

particolare l'art. 146 prevede espressamente che gli accertamenti redatti siano "...secondo le certificazioni del servizio sanitario penitenziario...". Pertanto appare chiaro che può accadere che un medico sia coinvolto nei percorsi penitenziari della persona detenuta e contemporaneamente esserne il curante, attraverso relazioni dello stato di salute attuale, dove viene regolarmente richiesto un giudizio sulla compatibilità del soggetto con il regime carcerario. Appare intuibile quindi, quante possono essere le pressioni negative o positive che possono essere esercitate sul curante nella sua quotidianità professionale e quanto difficile possa essere il mantenere un giusto equilibrio tra queste diverse istanze.

Le valutazioni medico-legali a cui il medico è tenuto devono fornire all'autorità giudiziaria precedente tutti gli elementi necessari in termini di diagnosi, prognosi, terapia attuale e successiva e se tutto ciò sia realizzabile in ambiente carcerario o meno, bilanciando istanze di salute ed istanze di sicurezza sociale.

Ma esistono anche altre situazioni critiche che è necessario menzionare, come il sospetto dell'assunzione di sostanze stupefacenti in carcere su segnalazione della Polizia Penitenziaria ed il suo accertamento clinico e laboratoristico. Un' accettazione incondizionata di tutte queste segnalazioni modificherebbe la funzione stessa del medico in quella di un consulente tecnico, ma senza mandato del magistrato per poi far decadere ogni rapporto fiduciario con il paziente.

La massima attenzione dovrà anche essere posta su alcuni gruppi particolarmente vulnerabili, quali i minorenni, gli stranieri specie se con problemi linguistici e le donne. Una apparente contraddizione nell'ambito di tutte queste situazioni di scarsa tutela della privacy ci viene dal DPR 309/90 (Testo unico sugli stupefacenti) che all'art. 120 comma 7 recita: "...gli operatori del servizio pubblico per le dipendenze...non possono essere obbligati a deporre per quanto hanno conosciuto in ragione della propria professione né davanti all'autorità giudiziaria né davanti ad altra autorità."

Un utile riferimento potrebbe essere rappresentato dai codici di deontologia professionale del medico, dell'assistente sociale, dell'infermiere e dello psicologo, ma purtroppo sebbene vi siano riferimenti riguardo gli aspetti citati, nessuno o quasi è direttamente riferito alle condizioni di detenzione o riduzione delle libertà personali. Nella prospettiva di riduzione del contenzioso e della massima tutela del rapporto medico-paziente, viene sostenuta l'ipotesi di un codice etico-deontologico delle professioni sanitarie operanti in tali contesti e l'ottimizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici attraverso procedure standardizzate e condivise.

B. Il dibattito bioetico.

Nel settembre 2013, il Comitato Nazionale per la Bioetica ha votato all'unanimità un parere intitolato la "Salute dentro le mura", concernente le problematiche etiche delle persone in stato di restrizione della libertà. Il parere affronta la questione della parità /parità di opportunità di trattamento fra persone libere e detenute, affrontando anche aspetti etici specifici dell'attività professionale di assistenza sanitaria in carcere. In generale, il CNB segnala come alcuni diritti riconosciuti ai liberi siano spesso negati ai detenuti: ad esempio il diritto alla scelta del medico di base. Osserva infatti il CNB che questa facoltà, "*comunemente esercitata dal cittadino libero, spesso non esiste per i detenuti poiché questi sono obbligati a rivolgersi al medico di reparto; oppure la visita da parte del proprio medico viene intesa come una concessione una tantum*". Si osservi che il criterio della libertà di scelta del paziente è in stretto rapporto con la salvaguardia del rapporto fiduciario e confidenziale paziente-medico: come tale, il problema va molto oltre il livello della medicina di base e investe più in generale la relazione fra il paziente e la paziente e il personale che svolge prestazioni sanitarie a qualsiasi livello. Se la qualità fiduciaria nella relazione di cura è importante per tutti e tutte le pazienti, è ancora più cruciale per le persone private della libertà: non solo per la loro particolare vulnerabilità, ma anche perché le condizioni di salute dei

detenuti entrano spesso in gioco nella determinazione di misure giudiziarie e carcerarie, in certi casi a favore, in altri a svantaggio delle persone detenute. E' il caso delle persone tossicodipendenti in carcere: l'accertamento sanitario dello stato di dipendenza configura infatti la possibilità di accesso a misure alternative speciali.

Gli interrogativi etici che la tossicodipendenza in carcere solleva sono molteplici:

1) in primo luogo, potremmo chiederci se e come sia rispettato il diritto della persona alla scelta del terapeuta nel campo della dipendenza durante il periodo di restrizione della libertà. E se e quanto sia considerata importante la qualità fiduciaria e confidenziale della relazione di cura per questo particolare gruppo di persone. Si pensi ad esempio a come sono spesso stabiliti i programmi per le persone dipendenti, seguendo procedure di coinvolgimento dei vari servizi che hanno avuto in precedenza in carico la persona. Sono procedure del tutto legittime, ma spesso non è chiaro il prerequisito di base: quanto è tenuto in considerazione il diritto di scelta sul personale e di interlocuzione/negoziazione della persona detenuta sul programma predisposto dal servizio?

2) Ancora più complesso il caso in cui l'accertamento delle condizioni di dipendenza abbia ripercussioni sull'accesso o meno a misure alternative. Come si salvaguarda il rapporto paziente-medico quando quest'ultimo è chiamato ad assumere un ruolo diverso da quello terapeutico, cioè di giudizio sulle condizioni del paziente? Il dilemma etico sta infatti nel potenziale conflitto fra il ruolo di "giudice" e il carattere fiduciario della relazione terapeutica.

Lo stesso parere del Comitato Nazionale di Bioetica, sulla scia delle indicazioni internazionali della OMS, offre importanti spunti di riflessione. Si lamenta infatti *"che i medici siano spesso chiamati a svolgere due ruoli assai diversi: quello proprio del terapeuta, e quello di esperto cui si chiede di giudicare le condizioni di salute del detenuto, in relazione a provvedimenti che deve prendere l'autorità giudiziaria o carceraria (vedi differimento pena per incompatibilità col carcere o rilascio anticipato per condizioni di salute)"*¹. E' evidente che l'accertamento dello stato di dipendenza finalizzato all'accesso alle misure alternative rientra nella casistica suddetta. Prosegue il documento: *"Sarebbe invece opportuno che questo giudizio fosse lasciato a un medico diverso, per evitare di ledere il rapporto medico paziente"*.

