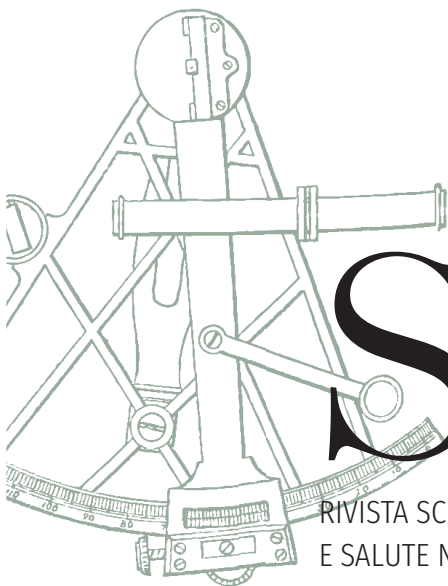


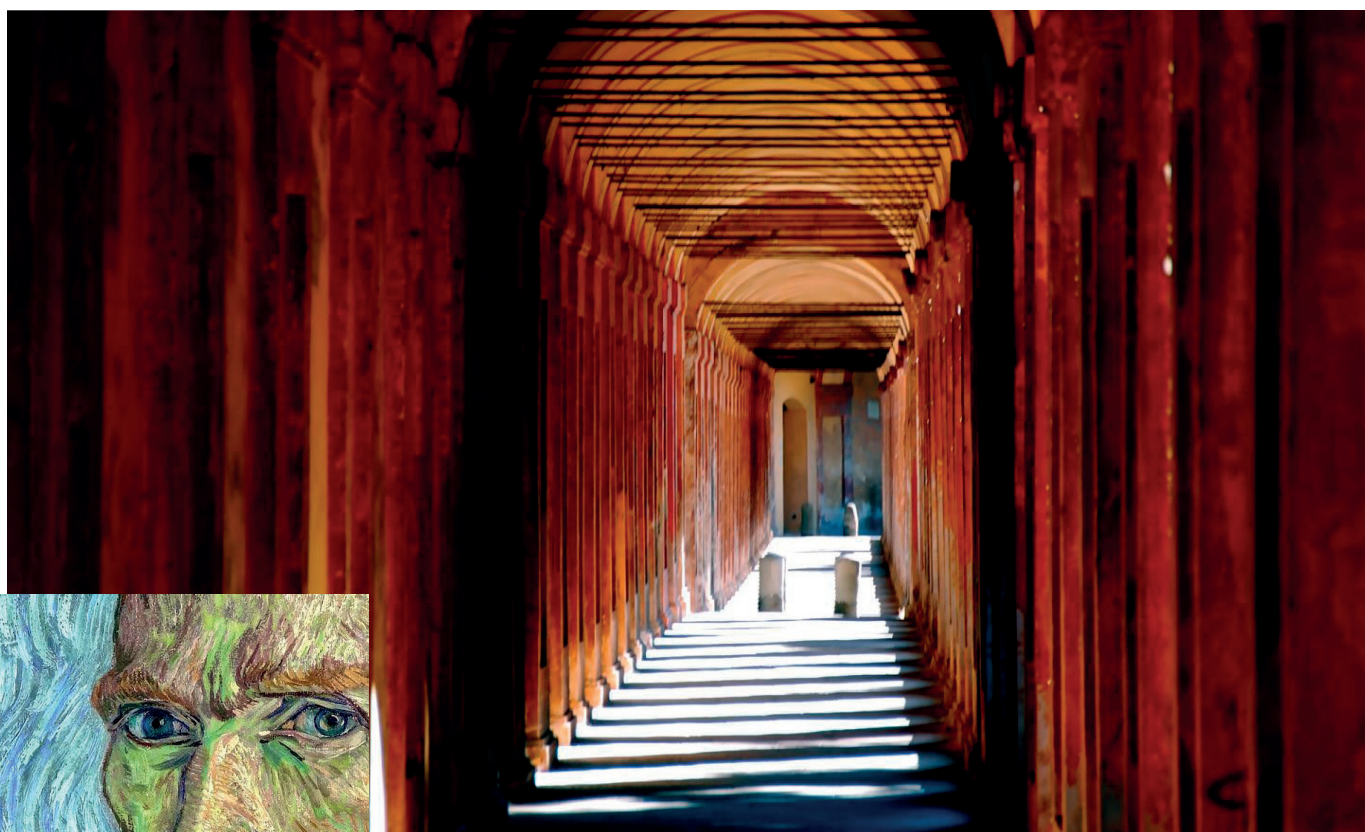
giugno 2020

09/1



Sestante

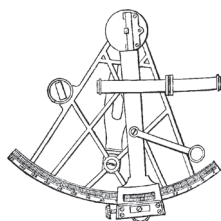
RIVISTA SCIENTIFICA DI VALUTAZIONE NELLA SALUTE MENTALE, DIPENDENZE PATOLOGICHE
E SALUTE NELLE CARCERI



DIPENDENZE PATOLOGICHE A 30 ANNI DALLA 309/90

Vol. 1 Politiche e prospettive

Cambia Menti | Dopo il COVID-19 più territorio | C O n d i V I D e r e | Dalla
coercizione alla coesione | A trent'anni dalla legge del 1990 | Il colloquio
motivazionale | Vantaggi, svantaggi e proposte sul SerDP nel DSM-DP | Strutture
residenziali e SerDP: un percorso evolutivo | Prossimità - Strada - Luoghi
e spazi | Antiche risorse, nuovi legami | Gioco d'azzardo: quanto ci costi?



