chiara presa di posizione sugli effetti comunque dannosi dell'uso delle sostanze sia in termini di salute e benessere fisico, sia in termini di relazioni sociali.

E' importante oggi superare le diverse visioni del fenomeno e di interpretazione dell'intervento, per ricercare progettazioni comuni e verificabili atti a superare le divergenze sia nell'ambito dei servizi pubblici che nell'ambito del privato sociale accreditato/convenzionato. E' necessario definire spazi di progettazione comune ed integrati per superare la diversificazione e l'incongruenza di interventi spesso sovrapposti e contrapposti puntando alla coordinazione ed alla condivisione dell'approccio.

L'intervento nelle scuole è un'attività che interessa l'intero sistema scolastico e si basa su una cultura educativa e preventiva sperimentale. Bisogna realizzare progetti all'interno delle scuole in cui si proponga una metodologia condivisa e coerente con il sistema educativo proprio della scuola puntando alla relazione con i ragazzi, insegnanti e genitori. Non ci proponiamo come esperti che intervengono in aula a risolvere i problemi, ma come facilitatori di relazioni che permettano ai soggetti di cui sopra di assumere la propria responsabilità nell'affrontare le difficoltà relazionali che si presentano nell'ambito scolastico.

In tal senso l'approccio esperienziale riteniamo possa essere considerato estremamente utile, in particolare in età adolescenziale e giovanile, offrendo ai ragazzi la possibilità di vivere concretamente esperienze di vita, di servizio e di volontariato capaci di mostrare stili di vita positivi ed alternativi a quelli negativi purtroppo dilaganti.

La famiglia in questa società fragile è sola e disorientata, per cui ha bisogno di ritrovare forza fiducia e punti di riferimento. Bisogna lavorare in modo che le famiglie di oggi tornino a fare comunità, a prendersi cura delle proprie e altrui fragilità riaffermando il valore della *famiglia*, quale prima agenzia educativa.

Questa è la *community care*, la comunità che si prende cura sviluppando un approccio preventivo tendente a rendere le persone, soggetti attivi con la loro storia, i loro vissuti, i loro saperi.

2.INTERVENTI SPECIALISTICI

Lo scenario della dipendenza è completamente cambiato così come l'uso delle sostanze e i danni che le sostanze stesse provocano. La droga è diventata un bene di consumo, le dipendenze hanno assunto forme nuove che ci pongono di fronte a problematiche diverse e a bisogni che non sono più incasellati in categorie precise e definibili. Il più grande cambiamento avvenuto nel corso degli ultimi 30 anni in tema di droghe, non si riferisce solo al tipo di sostanze, o al tipo di trattamento per la dipendenza o, ancora, alle modalità di assunzione delle sostanze, quanto al passaggio dal concetto di droga come pericolo e male assoluto, al concetto di droga come un prodotto di possibile consumo, compatibile con una normale costruzione di vita ed, in alcuni casi, addirittura benefico.

Nonostante tale rilevante evoluzione, dobbiamo constatare come la normativa nazionale italiana non ha subito modificazioni dal DPR 309 del 1990 che, prevedendo solo due tipologie di interventi, appare assolutamente inadeguato al cambiamento degli ultimi anni.

I Centri della Federazione ripropongono il tema forte del "fare ed essere comunità", non tanto e non solo come ambito terapeutico, quanto come elemento culturale fondato sulla persona posta al centro dell'intervento. Il valore clinico rimane un elemento fondamentale che non deve però prescindere dall'aspetto educativo basato sulla relazione.

Oggi i servizi per le dipendenze inviano in comunità persone sempre più compromesse e con minori risorse personali, per cui si rende necessario costruire percorsi personalizzati e differenziati in virtù di un complesso lavoro di rete all'interno del quale agiscono professionalità diverse. Le Comunità hanno quindi modificato l'approccio iniziale, trasformandosi sempre più in sistemi aperti per accogliere, sostenere, confortare, accettando la sfida di intervenire su individui per i quali la società aveva perso la speranza.