Chiara è anche l'indicazione circa i doveri del medico chiamato a giudicare le condizioni del detenuto in rapporto a sanzioni disciplinari: *sempre in nome del principio etico secondo cui il medico è chiamato a perseguire il benessere del paziente, il CNB raccomanda ai medici di non prestarsi in nessun caso a certificare che un detenuto sia in grado di sostenere l'isolamento o qualsiasi altra forma di punizione.*

Tra la logica sanitaria e la logica giudiziaria: la classificazione dei detenuti in "assuntori" e "dipendenti"

Per il personale sanitario, per i medici in particolare, il conflitto fra i due ruoli, di terapeuta da un lato e di esperto chiamato a giudicare le condizioni di salute in relazione a provvedimenti giudiziari dall'altro, si è acuito da quando, nel 2011, il Dipartimento Nazionale Antidroga (a seguito del passaggio della sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale nel 2008) ha promosso una nuova classificazione dei detenuti assuntori di sostanze stupefacenti, dando indicazioni in questo senso alle Regioni e, tramite loro, ai Ser.T.

Le linee d'indirizzo predisposte dal Dipartimento Antidroga prevedono l'utilizzazione di un preciso strumento diagnostico (ICD IX) per "uniformare" le procedure in nome della "scientificità" delle stesse. Sulla base di queste indicazioni, il personale sanitario è tenuto a classificare i detenuti in due categorie: assuntori di sostanze psicotrope e dipendenti. Tramite la rilevazione dei Ser.T. e delle Regioni, queste categorie costituiscono la griglia anche per il computo dei detenuti tossicodipendenti presenti in carcere, destinata alla Relazione Nazionale annuale sulle droghe.

¹ WHO Regional Office for Europe (2007), *Health in prisons*, pp.33 sgg.

Come già denunciato dai ‘Libri Bianchi’ sulla normativa antidroga nelle varie edizioni dal 2011 in poi, tale standardizzazione si presta a numerose critiche². In breve: essa risulta ingiustamente invasiva dell’autonomia professionale degli operatori, che peraltro sono titolari della certificazione della dipendenza, di cui rispondono anche penalmente. Ed è evidente che non può valere solo la diagnosi qui e ora, ma anche la storia della persona: oltre tutto, trattandosi di strumenti di valutazione di “comportamenti” in relazione all’uso delle sostanze, la loro validità in situazioni “anomale” di costrizione come quelle del carcere non è paragonabile alle situazioni di “normalità” di vita.

Dal nostro punto di vista, come accennato, la questione cruciale riguarda la finalità delle linee guida, che non appaiono destinate a migliorare la diagnosi per finalità terapeutiche, quanto a “classificare” i detenuti, facendo una prima cernita fra soggetti abilitati ad accedere a misure alternative terapeutiche e soggetti non abilitati.

Non può sfuggire che tutto ciò pone l’operatore delle dipendenze in carcere in una doppia situazione di conflitto: di ruolo da un lato (di terapeuta e di “esperto” chiamato a “giudicare” le condizioni di salute, come già detto); ma anche di funzione, poiché in tal modo l’operatore abbandona la funzione (sua propria) di cura per assumere direttamente quella di controllo.

Se si trattasse di affinare gli strumenti diagnostico-terapeutici, non ci sarebbe bisogno di standardizzare le procedure: anzi, meglio sarebbe mettere in campo una pluralità di strumenti, assecondando l’autonomia professionale degli operatori e la loro capacità di “individualizzazione” dei percorsi terapeutici. Dunque, è evidente che la cosiddetta uniformazione diagnostica ha il solo scopo di stabilire una categorizzazione al fine di incidere sull’accesso alle misure alternative.

Va infine ribadito che la distinzione fra “consumatori” e “dipendenti” assume carattere completamente diverso a seconda che la si esamini in ambito esclusivamente clinico, oppure nel contesto penale giudiziario. Nell’intenzione del legislatore che negli anni novanta promosse le misure terapeutiche speciali per tossicodipendenti, queste avevano lo scopo precipuo di “alleggerire” l’impatto punitivo, estremamente elevato, della normativa di proibizione (si ricordi che dopo l’intervento della Corte Costituzionale che ha abrogato le norme principali della revisione del 2006, siamo appunto tornati alla legge del 1990). Risulta perciò ingiusto e paradossale che da un lato si sia inasprita la repressione in nome del pericolo-droga; dall’altro, si vogliano trovare strumenti per negare ai semplici “consumatori” l’accesso alle alternative terapeutiche, con la motivazione che “non hanno bisogno di terapia”. Finché il modello terapeutico-correzionale della legge antidroga del 90 resterà in vigore (e le alternative terapeutiche rimarranno la sola possibilità per far uscire i consumatori di sostanze illegali dal carcere), appare iniquo avvalersi, oltretutto impropriamente, del “pilastro terapeutico” per rinforzare il pilastro correzionale.

E’ ora che queste problematiche etiche siano affrontate e discusse apertamente, coinvolgendo non solo gli operatori ma tutti gli stakeholders nel campo delle droghe.

² I Libri Bianchi sulla normativa antidroga, promossi dalle associazioni Forum Droghe, Società della Ragione, Antigone, CNCA con l’adesione di altre ONG, sono giunti alla Sesta Edizione nel 2015. Essi sono uno strumento di monitoraggio e valutazione della normativa antidroga, basato sui dati ufficiali delle varie amministrazioni dello Stato.