Sestante

RIVISTA SCIENTIFICA DI VALUTAZIONE NELLA SALUTE MENTALE,
DIPENDENZE PATOLOGICHE E SALUTE NELLE CARCERI

Direttore responsabile

Paolo Ugolini
URP/AUSL della Romagna

Comitato esecutivo

Michele Sanza
Servizio Dipendenze Patologiche, AUSL della Romagna, Cesena

Alessio Saponaro
Regione Emilia-Romagna, Servizio Assistenza territoriale
Salute mentale, Dipendenze patologiche e Salute nelle carceri

Paolo Ugolini
URP/AUSL della Romagna

Comitato scientifico e di redazione

Licia Bruno, NPIA, AUSL Bologna
Stefano Costa, NPIA, AUSL Bologna
Dorella Costi, Direzione Sanitaria, AUSL Reggio Emilia
Simona Guerzoni, Azienda ospedaliero-universitaria di Modena
Marco Menchetti, Università degli Studi di Bologna
Luana Oddi, SerDP, AUSL Reggio Emilia
Monica Pacetti, CSM Forlì, AUSL della Romagna
Antonio Restori, AUSL Parma
Teo Vignoli, SerDP Lugo, AUSL della Romagna

Comitato consultivo

Domenico Berardi, Università degli Studi di Bologna
Paola Carozza, DSM-DP, AUSL Ferrara
Anna Cilento, Salute nelle carceri, Regione Emilia-Romagna
Mila Ferri, Regione Emilia-Romagna, Salute mentale e
Dipendenze patologiche
Angelo Fioritti, DSM-DP, AUSL Bologna
Cristina Fontana, Salute nelle carceri, AUSL Piacenza
Gaddomaria Grassi, DSM-DP, AUSL Reggio Emilia
Silvia Chiesa, DSM-DP, AUSL Piacenza
Alba Natali, DSM-DP, AUSL Imola
Pietro Pellegrini, DSM-DP, AUSL Parma
Claudio Ravani, DSM-DP, AUSL della Romagna
Fabrizio Starace, DSM-DP, AUSL Modena

Comunicazioni

Paolo Ugolini, cell. 334 6205675
paolo.ugolini@auslromagna.it

Sede

Via Brunelli, 540 - 47521 Cesena

Segreteria organizzativa

Claudia Nerozzi, tel. 051 5277072

Sito web SESTANTE

[http://salute.regione.emilia-romagna.it/salute-mentale/
documentazione/la-rivista-sestante](http://salute.regione.emilia-romagna.it/salute-mentale/documentazione/la-rivista-sestante)

Progetto grafico:

Paolo Campana, Tipografia Valgimigli Faenza, tel. 0546 662211

Stampa:

Centro stampa AUSL della Romagna - Cesena

SESTANTE 09 vol. 1 è stato curato da:

Franca Francia, Alba Natali, Antonio Nicolaci, Luana Oddi, Paolo Ugolini, Teo Vignoli

ANNO V

GIUGNO 2020 - NUMERO 9

Autorizzazione del Tribunale di Forlì

n. 5 del 23 febbraio 2015

09/1

S O M M A R I O

- 1 EDITORIALE
Cambia Menti
Teo Vignoli, Luana Oddi, Franca Francia, Alba Natali, Antonio Nicolaci, Paolo Ugolini
- 3 LETTERE ALLA REDAZIONE
Dopo il COVID-19 più territorio
Michele Sanza
C O n d i V I D e r e
Teo Vignoli
- 6 LETTURA MAGISTRALE
Dalla coercizione alla coesione
Gilberto Gerra
- 10 LETTURA MAGISTRALE
A trent'anni dalla legge del 1990
Leopoldo Grosso
- 15 LETTURA MAGISTRALE
Il colloquio motivazionale
Gian Paolo Guelfi
- 22 PAGINA APERTA
Vantaggi, svantaggi e proposte sul SerDP nel DSM-DP
Franca Francia, Paolo Ugolini
- 26 VALUTAZIONE RER
Strutture residenziali e SerDP: un percorso evolutivo
Matteo Iori, Franca Francia
- 32 VALUTAZIONE RER
Prossimità - Strada - Luoghi e spazi
Marco Battini
- 38 VALUTAZIONE RER
Antiche risorse, nuovi legami
Giovanni Greco, Barbara Leonardi
- 43 RICERCA RER
Gioco d'azzardo: quanto ci costi?
Daniele Di Simone

Cambia Menti

Teo Vignoli, Luana Oddi, Franca Francia, Alba Natali,
Antonio Nicolaci, Paolo Ugolini

“Quello che ci manca in questo momento di crisi sono le nostre abitudini, quello che ci affatica è dover fare cambiamenti che ci fanno stare peggio oggi, per ottenere un vantaggio (o quantomeno prevenire un danno) domani.”

Questa dichiarazione può rappresentare lo stato d'animo di buona parte della popolazione mondiale durante l'emergenza COVID-19, ma è altrettanto calzante per definire la condizione nella quale versano i pazienti con una dipendenza patologica quando iniziano un programma terapeutico presso i nostri SerDP. Non a caso un caposaldo della cultura delle Dipendenze Patologiche è il colloquio motivazionale, tecnica centrata sul paziente per affrontare la “dialettica tra piacere e dolore”, che punta a identificare gli elementi di opportunità nei momenti di crisi, di cui ci parla il prof. Guelfi nella sua lettura magistrale. Se questa crisi globale ci può fornire opportunità di cambiamento, se ci interroga su quali sono i valori fondamentali su cui abbiamo costruito i nostri servizi, possiamo dire che con questo numero di SESTANTE, che cerca di rivisitare la legge 309/90 a 30 anni dalla sua emanazione, ci siamo fatti trovare pronti. Che sia una legge ampiamente superata ed inadeguata ai tempi ce lo sottolinea il prof. Gerra nella sua lettura magistrale, dove spicca il passaggio in cui l'OMS riconosce la Dipendenza Patologica come “un disordine complesso multifattoriale” e non come “una attitudine criminale, un comportamento problematico auto-acquisito” concludendo con la inaccettabilità di “atteggiamenti coercitivi o punitivi da parte delle istituzioni”. Su questo aspetto seguono approfondimenti sul trattamento dei pazienti con dipendenza patologica in carcere (Vertsonis et al), sulle alternative alla detenzione (Martino et al) e sugli interventi per i segnalati per art.121 (Ghedini). Proprio dal focus sul carcere, e in particolare dalla criminalizzazione dell'uso di sostanze stupefacenti, partono le riflessioni del prof. Grosso nella sua lettura, che arriva a criticare integralmente l'impalcatura della legge attuale e ad identificare i punti fondamentali per sostituirla: tra gli altri, il passaggio da “servizi di attesa” a “servizi di iniziativa”. Attitudine alla proattività che è già ampiamente presente nella pratica quotidiana dei nostri servizi, come testimoniato da esperienze di prevenzione, variamente declinata e adattata ai

1

Rif
Teo Vignoli, medico,
SerDP Lugo (RA)
0545903155
333 3912174
teo.vignoli@auslromagna.it

contesti (Tamelli e Begarani et al), e dai servizi di prossimità e di riduzione del danno (Battini-Francia e Censi et al), pratiche che nei decenni hanno contaminato e strutturato la crescita dei nostri servizi, come evidenziato da Bigarelli et al in un articolo sul “legame” tra clinica dell’HIV e clinica delle dipendenze, e che continuano a stimolare l’innovazione degli interventi sul territorio, in particolare con la popolazione giovanile (Cantarelli et al.).