In alcune regioni i servizi per le dipendenze sono ormai accorpati ai dipartimenti di psichiatria. Tale decisione rappresenta un forte rischio per l'approccio "misto" comunitario, che tende a coniugare l'aspetto clinico con quello educativo e di rete. Un approccio teso proprio ad evitare una eccessiva medicalizzazione dell'intervento e cronicizzazione delle problematiche. Per raggiungere tale obiettivo, riducendo il rischio delle derive prestazionali e sanitarizzate, riteniamo che debba esistere un Dipartimento Nazionale forte ed attivo su tutto il territorio che garantisca l'identità dell'approccio descritto e l'omogeneità nazionale.

Al fine di rispondere ai molteplici e mutevoli bisogni nascenti sui territori, gli enti accreditati/convenzionati hanno sperimentato e strutturato risposte senza limitarsi ad interventi residenziali ma anche semiresidenziali e ambulatoriali.

Oggi il sistema riabilitativo gestito in collaborazione tra il pubblico ed il privato accreditato può giovare di servizi specialistici quali:

- Comunità Terapeutiche specialistiche Doppia Diagnosi
- Pronta Accoglienza oppure COD (Centro di Osservazione e Diagnosi)
- Comunità madre con bambino
- Comunità per minori con problemi di dipendenza
- Interventi per alcolisti
- Interventi per giocatori d'azzardo patologico
- Interventi per poliassuntori
- Interventi per persone che abusano di cocaina
- Interventi in carcere
- Interventi su dipendenza da Social
- Interventi sui disturbi alimentari
- SMI (SERVIZIO MULTIDISCIPLINARE INTEGRATO) che esiste nella sola Lombardia e che pone all'attenzione anche il problema di rapporto in pari dignità Pubblico-Privato Accreditato

La moltiplicazione dei servizi ha determinato la necessità di identificare con chiarezza le persone che entrano in comunità attraverso diagnosi chiare ottenute utilizzando strumenti specifici e confrontabili; occorre definire chiaramente gli obiettivi attraverso una verifica *in itinere* sull'adeguatezza dell'intervento effettuata congiuntamente con il servizio inviante. I Servizi operano in termini di obiettivi, di definizione e verifica del piano individuale terapeutico educativo, ma anche in termini progettuali di evoluzione della cultura dell'intervento.

L'attenzione alla valutazione quindi è, per le comunità, un percorso fondamentale teso a rendere la comunità stessa capace di rispondere alle nuove sfide in un ambito che è in continuo mutamento, tenendo sotto controllo i processi di cambiamento quale patrimonio dell'organizzazione, in modo da uscire da personalismi e ideologie.

Occorre riflettere sul tema del significato degli esiti dei progetti e accettare che per ognuno ci sono dei traguardi possibili ma che tali traguardi non sono uguali per tutti; ridefinire, anche in termini di successo terapeutico o riuscita del trattamento, lo standard di valutazione utilizzato attraverso strumenti confrontabili anche nel tempo, e quindi guardare, in una prospettiva realistica, l'evoluzione dei percorsi.

E' auspicabile e necessario quindi un sistema di valutazione degli esiti attraverso indicatori chiari condivisi e confrontabili indipendentemente dal modello di comunità.

In tale ottica lo stesso sistema degli accreditamenti deve essere periodicamente verificato ed aggiornato per evitare che renda rigidi gli interventi che, invece, necessitano di seguire l'evoluzione del bisogno che cambia.

3. GAP

Il gioco d'azzardo patologico è evidentemente la "nuova" piaga della dipendenze.

La "legalizzazione" del Gioco, sorta per far emergere, e di conseguenza eliminare, il sommerso e la relativa criminalità da cui era gestito, ha, purtroppo, evidenziato un aumento esponenziale dei giocatori, (siamo il primo paese in Europa). Le multinazionali del gioco ogni anno incassano circa 90 miliardi di euro a fronte di una tassazione del 10%, decisamente bassa e peraltro incompatibile con i canoni etici e fiscali, che porta allo stato circa 9 miliardi di euro

A fronte di tali considerazioni occorre un intervento statale preciso e definito che vada nelle seguenti direzioni:

- Definitivo inserimento del gioco d'azzardo patologico nei LEA.
- Definizione dei criteri di implementazione degli accreditamenti per tali specifici servizi per gli Enti che già operano nel campo delle dipendenze con sistemi accreditati e, dove non esiste Accredimento, Convenzionati o Ausiliari.
- Definizione di un modello di intervento e di un adeguato sistema di monitoraggio e verifica.
- Istituzione di un fondo dedicato che non incida sul FSN in quanto significherebbe togliere risorse, già esigue, agli altri interventi.
- Ricordare che il numero di giocatori patologici è molto alto ed in continuo aumento (si stimano circa 800 mila persone con disturbi gravi da GAP)

4. RIDUZIONE DEL DANNO

Un intervento fondato sulla "riduzione del danno" perché abbia reale valore deve superare l'attuale modestia di obiettivi tendendo in prospettiva a considerare la persona sempre e comunque recuperabile, e non rappresenti un semplice slogan.