<http://www.societadellaragione.it/sezione/ricerche-e-studi/libro-bianco-sulla-legge-fini-giovanardi/>

C. L'integrazione socio-sanitarie e le reti locali.

Il tema della formalizzazione certificatoria da parte dei professionisti delle ASL (Ser.T.) risulta ancora abbastanza 'orfano' in quanto solo pochissime Regioni hanno dettato regole in tal senso, anche nella prospettiva di standardizzare la documentazione prodotta ed eventualmente condivisa con l'amministrazione della giustizia. La Regione Lazio, con delibera della giunta regionale del 7 aprile 2008 n. 230. (*"Approvazione Manuale operativo per i professionisti dei Ser.T. addetti all'assistenza sanitaria ai detenuti tossicodipendenti"*) prevede modalità operative e/o procedure finalizzate all'azione certificatoria, soprattutto per ciò che attiene alla certificazione di tossicodipendenza, valide per tutti i professionisti che operano all'interno dei servizi delle dipendenze e che si occupano di detenuti,

Dal punto di vista dell'Assistente Sociale nel citato manuale vengono stabilite azioni e linee di indirizzo che definiscono i percorsi professionali per una valutazione sociale e a quali principi ispiratori fa riferimento. Nell'esercizio delle proprie funzioni l'Assistente Sociale Professionista fa riferimento al codice deontologico approvato dal Consiglio nazionale dell'ordine il 1 settembre 2009. Il Titolo II che detta i principi generali della professione, descrive "la professione si fonda sul valore della persona, sulla dignità e sulla unicità di tutte le persone, sul rispetto dei loro diritti, libertà, uguaglianza, socialità, solidarietà; l'esercizio della professione si basa su fondamenti etici e scientifici, sull'autonomia tecnico-professionale, sull'indipendenza di giudizio e sulla scienza e coscienza dell'Assistente Sociale...". Al titolo III si affronta la Responsabilità dell'Assistente Sociale deve impegnare la propria competenza professionale per promuovere l'auto-determinazione degli utenti e dei clienti quali soggetti attivi del progetto di aiuto, favorendo il rapporto fiduciario, in un costante processo di valutazione. Al capo I "nella relazione di aiuto l'Assistente Sociale ha il dovere di dare, tenendo conto delle caratteristiche culturali e delle capacità di discernimento degli interessati, la più ampia informazione sui loro diritti, sui vantaggi, svantaggi, impegni, risorse, programmi e strumenti di intervento professionale, per il quale deve ricevere esplicito consenso, salvo disposizioni legislative e amministrative. L'Assistente Sociale, nel rispetto della normativa vigente e nell'ambito della propria attività professionale, deve agevolare gli utenti ed i clienti, o i loro legali rappresentanti, nell'accesso alla documentazione che li riguarda, avendo cura che vengano protette le informazioni di terzi." Al capo III si affronta la Riservatezza e il segreto professionale che costituisce il diritto primario dell'utente e del cliente e dovere dell'Assistente Sociale, nei limiti della normativa vigente. Aspetto importante e fondamentale che entra nell'oggetto del tema etico è la natura fiduciaria della relazione con utenti obbligando l'assistente sociale a trattare con riservatezza le informazioni e i dati riguardanti gli stessi, per il cui uso o trasmissione, nel loro esclusivo interesse, deve ricevere esplicito interesse e autorizzazione. L'assistente sociale deve adoperarsi nei diversi livelli e nelle diverse forme dell'esercizio professionale per far conoscere e sostenere i valori e i contenuti scientifici e metodologici della professione, nonché i suoi riferimenti etici e deontologici. Inoltre in tale ottica concorre al superamento di una politica delle prestazioni (assistenzialismo) a favore di un protagonismo dell'utenza che sia partecipe e consapevole (restituzione sociale e diritti/doveri di cittadinanza. A tale proposito l'offerta di garanzia di informazioni sui percorsi terapeutici possibili e quelli che sono i diritti previsti dalle normative vigenti sono elementi fondamentali che caratterizzano l'intervento sociale mettendo l'utente /cittadino al Centro dell'agire professionale. Quindi il riferimento dell'azione professionale sono, la persona il territorio e le risorse, le reti le sue interconnessioni per una costruzione di una "Comunità Competente".

Detto ciò corre l'obbligo soffermarsi sul concetto di 'metodo' laddove questo indichi il procedimento logico ordinato e sequenziale che va a caratterizzare il metodo scientifico del servizio sociale un procedimento d'indagine ordinato, ripetibile ed autocorreggibile, che garantisce il conseguimento di risultati validi, attraverso:

una conoscenza ed analisi della situazione;

- la formulazione degli obiettivi e delle ipotesi operative;

- la realizzazione dello intervento;
- la valutazione e verifica sia in termini di risultati raggiunti, sia del percorso compiuto.

Il Servizio Sociale professionale, opera pertanto secondo un metodo scientifico dato dal fatto che il “fare” è “pensato” sulla base di teorie di riferimento. Quindi conoscere, progettare/agire, valutare operando in una logica di avanzamenti e ritorno, di verifica e valutazione, per progettare o riprogrammare nuovi processi.

Pertanto cosa orienta l'assistente sociale nella “valutazione”? L'applicazione di una Metodologia e l'avvalersi di un'Etica intesa come un insieme di valori, Norme ed Ideali riconosciute come valide in un dato momento storico, in determinato contesto sociale.

Appare quindi sempre più importante far convergere un percorso di cura e/o programma socio-riabilitativo per le persone in limitazione della propria libertà con un percorso giudiziario mettendo ogni operatore di fronte al dilemma “fare la cosa giusta” e l'Assistente Sociale rimane l'interlocutore istituzionale, ossia colui/colei che filtra e facilita il contatto tra cittadino e l'istituzione stessa, configurandosi come “Previsore Sociale” dell'integrazione socio-sanitaria nella rete dei servizi.

D. Il punto di vista di una comunità terapeutica.

Trattare il tema del rapporto fiduciario in carcere e nelle situazioni di limitazione delle libertà personali, ivi inclusa la comunità terapeutica, è un argomento delicato e difficile e ciò diventa evidente appena nel gruppo, non previsto nella solita scansione della vita comunitaria, viene introdotto il tema. Subito gli sguardi cambiano e dalla tranquillità e curiosità si passa ad un nervosismo diffuso. E' difficile parlarne sia per i nuovi arrivati sia per quelli che sono in programma da più tempo, in tutti gli utenti scatta, anche se con forza diversa, un senso di diffidenza.

E' una diffidenza comprensibile, nasce dalla differenza di ruoli, di potere e di posta in gioco. L'utente sa di aver bisogno del curante per affrontare e trovare soluzioni ai propri problemi di salute (psichica, fisica...), al tempo stesso sa che il potere decisionale sulla propria libertà è un po' nelle proprie mani, ma soprattutto è in quelle del curante...quanto si può affidare la propria libertà a qualcun'altro?