Il cambiamento nell’ambito delle Dipendenze Patologiche è continuo, anche a prescindere dagli effetti della pandemia, basti pensare a quanto i servizi si siano riorganizzati negli ultimi anni per fronteggiare la rilevanza epidemiologica della dipendenza da gioco d’azzardo (Di Simone) o la sfida che stiamo vincendo sul trattamento di tutti i pazienti con HCV attiva afferenti ai servizi (Conti et al). Tutto questo è avvenuto nel contesto della programmazione regionale e attraverso il modello organizzativo ormai consolidato del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, rispetto al quale si sente l’esigenza di una riflessione critica e costruttiva (Nicolaci-Polidori) per garantire che, nel lungo periodo, la integrazione tra le anime del Dipartimento, che sicuramente garantisce soluzioni ottimali a problemi complessi come la doppia diagnosi (Farfaneti), non metta in secondo piano la vocazione sociale e di comunità pubblica insita nella cultura delle DP, che l’emergenza COVID sta riportando agli occhi di tutti come una istanza fondamentale per garantire salute e benessere nella popolazione, e che nei decenni scorsi è stata troppe volte considerata secondaria.

In questa fase storica le prassi consolidate sono state stravolte, creando non pochi problemi di gestione socio-sanitaria, dal blocco degli inserimenti in comunità terapeutica, alla ridefinizione della gestione degli affidi degli stupefacenti, al ricorso sempre maggiore a colloqui e confronti telematici (telefonici o video) etc. Questi cambiamenti andranno valutati nei loro effetti e potranno essere elemento di arricchimento sia dei protocolli di intesa e documenti di indirizzo di cui si è dotata negli anni la Regione Emilia Romagna e grazie ai quali è stata garantita la qualità del rapporto con il privato sociale (Iori/Francia), la collaborazione con le associazioni di auto mutuo aiuto (Greco-Leonardi) etc., che degli strumenti di governance dei percorsi clinici come i PDTA (Mosti-Oddi et al) e della qualità dei trattamenti come gli AUDIT (Vignoli et al) volti a garantire al contempo il rispetto della Evidence Based Practice e la appropriatezza al contesto locale.

La legge 309/90 ha visto la luce durante l’epidemia di un altro virus, quello dell’HIV, che ha segnato culturalmente la clinica dei nostri servizi e personalmente la vita lavorativa di tutti i professionisti che in quegli anni si sono presi cura dei pazienti con AIDS e tossicodipendenza, vittime di una doppia stigmatizzazione. Curiosamente, i 30 anni della leg-

ge coincidono con un’altra pandemia, rispetto alla quale le lettere degli operatori alla redazione aprono una riflessione sul vissuto emotivo e personale ma anche su quanto questo potrà cambiare il sistema dei servizi (Sanza). Se da un lato saremo chiamati a rivedere le prassi attualmente vigenti nei SerDP e nella rete socio-sanitaria collegata, dall’altro questa fase sarà una nuova opportunità per rimarcare a noi stessi e ai servizi ospedalieri l’importanza dei caratteri di territorialità e multi-professionalità tipici delle nostre pratiche.

In conclusione, quando si sente dire che dopo la pandemia tutto non sarà più lo stesso, non possiamo fare altro che augurarci che sia proprio così e che strumenti come questa rivista possano essere il “SESTANTE” per orientare le scelte future, valorizzando una cultura delle Dipendenze Patologiche che, sebbene estremamente ricca, rischia di rimanere schiacciata tra riduzione delle risorse e mancato aggiornamento/applicazione delle cornici legislative.

Buona lettura ... ricordandovi che a breve usciremo con un numero dedicato alla ricaduta COVID-19 nei servizi dei DSM-DP della Regione Emilia Romagna.

Il prossimo numero di Sestante sarà dedicato alla pandemia COVID-19 e alle ripercussioni che questa avrà sui servizi NPIA, CSM, SerDP, SPDC, strutture residenziali ... e sulla società intera.

Allo stesso tempo vogliamo che anche questo numero (programmato prima che tutto quello che sta succedendo fosse anche solo lontanamente immaginabile), abbia qualche testimonianza a caldo della pandemia in corso.

Lo abbiamo chiesto al dr. Michele Sanza, nella doppia veste di Direttore di SerDP di Cesena e di paziente guarito dal COVID e al dr. Teo Vignoli, medico del SerDP di Lugo che sta prestando servizio in un reparto COVID per l'emergenza.

I curatori

Dopo il COVID-19 più territorio

3

Michele Sanza, medico, DUO SerDP Cesena

L'attuale pandemia ha fatto improvvisamente irruzione sulla scena della vita civile e ha stravolto le abitudini della nostra quotidianità, ma soprattutto ha inciso, con velocità sorprendente, sul sistema dei valori condivisi. In particolare, con forza impressionante, ha appannato il narcisismo dilagante e ha fatto emergere il valore della comunità solidale come punto di riferimento per le nostre esistenze minacciate dal pericolo invisibile.