Per "riduzione del danno" intendiamo quindi un intervento di accompagnamento e sostegno nella "cronicità" affinché l'intervento non venga vissuto come un abbandono della persona.

Intesa in tal senso, la riduzione del danno rappresenta uno strumento teso a migliorare la qualità della vita coniugando l'aspetto medico-scientifico con quello valoriale, personale e relazionale.

Si tratta di integrare paradigmi scientifici con paradigmi educativi offrendo comunque alla persona l'opportunità di fare una scelta di cambiamento attraverso una proposta educativa.

La riduzione del danno ad oggi, a nostro avviso, è letta esclusivamente attraverso criteri di tipo medico, noi proponiamo una lettura che ponga al centro la dinamica educativa, in un continuum di azioni che vanno dalla riduzione del rischio e la protezione della vita dal punto di vista medico alla promozione del cambiamento sotto il punto di vista educativo.

La riduzione del danno deve essere concepita in un contesto più ampio: occorre considerare il momento storico della persona per offrirgli l'opportunità di fare una scelta di cambiamento; è fondamentale sollecitare la persona in carico perché rifletta sull'opportunità di poter proseguire il suo percorso, anche verso un cambiamento più profondo

La riduzione del danno fine a se stessa non produce cambiamento, perché l'intervento medico senza l'educazione alla responsabilità non permette alla persona di vedere le proprie potenzialità e risorse perpetuando il rischio.

E' importante definire dei criteri di verifica degli interventi che riguardano le persone e la loro evoluzione personale.

Se come riteniamo utile, si ipotizza di inserirla nei LEA, bisogna definire criteri di accreditamento e, anche per questo intervento, un fondo aggiuntivo per non sottrarre ulteriori risorse agli altri interventi già attivi.

Riferimenti Bibliografici.

Per il gioco d'azzardo allego la bibliografia del Libro blu dei Monopoli di Stato.

Per la Prevenzione nella riunione del 27 Giugno 2016 dell'Osservatorio Nazionale GAP il direttore Dr. Guerra ha comunicato i dati sulla prevenzione come Osservatorio Nazionale.

Paolo Merello
(Delegato Consiglio FICT)

27 settembre 2016



Le trasformazioni che hanno coinvolto il sistema di cura delle dipendenze con il passaggio delle competenze in materia sanitaria alle Regioni e la disomogeneità degli interventi che ne è conseguita, rende di fondamentale importanza dare seguito a quanto previsto dal dpr 309/90 che stabilisce la convocazione ogni tre anni della Conferenza nazionale. Come è noto l'intenzione del legislatore era di garantire un regolare confronto tra i vari attori interessati al tema delle dipendenze per monitorare l'evoluzione del fenomeno, i cambiamenti degli interventi terapeutici ed adeguare gli strumenti normativi alle nuove esigenze.

In tal senso, passati ormai sette anni dall'ultima Conferenza di Trieste, si sente come assolutamente necessario un riordino generale della normativa, ormai vetusta e non in linea con l'evoluzione che il fenomeno ha vissuto negli ultimi 25 anni. Un riordino che evidentemente non può avvenire per compartimenti stagni, ma che deve affrontare per intero la tematica attivando strumenti adeguati ai tempi ed ai bisogni.

Peraltro proprio il principale obiettivo dell'ultima conferenza nazionale di Trieste era quello di rendere maggiormente omogeneo il sistema dei servizi sul territorio nazionale. Sul punto vi era un impegno esplicito di tutti gli attori, ivi comprese le Regioni ed il Dipartimento Nazionale, seppure nella ferma convinzione della competenza regionale nell'organizzazione dei servizi sanitari e della necessità di salvaguardare le specificità territoriali in ragione dei bisogni concreti.