Nella discussione emergono dei temi comuni, uno dei più chiari è il senso di impotenza. Un'impotenza dettata non solo dal trovarsi in una struttura costrittiva che limita più o meno intensamente la libertà personale, ma anche dal dover rispettare e soddisfare delle richieste implicite ed esplicite fatte dalla figura professionale curante. E' l'impotenza di non poter essere quello che realmente si è, di non poter essere fino in fondo fedeli a se stessi nemmeno con la persona che per ruolo dovrebbe essere lì proprio per aiutarli in un percorso di autenticità, di cura e di crescita.

Il sentire che la propria libertà o che il proprio miglioramento della condizione di vita dipende dalla valutazione di un'altra persona (medico, psicologo, assistente sociale...) toglie potere personale ed a volte un modo, per ritrovare un po' di potere, è quello di entrare nella sfida di aggirare e manipolare, mostrandosi diversi da quello che si è pur di poter raggiungere i propri obiettivi.

Naturalmente questo diventa ancora più forte, frustrante e significativo quando la persona ha un reale bisogno e fa un'autentica richiesta di aiuto.

Il doppio ruolo (di “cura e valutazione”) rivestito dal curante limita molto la possibilità di condividere alcuni problemi in quanto vengono ritenuti potenzialmente rischiosi (ad esempio comunicare una ricaduta può comportare l'interruzione del programma comunitario e quindi il rientro in carcere...); creare un'autentica alleanza sembra essere molto difficile, l'utente necessita tempo per conoscere, testare e affidarsi alla persona. Spesso si chiede se veramente possa condividere anche quegli aspetti che sente poco accettabili o devianti dalla “normalità”.

L'alleanza sembra più possibile in quelle strutture meno costrittive e con regole meno rigide, dove la limitazione della libertà personale è meno significativa. Quindi sembra che più aumenta la restrizione e la rigidità delle regole della struttura (carcere, comunità..) e più aumenta la difficoltà di affidarsi, di stare in un reale rapporto di cura e di cambiamento.

Viene riportato anche il sentire di subire un sorta di abuso, in quanto non c'è la reale possibilità di scegliere il proprio curante o di entrarci in conflitto o di dissentire e criticare, ma bisogna comunque accettarlo e aderire alle sue aspettative.

Questo, anche se c'è riluttanza nell'ammetterlo, crea un senso di umiliazione e una perdita di autostima. Per alcuni un modo di reagire è rappresentato dallo stringere una comunanza con le altre persone detenute od in trattamento comunitario, andando ad opporsi alle figure istituzionali, creando così "un noi ed un voi" che va a minare e a volte ad impedire la possibilità di creare un rapporto di fiducia.

L'unico aspetto positivo riportato è che questa differenza di potere costringe, per paura delle conseguenze, la persona in trattamento a moderare e regolare alcuni propri comportamenti e la porta a trovare, sperimentare e far proprie nuove modalità spesso più adattive, meno distruttive e più efficaci. Anche se tale apprendimento sarebbe più efficace e rispettoso se avvenisse tramite un processo di condivisione, elaborazione ed introiezione e non solo per paura di una successiva punizione.

Anche se il problema delle Certificazione di tossicodipendenza non riguarda nello specifico la Comunità terapeutica in quanto servizio di secondo livello cui sono inviate persone che ne sono già in possesso, problemi etici e trattamentali sono spesso presenti nella gestione di soggetti detenuti in pena alternativa.

Problematiche emergenti nelle comunità Terapeutiche riguardano principalmente il problema della volontarietà della cura.

La comunità terapeutica è andata assumendo, nel tempo, una posizione sempre più di primo piano anche nel sistema sanzionatorio penale. Se in principio la sua incidenza era del tutto marginale, essendo chiamata in causa solo per consentire all'imputato tossicodipendente l'espiazione della misura cautelare degli arresti domiciliari ai sensi della L. n. 532/1982 (poi integrata dalla l. n. 398/84), a partire dal 1985 è invece sensibilmente aumentata grazie all'introduzione della misura alternativa alla detenzione dell'affidamento in prova in casi particolari.

Le comunità terapeutiche sono state così proposte in maniera sempre più esplicita dal legislatore come alternativa ideale alla detenzione per i tossicodipendenti incorsi in condanne penali, a conferma del fatto che anche nel nostro ordinamento giuridico ha trovato accoglimento la logica del "trattamento in vece di pena", già diffusa da tempo in altri paesi europei ed anglosassoni.

Nel condividere a pieno l'idea che la tossicodipendenza rappresenti prevalentemente la sintomatologia di una condizione di disagio mentale che necessita un trattamento, rimangono vivi alcuni dati di fatto su cui discutere.

Processo di individuazione e di valutazione delle reali motivazioni di richiesta di accesso alla Comunità Terapeutica. Soggetti con scarsa motivazione o con richieste di tipo più manipolativo percepiscono il trattamento riabilitativo in modo estremamente riduttivo, guardando solo all'aspetto della comunità come alternativa al carcere. Inoltre, il lavoro degli operatori sanitari è reso ancor più complesso dal fatto che il residente/condannato vive il proprio percorso terapeutico in un'ottica coercitiva apparendogli questo come una mera 'proiezione' della pena detentiva da scontare.

Soggetti con scarsa motivazione o con richieste di tipo più manipolativo finiscono con il preferire il rientro in carcere o con l'essere allontanati dalla comunità per il mancato rispetto del programma terapeutico o delle regole comunitarie. In tale circostanza, tuttavia, non è possibile, trattandosi di residenti/condannati e non di residenti/volontari, concedere l'allontanamento o disporre l'espulsione senza il previo intervento dei servizi sociali e di un provvedimento dell'autorità giudiziaria competente. Potrebbe, quindi, restare in comunità per un certo lasso di tempo un soggetto assolutamente demotivato, non intenzionato a proseguire le attività terapeutiche, con conseguenti

problematiche di sicurezza per l'intera struttura e disturbo per i programmi terapeutici degli altri ospiti.

L'incompatibilità con il carcere. La dichiarata e certificata incompatibilità con il carcere in soggetti con scarsa o assente motivazione al trattamento, comporta per le CT una situazione critica perché esita nella difficoltà da parte dell'autorità giudiziaria di ricollocare il detenuto in carcere o in altra struttura. La complessità di attori coinvolti nel processo decisionale (il magistrato che deve prendere la decisione, il Ser.T. che eventualmente deve trovare un'altra collocazione, la disponibilità di un altro centro terapeutico) ha comportato nella nostra esperienza che i tempi di permanenza di una persona che, contemporaneamente, ha fatto richiesta di essere tolto dalla Comunità e ha ricevuto parere negativo da parte dell'Autorità Giudiziaria, è arrivata fino a tre mesi con conseguenze gravi all'interno dell'istituzione.