La crisi che stiamo attraversando è dunque anche una straordinaria occasione per ridisegnare le relazioni tra gli uomini e tra l'uomo e la natura. L'Economia, restituita alla sua mission scientifica di scienza sociale, può essere sottratta all'infelice destino di sistema per realizzare profitti. L'Economia è il sapere attraverso il quale l'uomo, unica specie ad avere il dono di poter architettare il mondo, disegna e regola l'utilizzo delle risorse naturali (non infinite), la produzione dei beni e la loro distribuzione tra i simili. È evidente che questa scienza non sia né neutrale né oggettiva e dipenda in larga parte dai principi su cui è fondata e gli obiettivi di chi la governa. La voce autorevole del banchiere Muhammad Yunus, premio nobel per la pace, che ha fondato una rete di banche basate sul microcredito, ha posto l'interrogativo "Riportiamo il mondo nella situazione nella quale si trovava prima del coronavirus o lo ridisegniamo daccapo? La decisione spetta soltanto a noi" (La Repubblica del 18 aprile 2020). Infatti, se nell'ora più buia abbiamo visto il

senso di umanità sostituirsi all'indifferenza nei confronti di chi (e sono la maggioranza) non ha avuto accesso ai simboli del benessere narcisistico, non possiamo essere certi che il punto di arrivo del post crisi vada nella medesima direzione. Intanto registriamo e facciamo tesoro del fatto che la Cura, intesa non solo come impegno per la guarigione dalle malattie e sollievo dal dolore, si è riproposta come compassione tra le persone, come articolazione fondamentale delle relazioni tra gli uomini. A questo si aggiunge la rinnovata fiducia nei confronti della scienza. Dopo almeno un paio di decenni di diffuso scetticismo, se non di aperta critica e contrasto alle posizioni scientifiche, il lavoro rigoroso della ricerca è stato rivalutato anche nei sentimenti popolari, come essenziale baluardo per la salvaguardia della salute. Tra i tanti segnali di questo nuovo clima, al primo posto si collocano le sentite manifestazioni di stima, se non di vero e proprio affetto, nei confronti del Servizio Sanitario Nazionale, e ancora di più nei confronti delle persone che lo rappresentano, in primo luogo i professionisti: i medici e gli infermieri; ma l'ondata di riconoscenza ha giustamente investito tutto il personale che lavora nella sanità, o che lavora per la sanità. Siamo quindi di fronte ad un'inversione di tendenza della popolarità di coloro che si adoperano per la salute della comunità.

Sono segnali positivi che trovano riscontro nella mission universalistica del Servizio Sanitario Nazionale derivata dal dettato costituzionale: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti." Ma sono anche segnali che obbligano ad una riflessione su ciò che ha funzionato e ciò che non ha funzionato, o che avrebbe potuto funzionare meglio, nella gestione dell'emergenza Covid 19. Uno dei punti centrali dell'efficacia della risposta sanitaria al virus è stato la sussistenza di una forte sinergia tra la rete degli ospedali e le strutture del territorio. Ove è mancato, o è stato debole l'anello di congiunzione tra l'intervento intensivo (reparti covid e rianimazione) e quello delle cure di prossimità (Medici di Medicina Generale, Prevenzione) gli effetti dell'epidemia sono stati più massicci e in alcuni casi devastanti con scie di morti evitabili.

Se in alcune parti d'Italia l'impovertimento della medicina territoriale, e il suo scollamento dall'ospedale, ha avuto dimensioni maggiori, non si può negare che in tutto il Paese, seppure con modalità e intensità diverse, i processi di aziendalizzazione della sanità abbiano trascurato l'importanza delle strutture territoriali, delle cure primarie, della prevenzione e della salute mentale. La secondarietà del territorio è un principio, meglio un pericoloso luogo comune, che deve essere superato. L'eccellenza non è solo negli straordinari e meravigliosi progressi in campo oncologico, chirurgico e in

generale in tutte le branche della medicina intensiva. L'eccellenza deve essere riconosciuta, alla medesima stregua, a chi opera nel sostenere le reti psico sociali, a chi garantisce la salute non con la terapia ma con la prevenzione, a chi ha cura delle nostre famiglie. Ma soprattutto questa eccellenza deve essere stimolata con risorse adeguate e investimenti sull'innovazione e la formazione. Se, nell'incertezza degli scenari futuri, mancherà un adeguato programma di sviluppo della medicina di prossimità, verrà indebolita la mission del SSN e saremo ancora meno preparati ad affrontare emergenze come questa che possono ripetersi.

COndiVIDere

Frammenti di vita ai tempi della pandemia per domandarci da che parte guardare

Teo Vignoli, medico, SerDP Lugo, prestatario a un reparto COVID

1

- Sei tu il Medico del SerT? Ne abbiamo proprio bisogno! Dopo che finirà 'sto casino dovrai curarci tutti dall'alcolismo.

Così mi accoglie un collega nel reparto che è stato dedicato ai malati di Covid19.

- Io sono già ingrassata quattro chili. Curate anche la dipendenza da cibo?

Rincarare la dose un'altra collega.

Sono un medico internista del SerT (ora SerDP) e sono andato volontario nel reparto di medicina interna, sperando di ricordarmi qualcosa dagli anni della specializzazione. Siamo in tanti, chirurghi, ortopedici, endocrinologi, cardiologi, che avendo ridotto la attività clinica a causa del lockdown, abbiamo dato la disponibilità a far parte del battaglione contro il Covid19.

Dopo un mese di corsia, sento che il supporto più importante ai colleghi ospedalieri non è stato visitare pazienti al posto loro, garantire dei turni più umani, o permettergli di prendere qualche giorno di riposo. Sì, anche questo, ma più di tutto è stata la condivisione di un momento critico, che ha fatto sentire me utile, in una fase in cui ho dovuto chiedere ai miei pazienti di rimanere a casa in nome di un bene collettivo, e ha fatto sentire loro meno soli di fronte a un nemico di cui non si conoscono ancora bene la faccia

e le intenzioni. Esserci, in altre parole, è stato relazione, la medicina che quotidianamente nei SerDP offriamo come alternativa alla dipendenza. Niente di nuovo.

#2

- Buongiorno, parlo con il figlio della Sig.ra Bianca?
 - Sì sì, è lei Dottore?
 - Sono io, la chiamo per l'aggiornamento quotidiano. Oggi la sua mamma sta un po' peggio. Come le spiegavo ieri la polmonite da Covirus si è inserita in una situazione già molto fragile sotto il profilo renale e cardiaco e non possiamo dare tutti i farmaci che servirebbero.... e bla bla bla...