Dopo sette anni da quell'impegno la situazione continua ad essere caratterizzata da enormi differenze tra le diverse Regioni.

Ai fenomeni legati all'uso ed abuso di sostanze psicotrope ed alcoliche, che sono in continuo mutamento, ai consumi di nuove sostanze nel mondo giovanile non ultimo il ritorno dell'eroina, si aggiungono le varie dipendenze senza sostanza, quelle comunemente note come "comportamentali". Ma mentre in alcune regioni il Sistema dei Servizi è stato in grado di organizzarsi per rispondere a questi cambiamenti, intraprendendo percorsi scientificamente validati di revisione delle metodologie, degli strumenti, degli stessi tempi di trattamento ed in molti casi attivando, pur in assenza di riferimenti normativi, nuovi percorsi per rispondere alle dipendenze "senza sostanze", in altre il sistema è rimasto ancorato agli schemi ed alle tipologie di servizi degli anni '90, determinando risposte assolutamente insufficienti.

Le dipendenze, sia quelle da sostanza che quelle comportamentali, sono in continua evoluzione e rimangono un'emergenza sanitaria e sociale di enorme rilevanza. A fronte di ciò, però, come detto si evidenzia una forte

disomogeneità nelle risposte che le varie Regioni e Aziende Sanitarie riescono a dare: in alcune Regioni sono previste fino a 14 tipologie di servizi, mentre in altre, sono attive solo le due tipologie “classiche” dell’atto di intesa del 1999 terapeutiche riabilitative e pedagogiche riabilitative.

Questa disparità nei servizi offerti nega il diritto costituzionale alla cura dei cittadini.

Inoltre riteniamo che non si possano programmare solo interventi residenziali o semiresidenziali ma si debba adeguare l’offerta di cura alla continua evoluzione della domanda, anche con altri e nuovi interventi come ad esempio ambulatoriali, domiciliari.

Altro problema particolarmente grave è la difformità delle tariffe per la stessa tipologia di servizio

Questa contraddizione può essere superata, attraverso l’individuazione di criteri di accreditamento dei servizi per le dipendenze che siano validi su tutto il territorio Nazionale e conseguentemente la definizione di criteri omogenei per il calcolo delle tariffe.

Un ulteriore nodo problematico è il tema del reinserimento socio lavorativo, azione che necessita di una forte integrazione con i Comuni che di fatto non attuano politiche di reinserimento per soggetti con problematiche di dipendenze. Sarebbe necessario in tal senso una regia comune tra il Dipartimento Nazionale e gli organismi di rappresentanza dei Comuni (ANCI) su questo nodo importante.

Per quanto riguarda il carcere, ricordiamo che la percentuale di persone con problemi di dipendenza supera il 30% della popolazione carceraria. Ma le comunità non possono essere piccoli carceri, o la risposta al sovraffollamento.

L’illecito penale è un momento che porta la persona a contatto con un sistema caratterizzato da regole precise che non possono essere sottovalutate né disconosciute.

La risalita avviene solo se questa consapevolezza si radica nell’individuo, al quale sono offerti strumenti e non *escamotage* per trasformare i propri errori in risorse per un nuovo stile di vita. Questo strumento certamente non può essere il carcere con il suo mondo di regole non scritte che favoriscono l’irrigidimento e la cultura dell’illegalità. Al contrario, si tratta di individuare in grado di sviluppare la consapevolezza dell’individuo nel cercare attraverso modalità legali la convivenza con gli altri.

Il carcere produce la cultura dell’omertà e sviluppa codici comportamentali che sono difficili da eliminare e che l’individuo si porta dentro per sempre incidendo in modo negativo sul contesto sociale in cui tenta di “sopravvivere”.

Il momento sanzionatorio, attraverso strumenti alternativi, può quindi diventare un passaggio educativo importante perché si avvale di risorse sociali con forti competenze che incidono sul comportamento dell’individuo, non solo portandolo ad affrancarsi dalla dipendenza, ma anche ad allontanarsi da circuiti criminali in cui è stato coinvolto o in cui rischia di cadere.