Valutazione psichiatrica e scelta della Comunità Terapeutica. La carenza di un'adeguata valutazione psichiatrica precedente all'inserimento del paziente in pena alternativa alla detenzione, ha comportato a volte la scelta di una Comunità non idonea al trattamento di situazioni di comorbilità. Di nuovo in questo caso i lunghi tempi di attesa nel prendere decisioni, riferite al successivo destino del paziente in misura alternativa, ha comportato disagio per la Comunità e per il paziente stesso.

Ruolo della Comunità Terapeutica. Nel dare la disponibilità ad accogliere pazienti in misura alternativa la CT presenta un programma terapeutico che l'autorità giudiziaria valuta nella sua idoneità. I programmi terapeutici prevedono oltre attività Psicoterapeutiche o Educative, attività di riabilitazione culturali e sociale da svolgersi a volte anche esternamente (ma sempre con la sorveglianza degli operatori della Comunità Terapeutica). Maggiore attenzione dovrebbe essere data a questo aspetto. Il programma comunitario ha un suo valore nell'aggregazione di tutti gli spazi come aree di sperimentazione e crescita. L'Autorità competente spesso vieta alcune attività, in particolare quelle che si svolgono esternamente alle mura della Comunità. Se prima esisteva in tal senso una differenza nella libertà di gestione fra chi era in arresti domiciliari e chi in affidamento, allo stato attuale non c'è alcuna differenza.

Bibliografia Essenziale

1. J. Pont, (2006) "Medical ethics in prisons: Rules, standards and challenges", International Journal of Prisoner Health, Vol. 2 Iss: 4, pp.259 – 267.
2. J. Pont, H. Stöver, H. Wolff, "Dual Loyalty in Prison Health Care", Health Policy and Ethics, pp. 475-480.
3. Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli odontoiatri: "Codice di Deontologia Medica". 18 Maggio 2014.
4. Codice deontologico dell'Assistente Sociale; 17 luglio 2009.
5. Costituzione della Repubblica Italiana.
6. Risoluzione 37/194 dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 18 dicembre 1982.
7. J. L. Metzner, J. Fellner, "Solitary Confinement and Mental Illness in U.S. Prisons: A Challenge for Medical Ethics", J. Am. Acad. Psychiatry Law 38:104–8, 2010.
8. T. Karni, "Striking Inmates and Detainees and Medical Ethics", IMAJ. Vol. 17, march 2015, pp. 179-181.
9. M. R. Battaglin, S. Tolio "L'autodeterminazione del paziente in stato di detenzione carceraria: profili etici del rifiuto delle cure", Rassegna penitenziaria e criminologica – n. 1-2015, pp. 59-92.
10. L. E. Rich., M. A. Ashby, "Crime and Punishment, Rehabilitation or Revenge: Bioethics for Prisoners?", Bioethical Inquiry (2014) 11:269–274.
11. Comitato Nazionale di Bioetica, Presidenza del Consiglio di Ministri "La salute dentro le mura" 27 settembre 2013.
12. European Committee on Crime Problems (CDPC), "Code of ethics for prison staff", Strasbourg, 29 March 2011.
13. Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM), "L'exercice de la médecine auprès de personnes détenues Directives médico-éthiques de l'ASSM", 28 novembre 2002.
14. B. Hoerni, "Aspects deontologiques de la médecine en milieu pénitentiaire", Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins suisses, juillet 2001.
15. "Principles of Medical Ethics Relevant to the Role of Health Personnel, Particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees Against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment", G.A. Res. 37/194, Annex, Principle 1, U.N. Doc A/37/51/Annex (18th Dec. 1982).

16. R Smith “Prison doctors: ethics, invisibility, and quality. An older but lucid discussion of the longstanding ethical conflicts encountered by physicians who care for imprisoned persons”. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1984 March 10; 288(6419): 781–783.
18. United Nations. First Congress on the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders. Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners. 1955.
19. National Commission on Correctional Health Care, “The foundational global standards for the treatment of imprisoned persons. Charging inmates a fee for health care services”. 1996; reaffirmed 2005.
20. Farber NJ, Aboff BM, Weiner J, Davis EB, Boyer EG, and Ubel PA. “Physicians' Willingness to Participate in the Process of Lethal Injection for Capital Punishment”. *Annals of Internal Medicine* v135, pp 884-888, 20 Nov 2001.
21. Thorburn, Kim. May. “Croaker's dilemma--should prison physicians serve prisons or prisoners?”, PMID:7257360. 134(5):457-61.
22. S. Libianchi, A. Arnaudo, “La riforma della Medicina Penitenziaria, Publiedit Ed. 2014.
23. Commissione nazionale svizzera di etica per la medicina, CNE, Sull’obbligo di comunicare informazioni coperte dal segreto medico in carcere. Parere n. 23/2014, Berna, maggio 2014.
24. R. Brunet, “Introduzione al Codice Europeo di Etica per la Polizia”, Forum Italiano per la Sicurezza Urbana, 2005.
25. R. Parker, C. J. Paine, “Informed Consent and the Refusal of Medical Treatment in the Correctional Setting”, *Journal of Medicine & Ethics*, 27 (1999): 240-51.
26. P. L. Sissons, “The place of medicine in the American prison: Ethical issues in the treatment of offenders”, *Journal of medical ethics*, 1976, 2, 173-179
27. Australian Medical Association “Position Statement, Medical Ethics in Custodial Settings”, Amended 2015.
28. P. Coyle, “European Code of Ethics for Prison Staff”, International Centre for Prison studies, University of Essex, 2011.
29. S. Enggist, L. Møller, G. Galea, C. Udesen (WHO), “Prisons and Health”, 2014.
30. L. Lehtmets, J. Pont, “Prison health care and medical ethics”, Directorate General Human Rights and Rule of Law Council of Europe, 2014.
31. Comitato Nazionale per la Bioetica, “ Il suicidio in carcere. Orientamenti bioetici, 25 giugno 2010.
32. Comitato etico della Fondazione Veronesi, Decalogo dei Diritti del Malato [in Carcere], 2013.