Mi rendo conto che aggiungo parole per allungare il concetto che Bianca sta morendo, come se potessi diluirlo e renderlo meno doloroso e meno indigesto.

- Ho capito Dottore. Oggi ho provato a chiamarla al cellulare ma non mi ha risposto.

Il tono è interrogativo, in cerca di qualche speranza.

- No, non risponde. È assopita, non ha risposto neanche a me in visita.

- Ah, non risponde più...?

Passano dei secondi che pesano come la disumanità di non poter vedere la propria madre morire, di non poterla abbracciare un'ultima volta, di non potere vedere neanche la salma.

- No, non risponde, in questo momento non sente nulla, è come fosse in coma. Quello che le posso dire è che non sta soffrendo. E se nei prossimi giorni avessimo anche solo il sospetto che possa sentire dolore, le daremo la morfina.

Cerco di aggrapparmi a qualcosa, perché con questa pandemia non abbiamo più certezze, non abbiamo più riferimenti, e per uno strano gioco del destino, mi aggrappo proprio a un oppiaceo.

- Ecco, questo è importante. A questo ci tengo Dottore. Mia mamma non deve soffrire.

- Questo glielo posso assicurare.

Ci siamo aggrappati entrambi, e adesso spero solo di poter fare realmente quello che ho promesso.

#3

- Abbiamo dimesso novanta persone questo mese. E i nuovi ingressi stanno diminuendo. Condividi il Direttore.

- E quanti morti?

Chiedo io per fare un bilancio più realistico.

- Quelli non li ho contati. Ma dobbiamo guardare avanti e non indietro.

- E cosa vede davanti Direttore?

- Vedo che ci sarà la fase due, la fase tre e così via, e se non sapremo educare la gente ad usare bene le mascherine, a tenere le distanze, a stare attenti agli anziani, torneremo a riempirci di pazienti e tutto ricomincerà da capo.

- E quindi? Chiedo come un bambino alla ricerca di un padre che lo guidi.

- E quindi tocca a voi del territorio. Tra poco la palla arriverà a voi. Noi dell'ospedale spegniamo l'incendio, ma siete voi che poi dovete fare in modo che non ce ne siano altri.

- Oh sì! E dovremo anche occuparci di chi si è bruciato e di chi è rimasto senza casa e di chi è terrorizzato dalle fiamme... forse la palla potremmo giocarcela insieme.

- E come? Allarga le braccia, sorpreso dalla mia veemenza.

- Chiederlo mi sembra un buon inizio Direttore. Io qualche idea ce l'avrei ...

.... to be continued.

Dalla coercizione alla coesione

Salute e protezione sociale come alternativa alla punizione nelle politiche sulla droga

Gilberto Gerra

6

ABSTRACT

Le persone affette da disturbi da uso di sostanze non sono espressione di un fallimento morale o di una attitudine criminale. La dipendenza da sostanze è un complesso e multi-fattoriale disturbo della salute, come riconosciuto dalle Nazioni Unite e dall'OMS, che può essere prevenuto e curato. Prevenzione e cura devono fondarsi su evidenze scientifiche e su un approccio rispettoso e personalizzato. Far cessare stigma e discriminazione nei confronti delle persone dipendenti richiede un continuo approfondimento dalla eziopatogenesi di questi disturbi.

Le conoscenze che abbiamo relative ai disturbi da uso di sostanze e la vulnerabilità per gli stessi non ci permettono di giustificare atteggiamenti coercitivi o punitivi da parte delle istituzioni ma, piuttosto, ci invitano ad una mobilitazione collettiva nel segno della coesione sociale e della cura incondizionata.

1. ONU: Assemblea generale, Speciale sulla droga (UNGASS -New York/2016) e Dichiarazione Ministeriale della Commissione sui narcotici (Vienna-2019)

Il documento conclusivo dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, Sessione Speciale sulla Droga, UNGASS 2016, e la Dichiarazione Ministeriale della Commissione sui Narcotici 2019 sono stati approvati unanimemente dagli Stati Membri e indicano un cambiamento significativo nell'orientamento delle politiche sulla droga a livello globale.

La dipendenza da sostanze viene riconosciuta come un disordine della salute complesso e multifattoriale, di natura cronica e recidivante, con cause e conseguenze sociali, che può essere prevenuto e curato sulla base di evidenze scientifiche. Quindi non più un fallimento morale, non una attitudine criminale, un comportamento problematico auto-acquisito, non solo un fatto ricreazionale o il segno di un atteggiamento irresponsabile.

Questa interpretazione distorta ha sostenuto per decenni l'approccio punitivo di diversi Stati Membri che hanno investito gran parte delle risorse in politiche repressive. Atteggiamenti di stigma e discriminazione si sono consolidati nel tempo contro le persone affette da disturbi da uso di

Rif.

Gilberto Gerra, medico, Capo Dipartimento Salute e Prevenzione della Droga United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), Vienna
0043 69914594123
gilberto.gerra@un.org

sostanze, penalizzandole, marginalizzandole ed escludendole dagli interventi sociali e sanitari in un considerevole numero di Stati sino ad oggi.

Ministero dell'Interno, Ministero della Giustizia e forze di polizia sono ancora responsabili per prevenzione dell'uso di sostanze e trattamento dei disturbi da uso di sostanze in diverse parti del mondo.

Stigma e discriminazione originano anche dalle istituzioni sanitarie e sociali, con una invisibile barriera che limita l'accesso ai Servizi e con tendenza alla mancanza di rispetto per la dignità delle persone compresi gli operatori del settore.

Un atteggiamento svalutativo di politici e *policy makers* colpisce sia i consumatori di sostanze che i professionisti che se ne occupano.

Tra le violazioni dei diritti delle persone dipendenti, una opportunità essenziale è stata negata, con conseguenze ovvie sui pregiudizi e le interpretazioni del fenomeno. Ciò che è mancato per decenni è stato il diritto ad una storia clinica dettagliata.