La messa alla prova ha sicuramente una funzione preventiva perché diretta precipuamente a soggetti alle prime esperienze illegali, nello stesso tempo il ricorso a misure cautelari, sia pure custodiali ma meno esclusive, consentono una sperimentazione nel proprio recupero.

Ancora poco applicata, all'interno di questa opportunità è la "mediazione" con la parte offesa del reato. Anche i soggetti che si sottopongono ad un percorso di recupero necessitano di consapevolizzare i danni che hanno arrecato con il proprio comportamento, spesso sottovalutati dal lavoro che fanno su loro stessi.

Va quindi ripensato tutto il sistema, utilizzando le nuove misure di messa alla prova possibilmente attraverso finanziamenti specifici.

I servizi offerti dagli enti accreditati sono destinati all'utente e alla rete sociale in cui la persona è inserita. Questo significa che l'intervento nella sua globalità si differenzia in quattro macro aree come indicato anche dagli indirizzi europei: Riduzione del danno e riduzione dei rischi, Prevenzione, Cura/Riabilitazione e Reinserimento Socio Lavorativo, aspetti che sono sanitari ma anche culturali e sociali.

Il passaggio da Enti Ausiliari ad Enti Accreditati ha fatto in modo che fosse data una maggiore definizione delle prestazioni rese, garantendo qualità e dignità all'intervento, ma non possiamo correre il rischio di veder ridotto il ruolo degli Enti Accreditati a meri fornitori di prestazioni.

La deriva "prestazionale" che purtroppo sta ormai prendendo piede in modo deciso in tutto il contesto sanitario nazionale, non consente infatti di fornire risposte adeguate per problemi ad altissimo indice di complessità, come le dipendenze patologiche, che presentano caratteristiche affrontabili solo attraverso interventi di sistema con approccio multidisciplinare e multidimensionale.

Da sempre il fondo nazionale per la lotta alla droga di cui all'art. 127 del dpr 309/90 ha contribuito a sperimentare nuovi approcci riabilitativi, a supportare i percorsi di inclusione sociale a progettare interventi territoriali di prevenzione. Come è ampiamente noto a seguito della istituzione del Fondo Unico per le politiche sociali di cui alla L.328/00, questi fondi sono stati accorpati a quelli destinati alle politiche sociali facendo venir meno le risorse per gli aspetti peculiari delle dipendenze sopra richiamati. Diventa pertanto essenziale il rifinanziamento del fondo finalizzato agli interventi già previsti nel suddetto art. 127 con una conseguente ed adeguata programmazione dell'uso di tali risorse che veda il coinvolgimento degli attori del sistema, ed in particolare dei servizi pubblici e del privato accreditato, che negli anni hanno sviluppato competenze e capacità che vanno valorizzate ed implementate.

In sintesi è opportuno ribadire le proposte che ormai da diversi anni le principali reti di rappresentanza del settore delle dipendenze hanno formulato, ma che ad oggi sono ancora rimaste inascoltate:

- Istituzione di un tavolo di confronto e concertazione tra Dipartimento Nazionale Antidroga, Tavolo delle Regioni, e realtà maggiormente rappresentative delle organizzazioni che si occupano di dipendenze in Italia (INTERCEAR, FICT e CNCA) per garantire un confronto ed un

approfondimento strutturato e teso a rendere maggiormente omogeneo il sistema dei Servizi pur tenendo conto delle necessarie differenze territoriali e Regionali;

- Definizione di criteri omogenei per il calcolo delle tariffe per ogni tipologia di servizio
- Destinare l'1.5 % del bilancio sanitario di ogni Regione Italiana al Sistema dei Servizi delle dipendenze.
- Ripristinare il fondo della legge 309\90 garantendo una programmazione partecipata per l'utilizzo delle risorse
- Definire un sistema di monitoraggio da parte del Dipartimento Nazionale Antidroga sulle spese destinate dalle regioni alle dipendenze
- Definire un monitoraggio Regionale sulle spese destinate dalle Aziende Sanitarie alle dipendenze
- Definizione di percorsi condivisi tra Stato, regioni, ed Enti nazionali di rappresentanza per la definizione dei criteri di indirizzo e applicazione dei nuovi LEA previsti nelle dipendenze (sui temi del gioco d'azzardo e sulla riduzione del danno) come previsto dal fondo sanitario del 2016.

per CNCA	Riccardo De Facci
per FICT	Luciano Squillaci
per INTERCEAR	Umberto Paoletti

"Argomenti di etica del rapporto fiduciario fra curante e persone in condizioni di limitazioni della libertà personale. Le certificazioni medico-legali".