33. A. Bartolomei, A. L. Passera, “L’Assistente Sociale Manuale di Servizio Sociale professionali”, Edizioni CieRre, 2005.
34. M. Cortigiani, “L’Assistente Sociale e i suoi campi di intervento”, Ed. Phoenix, 2002.

Focus

Ruolo dei Medici di Medicina Generale nella prevenzione e nella cura delle dipendenze con particolare riguardo per la dipendenza da eroina, tabacco, alcol e Gioco d’Azzardo Patologico (GAP)

A cura di FeDerSerD e di SIMG

La Legge 309/90 così come rivista dalla Legge 45/06 e dalla Legge 79/14 individua nei servizi per le dipendenze (SERD) i servizi specialistici di riferimento ai quali compete, in via esclusiva, la formulazione della diagnosi di dipendenza e la predisposizione del Piano Terapeutico con una validità massima di tre mesi, rinnovabile e modificabile in qualsiasi momento.

Le stesse Leggi definiscono il possibile ruolo, sia nella prevenzione che nella cura dei pazienti dipendenti, del medico di medicina generale (MMG).

Nello specifico si ricordano i seguenti articoli:

Testo aggiornato del DPR 309/90 (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale Suppl. Ordinario del 15-3-2006)

Articolo 43. Obblighi dei medici chirurghi e dei medici veterinari

5. La prescrizione dei medicinali compresi nella tabella II, sezione A, di cui all'articolo 14, qualora utilizzati per il trattamento di disassuefazione dagli stati di tossicodipendenza da oppiacei o di alcooldipendenza, e' effettuata utilizzando il ricettario di cui al comma 1 nel rispetto del piano terapeutico predisposto da una struttura sanitaria pubblica o da una struttura privata autorizzata ai sensi dell'articolo 116 e specificamente per l'attivita' di diagnosi di cui al comma 2, lettera d), del medesimo articolo. La persona alla quale sono consegnati in affidamento i medicinali di cui al presente comma e' tenuta ad esibire a richiesta la prescrizione medica o il piano terapeutico in suo possesso.

LEGGE 16 maggio 2014 , n. 79 .

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 20 marzo 2014, n. 36, recante disposizioni urgenti in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, nonché di impiego di medicinali meno onerosi da parte del Servizio sanitario nazionale.

Art.1 comma 13

dopo il comma 5 dell'art.43 della Legge 309/90 è inserito il seguente:

«5 -bis . La prescrizione di medicinali compresi nella tabella dei medicinali, sezione A, per il trattamento degli stati di tossicodipendenza da oppiacei deve essere effettuata all'interno del piano terapeutico individualizzato, secondo modalità stabilite con decreto del Ministero della salute»;

L'impegno dei MMG nelle attività di cura e di prevenzione delle dipendenze, in collaborazione con i SERD rappresenterebbe un indubbio miglioramento qualitativo delle attività del Sistema di Intervento in Italia.

Infatti con interventi mirati, anche di audit, il MMG è in condizione di svolgere un ruolo di primissimo piano nella prevenzione indicata facendo emergere da uno a due anni prima le

patologie da dipendenza, sia da droghe illegali, che da gioco d'azzardo e da alcol e da tabacco, permettendo così un intervento precoce delle attività di cura.

Nella cura delle dipendenze la collaborazione dei MMG con i servizi specialistici di riferimento, i SERD, è in grado di produrre significativi risultati come dimostrato dalle esperienze di alcune realtà significative in Italia, segnatamente a Pescara¹⁻² e a Trieste.

Nello specifico questa collaborazione è in grado di determinare una maggiore compliance alle cure, un coinvolgimento specifico del nucleo familiare, la riduzione dello stigma sociale che grava sulle patologie di dipendenza.

Infatti le dipendenze da sostanze ed il GAP riconoscono cause multifattoriali con elementi biologici, psicologici e socioculturali e devono pertanto prevedere interventi multiassiali ed a largo respiro che coinvolgano più settori, dal sanitario al sociale, tanto più che i rilievi epidemiologici stanno facendo emergere un consumo crescente per alcune fasce particolari, quali le donne, gli adolescenti, gli anziani, segmenti di popolazione particolarmente fragili.

Il GAP è stato inoltre inserito nei LEA dalla legge Balduzzi (l.189/12). In questo contesto, un ruolo fondamentale nella implementazione di politiche di prevenzione universale e selettiva, nonché di screening e diagnosi precoce, è ricoperto dal Medico di Medicina Generale (MMG). In particolare, tale figura professionale costituisce un punto di osservazione privilegiato e prossimo all'assistito, che gli consentirebbe di percepire, rilevare e consigliare il soggetto, evitandone l'isolamento. Si segnala in questo senso uno studio neozelandese, che ha messo in evidenza la fiducia dei pazienti affetti da GAP nei confronti della possibilità di intervento da parte del proprio medico di famiglia (Sullivan, 2007)³.

Il MMG garantisce continuità e contiguità con l'assistito ed il suo sistema di relazioni familiari e sociali. Questo può consentire di lavorare sul piano motivazionale sul lungo periodo. Mettere in pratica la promozione salute è "un insieme di scelte personali, autonome, consapevoli, orientate al mantenimento del benessere fisico e psichico".

L'educazione e l'alleanza terapeutica con il medico della persona e della famiglia è fondamentale per queste scelte.

Il medico generale è favorito dal setting specifico di lavoro che non seleziona a priori i bisogni di chi affluisce all'ambulatorio.

1

Nadia Della Torre. Ser.T e medici di medicina generale nella cura dei pazienti eroinomani Franco Angeli editore, published in: 2009

2

Pietro F. D'Egidio. Affidamento e medici di medicina generale. Pagg. 113-122.
is part of a publication: Manuale critico sull'affidamento dei farmaci oppiacei. A cura di M. Fea Franco Angeli editore, published in: 2009

3

Don't Let an Opportunity Go by: Validation of the EIGHT Gambling Screen
Sean Sullivan
published in: 2007
type: article in serial publication
publisher: Springer
is part of a publication: International Journal of Mental Health and Addiction
keywords: brief screen, eight screen, problem gambling, screen validation

Infatti la modalità di prevenzione più consona alla medicina generale è quella opportunistica, con azioni di educazione motivante e di counselling breve specifico, mirato ai bisogni individuali dei pazienti.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità sintetizza queste caratteristiche peculiari e distintive che inquadrano la Medicina di Famiglia come branca specifica. Esse possono essere riassunte sinteticamente in:

1. Posizione di prima interfaccia tra percezione dei problemi e definizioni di malattia.
2. Interesse non settoriale ma globale ai problemi del paziente.
3. Disposizione ad una tipologia completa di intervento: promozionale, educativo, preventivo, terapeutico e riabilitativo.
4. Particolare coinvolgimento nella prevenzione individuale alla salute.