2. La complessità dei fattori di rischio e di protezione

Questo ha permesso di ignorare in modo sistematico lunghe sequenze di svantaggi che costituiscono le basi per condizioni di vulnerabilità pre-esistenti all'uso di sostanze e predisponenti alla dipendenza.

La società ha coniato il termine "ricreazionale" per definire l'uso non problematico tra i giovani, come forma di negazione collettiva rispetto a condizioni di sofferenza psichica non espressa, malessere indefinito, frustrazione e ineguaglianza.

La complessità dei fattori di rischio e di protezione è stata investigata in modo parziale, solo da ultimo individuando l'insieme multifattoriale, definito bio-psico-sociale, che è sotteso ai disturbi da uso di sostanze. Questo ha impoverito il razionale essenziale a porre in essere basi scientifiche per prevenzione e trattamento.

Una prima componente da considerare per la predisposizione all'iniziazione all'uso di sostanze psicoattive per scopi non medici e nella vulnerabilità per lo sviluppo della dipendenza è quella relativa a fattori genetici. Insieme di geni agiscono sul temperamento influenzando in modo indiretto sul rischio di sviluppare comportamenti tossicomanici o forme di *resilience*. Temperamenti *sensation seeking* (sempre alla ricerca di sensazioni forti), impulsivi, disinibiti, meno sensibili alle gratificazioni ordinarie, esternalizzanti, così come i temperamenti ansiosi, evitanti e internalizzanti facilitano la esposizione alle sostanze e l'instaurarsi di comportamenti addittivi.

A loro volta i temperamenti problematici possono indebolire o compromettere le relazioni genitore bambino nella prima infanzia con conseguenze serie nell'organizzazione

dell'attaccamento e sullo sviluppo della personalità.

Se questo ancora non bastasse, alcune varianti dei geni interferiscono sulla espressione genica (attivazione o disattivazione) in modo da rendere più o meno efficaci le alterazioni dovute a problematiche ambientali.

Certamente, oggi appare chiaro quanto i fattori ambientali, particolarmente quelli relazionali ed educativi nella prima infanzia, siano più efficaci dei geni stessi nel determinare i comportamenti problematici e addittivi. I portatori di polimorfismi genici a rischio non sviluppano in molti casi il disturbo addittivo se si trovano a fruire di uno stile genitoriale intenso, coinvolto e di supporto. In altre parole i geni possono costituire un rischio solo in presenza di fattori ambientali problematici.

Le difficoltà dell'ambiente che concorrono a costituire la patogenesi di diversi disturbi mentali e in particolare della vulnerabilità per i disturbi da uso di sostanze appaiono attivi molto precocemente. Lo stress prenatale, che è dovuto a condizioni subite dalla madre in gravidanza, appare capace di alterare il sistema dopaminergico del nascituro con disfunzioni della fruizione delle gratificazioni e rischio per lo sviluppo dei disturbi da uso di sostanze.

Tali variazioni comportamentali a rischio hanno come substrato la capacità dello stress di modificare l'espressione di porzioni di geni, inducendo alterazioni epigenetiche stabili che influiscono su neurotrasmettitori e recettori a livello del sistema nervoso centrale.

Queste alterazioni epigenetiche, con metilazioni e acetilazioni, modulano l'espressione genica stabilendo una condizione neuro-plastica che spiega i rapporti gene-ambiente: un temperamento calmo e aperto ereditato dai propri genitori può divenire irritabile e chiuso a causa di alterazioni epigenetiche indotte da un ambiente problematico o viceversa.

A questo proposito, l'ambiente di cura nella prima infanzia costituisce un elemento cruciale nel determinare i fattori di rischio per i disturbi mentali e i disturbi da uso di sostanze. In questo stadio dello sviluppo, un ambiente di cura povero e problematico può cambiare la funzione e la morfologia di aree del cervello quali l'ippocampo o la corteccia prefrontale, con conseguenze sull'elaborazione delle emozioni e i meccanismi del controllo inibitorio.

Recenti studi hanno definito i disturbi da uso di sostanze quali "espressione clinica del disturbo di attaccamento genitore-bambino": quando l'attaccamento, questo legame intenso capace di favorire uno sviluppo psichico corretto, sia insicuro e disorganizzato le problematiche comportamentali e psichiatriche emergenti sono molteplici.

Un attaccamento povero e disorganizzato, insicuro e fragile può essere il risultato di una mancata intesa tra il temperamento del genitore e quello del bambino, oppure l'esito di

difficili condizioni socio-economiche che minano le relazioni interpersonali in famiglia.

Sempre crescenti evidenze indicano come il deficit dell'attaccamento genitore-bambino sia associato ad alterazioni epigenetiche, cioè della espressione genica, e si traduca in una incapacità a dilazionare la fruizione delle gratificazioni e a controllare gli impulsi, elementi così tipici dei disturbi da uso di sostanze.

Un insieme ampio di letteratura scientifica sottolinea l'importanza delle esperienze avverse e traumatiche nell'infanzia connesse al rischio del disturbo da uso di sostanze. In particolare l'abuso emozionale, fisico e sessuale, la negligenza fisica ed emozionale costituiscono fattori di rischio ben conosciuti per le dipendenze. Anche in questo caso, gli effetti delle condizioni di maltrattamento dell'infanzia, che si riflettono nell'adulto, sono mediati da alterazioni dell'espressione dei geni che modulano la neurotrasmissione. Ancora una volta le condizioni socio-economiche problematiche e le disuguaglianze si associano con un maggior rischio di esperienze avverse nell'infanzia.

La famiglia spezzata, la famiglia conflittuale, quella con violenza domestica, quella caotica con gravi disfunzioni contribuiscono ovviamente ad aggravare il quadro eziologico che espone ai disturbi da uso di sostanze.

Al contrario, una genitorialità appropriata, intensa, coinvolta, con un forte legame tra famiglia e bambino-adolescente, è stata dimostrata costituire un essenziale fattore di *resilience* e protezione.