Autori:

- Sandro Libianchi, Presidente Coordinamento Nazionale Operatori per la Salute nelle Carceri Italiane - Co.N.O.S.C.I. onlus (per l'introduzione e la parte A)
- Grazia Zuffa, Forum Droghe, componente del Comitato Nazionale di Bioetica (per la parte B)
- Ornella Vagnozzi, Coordinamento Nazionale Operatori per la Salute nelle Carceri Italiane - Co.N.O.S.C.I. onlus (per la parte E)
- Marco Bruci, con l'aiuto del gruppo degli utenti della comunità, che però vogliono rimanere nell'anonimato. Comunità Terapeutica Semiresidenziale per Tossicodipendenti "La Tenda" sede: Via Del Frantoio 58, Roma (per la parte F)
- Silvana Magnani Responsabile Attività Terapeutiche, Cooperate Soc. Coop. Sociale Onlus - Ente Gestore Progetto Terapeutico 'Fratello Sole'. S. Severa/S. Marinella - RM (per la parte F)

Introduzione

Il rapporto fiduciario tra curante e paziente detenuto o in limitazioni della libertà personale è iscrivibile nel quadro di una relazione inusuale rispetto alla popolazione generale e connotata da alcuni aspetti di peculiare difficoltà, soprattutto legati alle varie certificazioni che possono rappresentare motivo di scarcerazione o di altri procedimenti.

Numerose sono le occasioni in cui al curante (principalmente medico) è richiesto di esprimere pareri e produrre certificazioni sulle condizioni di salute di una persona che ha richiesto misure alternative alla carcerazione per motivi di salute (incompatibilità, differimento, rinvio esecuzione penale-artt. 146 e 147 C.P., affidamento per tossicodipendenti/consumatori, ecc.). La problematica è ben nota in ambito penitenziario e a tale proposito basti pensare all'importanza del dato anamnestico molto spesso non certificato o rilevabile o ancora alla descrizione di una sintomatologia dolorosa, non obiettivabile.

Diverse sono le competenze specifiche in questo tipo di percorsi e altrettante sono le professionalità coinvolte, che raramente riescono a lavorare sinergicamente verso un esito certificatorio condiviso o almeno congiunto. Di qui la difficoltà di una risposta istituzionale che, tenendo conto di questi aspetti, riesca a produrre pareri di certezza, diagnosi circostanziate o programmi terapeutici anche con valutazione di esito e follow up. I principali attori che giocano un ruolo in questo delicato rapporto sono rappresentati dal medico, dallo psicologo, dall'autorità giudiziaria procedente, dal garante dei diritti delle persone detenute e dal difensore, dalla comunità terapeutica e, naturalmente, dai pazienti.

A. Il medico e la deontologia professionale.

Ogni certificazione riguardante aspetti dello stato di salute della persona, inevitabilmente, vede quale sua parte centrale le competenze mediche, sebbene sarebbe erroneo considerare queste le uniche necessarie e sufficienti. La visione olistica dell'intervento sanitario sulla persona deve prescindere da una valutazione congiunta di tutti gli aspetti a essa connessi superando i protagonismi specialistici e le frequenti controversie interprofessionali che non raramente trasformano la discussione in vere e proprie arene conflittuali. Talora il conflitto coinvolge anche le autorità penitenziarie per la natura stessa di queste istituzioni intrinsecamente coercitive che, per motivi di sicurezza, devono esercitare un controllo pressoché totale sulla vita dei loro residenti e le attività all'interno delle carceri.