6. Interesse primario alla persona, prima che alla malattia.
7. Approccio "olistico": biologico, psicologico e sociale ai problemi.
8. Rapporto medico paziente basato su scelta personale e fiduciaria, rinnovate continuamente.
9. Lunga continuità assistenziale.
10. Inserimento nel contesto reale privato e sociale dell'assistito.
11. Riferimento personale spesso congiunto del cittadino e del gruppo familiare per l'assistenza ambulatoriale e domiciliare.

Il risultato finale d'ogni processo di cura è influenzato sia dalla **qualità intrinseca**: mezzi anamnestici, strumentali, laboratoristici, flow-chart di processo adeguate e pertinenti che dalla **qualità estrinseca** con cui essi vengono proposti: stile, empatia, partecipazione, convinzione, fiducia, chiarezza di obiettivi e risultati attesi dal medico e dal paziente.

Ci sono sempre due visioni speculari: la visione del paziente e quella del medico.

La relazione medico paziente è innanzitutto incontro tra due persone in un groviglio di emozioni e significati.

Diventando strumento fondamentale della medicina generale il counselling breve può avere grande ricaduta sulla salute della popolazione.

Ma il Medico Generale deve avere risorse, strumenti, mezzi e luoghi formativi adeguati ad approfondire il metodo teorico e pratico:

- Ascoltare.
- Far domande centrate al paziente prima che alla malattia.
- Curare la comunicazione non verbale.
- Curare la comunicazione verbale.
- Far comprendere al paziente di voler capire e aver percepito il problema.
- Chiedere conferme in itinere della bontà di visione dei problemi percepiti.
- Evitare giudizi moralistici.
- Mostrare comprensione.
- Avere consapevolezza ed equilibrio di visione.

Per quanto attiene al tema delle problematiche alcol-correlate, il MMG è in una posizione privilegiata tra gli operatori sanitari per poter sospettare ed identificare precocemente sia i soggetti a rischio che i pazienti dediti all'alcol attraverso la registrazione di dati anamnestici che di valutazioni clinico-laboratoristiche. Il MMG avrà di conseguenza compiti fondamentali nella gestione del paziente con malattia alcol-correlata, fungendo da unità di raccordo per gli interventi dei vari specialisti, ma anche attraverso lo svolgimento di attività di tipo educativo, di sorveglianza, di allerta dell'ambiente familiare, sociale e lavorativo.

Con tali premesse, non solo è auspicabile una integrazione funzionale della Medicina Generale nella rete dei Servizi di sanità pubblica che si occupano di queste problematiche, pur mantenendo

una propria peculiarità ed autonomia professionale di intervento. E' soprattutto opportuno (e maturo) il tempo che questo venga programmato, di cocerto con le Istituzioni sanitarie. In questo senso, il portato legislativo della già citata legge Balduzzi, unitamente al recente Atto di indirizzo delle Regioni, configurano un sistema di cure primarie che, se dotato delle opportune risorse e sinergie, si ponga necessariamente in rete e lavori in "team", sia monoprofessionali (AFT) che pluriprofessionali (UCCP). Riteniamo che sia questo il punto di aggancio con possibilità di intervento su problematiche come quelle sulle dipendenze, che coinvolgono trasversalmente ambiti come prevenzione, diagnosi precoce, counselling, terapia e riabilitazione e che consenta a MMG con particolari interessi professionali e adeguatamente formati un intervento professionale all'interno del "team" di cure primarie.

Opportuni ed evoluti strumenti informatici di supporto alla professione, già ampiamente in uso presso molti MMG, potrebbero essere configurati ed implementati con l'obiettivo di un miglioramento professionale, soprattutto nella fase di individuazione dei fattori di rischio e di diagnosi precoce della dipendenza (pensiamo ad esempio ad una diffusione dei test di screening del consumo a rischio o dannoso di alcol ed ai fattori di rischio per problematiche alcol- correlate).

Un intervento informativo e quindi educativo può essere condotto in maniera più efficace e su larga scala, con assunzione quindi di alta valenza sociale, se accanto alle Istituzioni ed alle Associazioni di volontariato vede la presenza dei MMG, diffusi capillarmente sul territorio, a conoscenza delle problematiche e delle dinamiche familiari, in grado di effettuare momenti di counselling volti alla promozione della salute.

Gioca Responsabile help line e sito web: quattro anni di attività

La necessità di offrire opportunità di assistenza, orientamento e cura, a giocatori problematici e loro familiari, quando ancora erano pochi i servizi in Italia per il Gap, ha indotto **FeDerSerD** nel novembre 2009 ad attivare e gestire la prima help line e sito web italiano, per l'assistenza e la cura dei giocatori problematici. Il servizio denominato **GIOCA RESPONSABILE**, è operativo grazie al sostegno finanziario di GTECH / Lottomatica e dal 2013 anche di Sisal. È gestito da professionisti psicologi psicoterapeuti, con la consulenza di avvocati per i problemi legali, che danno assistenza e counseling sia a giocatori che ai familiari coinvolti nei problemi causati dagli eccessi di gioco. In tal modo possiamo assicurare l'anonimato e la confidenzialità, in modo gratuito e accessibile 13 ore al giorno tutti i giorni tranne i festivi. Il counseling viene condotto usando una intervista semistrutturata basata sul protocollo diagnostico sviluppato da Ladouceur et al.(2001) che consente insieme agli altri elementi raccolti nel corso della conversazione, di formulare un giudizio di gravità per l'eventuale invio ad un servizio di cura. Da agosto 2013 è attiva sullo stesso sito www.giocaresponsabile.it anche la piattaforma on line (telefono e web) per il trattamento cognitivo comportamentale dei giocatori problematici.