Lo stesso si dica per la percezione del legame con la scuola, laddove una forma intensa di connessione con la comunità educante e il senso di appartenenza appaiono proteggere dal rischio dei disturbi da uso di sostanze. I giovani che al termine della scuola secondaria (18 anni) sono ancora inseriti nella scuola si trovano in una condizione di vantaggio rispetto al rischio delle dipendenze. Inutile sottolineare di nuovo come il drop out scolastico colpisca maggiormente i giovani delle classi sociali più povere.

Se questo insieme multifattoriale fa comprendere la complessità della vulnerabilità bio-psico-sociale per le dipendenze, il quadro si allarga ulteriormente se si considerano gli effetti delle sostanze per sé.

3 Vulnerabilità e correlati neurobiologici nell'uso continuativo di sostanze psicoattive

Le sostanze psicoattive capaci di indurre il comportamento addittivo producono a loro volta alterazioni epigenetiche cambiando l'espressione dei geni nei neuroni e polarizzando il sistema della gratificazione solo sugli effetti delle droghe. Il sistema motivazionale è sequestrato dalle sostanze psicoattive che stabiliscono un ciclo compulsivo condizionato, tale da escludere gli stimoli gratificanti naturali. Ed

è a causa di alterazioni epigenetiche stabili che il disturbo da uso di sostanze diviene "cronico" e capace di riattivarsi con la ricaduta a distanza di anni di astensione dall'uso di sostanze. In particolare, le sostanze modulano con meccanismi epigenetici il sistema della dopamina che governa la percezione delle gratificazioni, l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA) che risponde allo stress e alle emozioni nonché il sistema dei cannabinoidi endogeni e del GABA implicati nelle funzioni esecutive.

Quel che si viene a instaurare è un ciclo compulsivo condizionato che comprende la fase della gratificazione (*reward*) con rilevanza attribuita solo alla sostanza e binge-intossicazione, la seconda fase con emozioni negative e disturbi astinenziali e la terza fase con una funzione esecutiva fragile ed incapace di controllo inibitorio, con preoccupazione-anticipazione per la reiterazione del comportamento addittivo. Appare veramente complesso e ancora inesplorato lo scenario che vede intersecarsi da un lato le condizioni di vulnerabilità con i relativi correlati neurobiologici, dall'altro i cambiamenti della neurotrasmissione indotti dalle sostanze psicoattive utilizzate in modo continuativo, il tutto con implicazioni sovrapposte nella trascrizione dei geni.

È per questa condizione articolata e in gran parte ancora non ben conosciuta che non si riesce a comprendere come mai una certa percentuale di individui rimanga intrappolata nel ciclo compulsivo del disturbo da uso di sostanze e altri individui riescano a utilizzare in modo episodico le sostanze senza sviluppare la dipendenza.

Appare forse intuibile che esistano condizioni di rischio in qualche modo corrispondenti alle fasi del ciclo compulsivo: bambini e adolescenti con deficit della gratificazione, altri con difficoltà della gestione delle emozioni negative, altri ancora con una funzione esecutiva povera, prima di incontrare le droghe e l'alcool.

È in questo tessuto preesistente all'incontro con le sostanze che si instaurano la disponibilità all'uso episodico di droga e all'abuso di alcool per alcuni, il passaggio all'uso continuo e quotidiano per altri, il circuito compulsivo condizionato che costituisce il disturbo addittivo per altri ancora.

Da non dimenticare le complicanze indotte dai disturbi mentali a esordio precoce che facilitano l'uso di sostanze o crescono insieme all'uso di sostanze, spesso a partire da fattori di rischio condivisi. Tra essi occorre ricordare il disturbo della condotta, il deficit di attenzione con iperattività, il disturbo post-traumatico da stress, l'inizio del disturbo bipolare, l'ansia e la depressione.

Su tutto prevalgono, in termini di rischio per le dipendenze a livello globale, le ineguaglianze che affliggono i bambini e gli adolescenti più svantaggiati, i figli dei poveri, coloro che crescono in condizioni di deprivazione ed esclusione sociale, drop out scolastico, sfruttamento e degrado.

Tra costoro, i bambini e le bambine di strada in tutti i continenti che usano le droghe, gli inalanti e l'alcool per adattarsi a terribili condizioni di rischio, i bambini e le bambine maltrattati e abusati, i bambini e le bambine abbandonati da genitori che devono cercare una fonte di sostentamento all'estero, coloro che sono trafficati e sfruttati per la prostituzione e il lavoro minorile, forzati ad assumere metamfetamine e tranquillanti, e ancora i figli di rifugiati e migranti, senza alcuna prospettiva esistenziale nei campi profughi, esposti ai cannabinoidi sintetici, i bambini e le bambine nei paesi con conflitti o post-conflitto, i bambini soldato iniziati alla cocaina inalata per combattere efficacemente.

E, nei paesi sviluppati, tutti quei giovani indotti ad un consumismo esasperato che associa il consumo di beni al consumo di sostanze come antidoto alla frustrazione, alla mancanza di coinvolgimento nella comunità e nella società, ad un vuoto socio-politico innaturale per i giovani di tutte le generazioni, alla omologazione che annulla l'identità della persona.

Osservazioni conclusive

Considerando quanto esposto nella presente conversazione, le conoscenze che abbiamo relative ai disturbi da uso di sostanze e la vulnerabilità per gli stessi non ci permettono di giustificare atteggiamenti coercitivi o punitivi da parte delle istituzioni ma, piuttosto, ci invitano ad una mobilitazione collettiva nel segno della coesione sociale e della cura incondizionata.