Il rapporto che si istaura in carcere tra una professionalità sanitaria e una persona detenuta risente di talune specificità sconosciute in altri contesti che non risentono della limitazione delle libertà personali e sono tali da configurare uno specifico assetto relazionale. Le peculiarità dello stato di detenzione sono diverse e devono essere aggiunte alle usuali esigenze cliniche delle procedure mediche. In particolare viene sempre più spesso sottolineata l'esigenza di superare le difficoltà legate all'istaurare un *rapporto fiduciario* con il medico che storicamente è sempre stato percepito come un 'prolungamento' del potere di controllo della direzione del carcere, almeno fino all'emanazione del DPCM 1/4/2008 che ne ha trasferito i rapporti gerarchici nell'ambito del SSN. Purtroppo però, ancora oggi permane la competenza del medico in seno i consigli di disciplina dell'istituto (art. 39, Legge 26 luglio 1975 n. 354), anche se è di tutela nei riguardi della possibilità del detenuto di poter sopportare la pena irrogata. Anche l'art. 41 (Impiego della forza fisica e uso dei mezzi di coercizione) prevede la partecipazione del sanitario nelle situazioni in cui si rende necessario "...per vincere la resistenza, anche passiva, all'esecuzione degli ordini impartiti.". Spesso si pone anche il problema del *diritto a non essere curato* che avviene sia nel corso degli scioperi della fame o della terapia, in cui il medico è diviso tra il garantire comunque la sopravvivenza o l'incolumità del detenuto affidato allo Stato ed il dover/poter compiere manovre di alimentazione forzata.

Le difficoltà trattamentali e disciplinari nei confronti del comportamento di alcuni detenuti sono talora la base di *richieste improprie di somministrazione di farmaci psicotropi* da parte del sistema carcerario ma che non rientrano nei normali canoni prescrittivi e sono finalizzati al tentativo di contenere atteggiamenti inadeguati.

Motivazioni di sicurezza sono invocate nella mancata *comunicazione dei tempi e dei luoghi di cura* e della loro gestione senza la condivisione da parte dell'interessato. A tale proposito sono state segnalate evasioni da strutture sanitarie esterne al carcere dopo che il detenuto era venuto a conoscenza del luogo e del giorno di visita.

Un altro diritto fondamentale che è negato alla persona con limitazioni della libertà personale o detenuta o internata in Ospedali Psichiatrici Giudiziari o nelle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (R.E.M.S.) è rappresentato dalla scarsa o nulla possibilità di *scelta del curante*, benché permanga quella di chiedere un consulto ad un medico personale esterno alla strutture con spese a proprio carico. Appare evidente quanto limitato sia l'accesso a questa opzione, sia per i costi, sia per la frequente mancata condivisione terapeutica (o diagnostica) da parte dei medici operanti in istituto nei riguardi delle prescrizioni di un medico esterno al sistema sanitario locale. La mancata possibilità di scelta del curante favorisce strategie di manipolazione del sintomo e dei dati anamnestici, finalizzate in maniera strumentale all'ottenimento di vantaggi.

Un altro tema molto controverso in carcere è il capitolo del rispetto delle *regole di riservatezza* e sulla *gestione dei dati sanitari* che anche in questo caso risentono dell'applicazione di regolamentazioni specifiche e di contesto. Infatti in carcere l'accesso ai dati sensibili sarebbe riservato ai soli sanitari, sia pur con le limitazione imposte dalla legge sulla privacy. Purtroppo ancora risultano irrisolti alcuni aspetti che possono pregiudicare questo rispetto, come il fatto che il 'diario clinico' è ancora considerato un elemento del fascicolo personale del detenuto e pertanto da conservare o gestire congiuntamente alla Polizia penitenziaria, od anche per il solo fatto che tutti coloro che operano in carcere sono tenuti alla riservatezza, realizza la condizione che tutti, quindi, possono essere a conoscenza dei dati sensibili sanitari. Per ciò che attiene al *segreto professionale* il medico in carcere è chiamato a gestire le situazioni precritiche che possono creare un danno al detenuto stesso od ad altri, come ad esempio nell'ideazione di agiti autolesionistici o eterodiretti. In tali casi va chiarito con il paziente e con estrema franchezza, che il proprio compito è la tutela della salute e dell'integrità dell'intera comunità, oltre che del singolo.

In ogni caso, le certificazioni mediche richieste ai curanti delle persone con limitazioni delle libertà personali sono molteplici ed a diversa valenza. Oltre agli artt. sopra citati (146, 147 e 148 C.P.) numerosi sono anche altri che prevedono specifiche misure soprattutto nell'ambito della patologia psichiatrica (206, 212, 215 C.P.; art. 70, 73, 275, 276, 286, 299 C.P.P.) ed altri ancora. In