Molti studi hanno indicato che l'elevata disponibilità e accessibilità di opportunità di gioco, sono fortemente correlate con l'incremento della prevalenza nella partecipazione al gioco d'azzardo e ai disturbi e patologie connesse. (Productivity Commission 2010; Gainsbury and Blaszczynski 2011). I costi individuali, sociali ed economici correlati al gioco d'azzardo sono così elevati che il gambling e i disturbi correlati, sono ormai considerati un problema di salute pubblica (Gambling and the public health, 2009; Afifi et al. 2010; Monaghan and Blaszczynski 2010; Hodgins et al 2012), che richiede necessariamente lo sviluppo e l'implementazione di nuove alternative e approcci di trattamento, capaci di attrarre un numero maggiore di giocatori problematici.

Solo una piccola quota di individui con disturbi da gioco d'azzardo (<10%) in realtà, chiede un trattamento formale, fondato su basi cliniche. (Suurvali et al. 2010; Hodgins et al. 2012). Le difficoltà di accesso ai trattamenti includono alcuni fattori interni quali vergogna, paura dello stigma, imbarazzo e orgoglio, difficoltà ad ammettere l'esistenza di un problema, desiderio di risolverlo da soli (Suurvali et al. 2012). Inoltre ci sono difficoltà esterne nel cercare aiuto che includono la scarsa conoscenza dei servizi, l'ignoranza sulla disponibilità di cure, le distanze dai luoghi di trattamento, gli impegni familiari e lavorativi (Gainsbury et al 2013).

Help line e counselling on line (telefono, chat, mail) dovrebbero essere una valida alternativa per l'accesso ai trattamenti per giocatori che rifiutano le opzioni più formali e tradizionali. Questi interventi, meno costosi di quelli tradizionali (Gainsbury and Blaszczynski 2011), permettono una maggiore copertura territoriale, aumentano l'accessibilità ai trattamenti professionali e possono attrarre nuovi soggetti che necessitano di aiuto (Potenza et al. 2006; Rodda et al. 2013a). Alcuni studi hanno mostrato che la motivazione all'utilizzo dei trattamenti on line, riguardano la privacy e l'anonimato, l'ambiente emotivamente tranquillo, la gestione del tempo e dell'impegno personale, la confidenzialità e la flessibilità (Monaghan and Blaszczynski 2009; Gainsbury and Blaszczynski 2011; Rodda et al. 2013b).

Chi ha contattato la help line

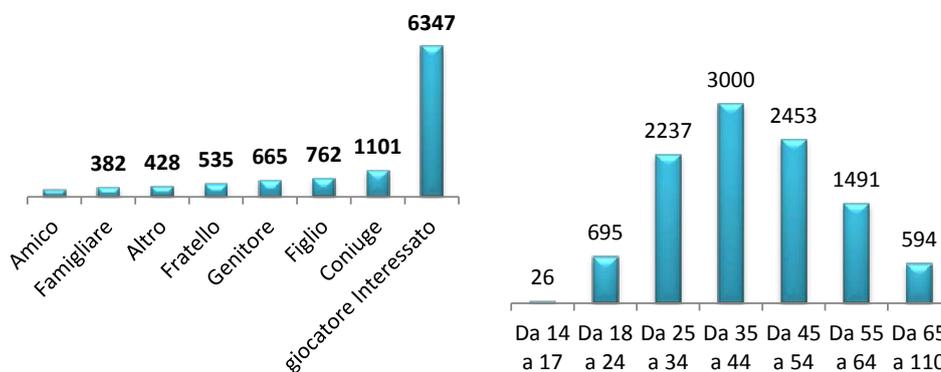
I contatti telefonici al numero verde **800 921 121** sono stati 27.726 gli scambi chat 6.963 le mail 824. Le visite sul sito www.giocaresponsabile sono state 125.473 da parte di 101.196 utenti. Da tutti questi contatti sono emerse **10.506** situazioni problematiche per le quali è stata data consulenza e orientamento. Una parte di questa utenza è stata indirizzata ai SerT servizi territoriali di competenza, laddove hanno attività di presa in carico anche per patologia da gambling, nella misura di 3.776 casi. Solo per una parte di essi (517) abbiamo avuto il riscontro della effettiva presa in carico dal servizio. Gli altri circa settemila casi sono stati gestiti dai professionisti della help line per varie problematiche, psicologiche, relazionali, familiari, legali, lavorative.

Le variabili selezionate per la analisi della popolazione che afferisce alla help line riguardano :

- 1) Le caratteristiche demografiche: genere, età, area geografica di residenza, stato di occupazione;
- 2) Conoscenza del servizio: servizi sanitari pubblici, media, ambienti di gioco, altri luoghi;
- 3) forme di gioco d'azzardo, come definito in altri studi (Potenza et al 2000; Odlaug et al 2011)...:
 - Giochi strategici: poker, blackjack, corse di cavalli, sport e altre scommesse;
 - Giochi non-strategici: lotteria, videolottery e slot machine, bingo, lotterie istantanee, roulette;
 - Entrambi;
- 4) il comportamento di gioco:
 - Frequenza: regolare (fino a 6 volte a settimana); moderata (1-2 volte a settimana); occasionale (meno di 1 volta a settimana)
 - Soldi spesi settimana: fino a 1.000 euro; da 1.001 a 10.000 Euro; più di 10.000 €
 - Soldi persi life time: fino a 1.000 euro; da 1.001 a 10.000 Euro; più di 10.000 €
 - Debiti (si / no).

Per i soggetti che hanno attivato l'accesso al piano di cura, viene definito anche il profilo motivazionale e di gravità, oltre alla stadiazione per fasi di trattamento con i primi esiti. Il periodo temporale considerato per lo studio va dal 1 novembre 2009 al 30 aprile 2014 per la help line, e da 1 agosto 2013 a 30 aprile 2014 per i soggetti in cura. Le fonti dati sono Google Analytics per il web e il data base del servizio nel quale vengono archiviate in forma anonima le informazioni relative ai soggetti che chiamano il servizio.

Il counseling ha riguardato giocatori e familiari, di età media 43, 4.710 femmine e 5.796 maschi così distribuiti.



Il rapporto di genere tra i giocatori è 75% maschi e 25% femmine, mentre quello tra gli altri significativi è di tre a uno a favore delle femmine, rappresentate soprattutto da mogli e figlie. Per quanto riguarda i giocatori il rapporto riflette esattamente le proporzioni di giocatori problematici maschi e femmine nella popolazione generale italiana. (Barbaranelli 2012). Per gli altri significativi