Riferimenti bibliografici

- Brückmann, C., Islam, S. A., MacIsaac, J. L., Morin, A. M., Karle, K. N., Di Santo, A., ... & Nieratschker, V. (2017). DNA methylation signatures of chronic alcohol dependence in purified CD3+ T-cells of patients undergoing alcohol treatment. *Scientific reports*, 7(1), 1-11.
- Celorrio, D., Muñoz, X., Amiano, P., Dorronsoro, M., Bujanda, L., Sánchez, M. J., ... & Ardanaz, E. (2016). Influence of dopaminergic system genetic variation and lifestyle factors on excessive alcohol consumption. *Alcohol and Alcoholism*, 51(3), 258-267.
- Chastain, L. G., & Sarkar, D. K. (2017). Alcohol effects on the epigenome in the germline: role in the inheritance of alcohol-related pathology. *Alcohol*, 60, 53-66.
- Egervari, G., Ciccocioppo, R., Jentsch, J. D., & Hurd, Y. L. (2018). Shaping vulnerability to addiction—the contribution of behavior, neural circuits and molecular mechanisms. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 85, 117-125.
- Gartstein, M. A., & Skinner, M. K. (2018). Prenatal influences on temperament development: The role of environmental epigenetics. *Development and psychopathology*, 30(4), 1269-1303.
- Gerra, G., Garofano, L., Castaldini, L., Rovetto, F., Zaimovic, A., Moi, G., ... & Donnini, C. (2005). Serotonin transporter promoter polymorphism genotype is associated with temperament, personality traits and illegal drugs use among adolescents. *Journal of Neural Transmission*, 112(10), 1397-1410.
- Gerra, G., Zaimovic, A., Castaldini, L., Garofano, L., Manfredini, M., Somaini, L., & Donnini, C. (2010). Relevance of perceived childhood neglect, 5-HTT gene variants and hypothalamus-pituitary-adrenal axis dysregulation to substance abuse susceptibility. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 153(3), 715-722.
- Gerra, G., Somaini, L., Manfredini, M., Raggi, M. A., Saracino, M. A., Amore, M., ... & Donnini, C. (2014). Dysregulated responses to emotions among abstinent heroin users: Correlation with childhood neglect and addiction severity. *Progress in neuro-psychopharmacology and biological psychiatry*, 48, 220-228.
- Legastelois, R., Jeanblanc, J., Vilpoux, C., Bourguet, E., & Naassila, M. (2017). Epigenetic mechanisms and alcohol use disorders: a potential therapeutic target. *Biologie aujourd'hui*, 211(1), 83-91.
- Kendler, K. S., Ohlsson, H., Sundquist, K., & Sundquist, J. (2016). The rearing environment and risk for drug abuse: a Swedish national high-risk adopted and not adopted co-sibling control study. *Psychological medicine*, 46(7), 1359-1366.
- Kubota, T. (2016). Epigenetic Effect of Environmental Factors on Neurodevelopmental Disorders. *Nihon eiseigaku zasshi. Japanese journal of hygiene*, 71(3), 200-207.
- Mies, G. W., Verweij, K. J., Treur, J. L., Ligthart, L., Fedko, I. O., Hottenga, J. J., ... & Vink, J. M. (2018). Polygenic risk for alcohol consumption and its association with alcohol-related phenotypes: Do stress and life satisfaction moderate these relationships?. *Drug and alcohol dependence*, 183, 7-12.
- Pastor, V., Antonelli, M. C., & Pallarès, M. E. (2017). Unravelling the link between prenatal stress, dopamine and substance use disorder. *Neurotoxicity research*, 31(1), 169-186.
- Schechter, D. S., Moser, D. A., Pointet, V. C., Aue, T., Stenz, L., Paoloni-Giacobino, A., ... & Rossignol, A. S. (2017). The association of serotonin receptor 3A methylation with maternal violence exposure, neural activity, and child aggression. *Behavioural brain research*, 325, 268-277.
- Stojakovic, A., Walczak, M., Cieślak, P. E., Trenk, A., Sköld, J., Zajdel, J., ... & Parkitna, J. R. (2018). Several behavioral traits relevant for alcoholism are controlled by - 2 subunit containing GABA A receptors on dopamine neurons in mice. *Neuropsychopharmacology*, 43(7), 1548-1556.
- Unterrainer, H. F., Hiebler-Ragger, M., Rogen, L., & Kapfhammer, H. P. (2018). Addiction as an attachment disorder. *Der Nervenarzt*, 89(9), 1043-1048.

A trent'anni dalla legge del 1990

Il bisogno di rinnovare normative, politiche, servizi

Leopoldo Grosso

10

ABSTRACT

A 30 anni dalla legge del 1990, i dati relativi alla diffusione delle "droghe" e alla popolazione tossicodipendente detenuta, sanciscono l'insuccesso della "guerra alla droga" e della politica di criminalizzazione del consumo. Da ormai tre decenni l'iniziativa parlamentare è sostanzialmente bloccata, comportando l'assenza di qualsiasi innovazione istituzionale, pur a fronte di un cambiamento radicale dei consumi, delle culture giovanili, delle forme della dipendenza, delle trasformazioni del narcotraffico e della sperimentazione di politiche alternative in altre parti d'Europa e del mondo. La riclassificazione della dipendenza patologica in "disturbo d'uso di sostanze" (DSM V) consente ai Dipartimenti delle Dipendenze di intervenire in quell'ampia zona grigia, variamente articolata, che si declina tra l'autoregolazione del consumo e l'addiction, e che richiede un radicale cambiamento dell'assetto dei servizi di prevenzione e di cura, trasformandoli da "servizi d'attesa" a "servizi di iniziativa". Le proposte, ormai mature da tempo, richiedono, per la loro attuazione, onestà intellettuale, coraggio istituzionale, rigore programmatico e organizzativo. Non è poco, ma non basta. È anche necessaria una visione di insieme della gestione della "questione droga" che renda congruenti le azioni e i metodi che, pur originando da punti di vista diversi, confluiscono verso finalità comuni, coniugando la dimensione più strettamente sanitaria con una più ampia ma ineliminabile dimensione sociale.

Premessa

È vero, tre indizi, pur "pesanti", non bastano a fare una prova. Ma cosa ci suggeriscono:

- i) i 1300 detenuti in più del 2018 per possesso di sostanze psicoattive, che portano la popolazione in carcere per violazione della legge sulla droga, a totalizzare il 35,2% di tutte le persone private della libertà (14.579 su 59.655)?
- ii) l'aumento delle persone tossicodipendenti detenute: 16.669, il 27,9% della popolazione in carcere?
- iii) le 39.278 persone segnalate nel 2018 alle Prefetture per

Rif.
 Leopoldo Grosso, psicologo-psicoterapeuta,
 Presidente onorario Gruppo Abele,
 Docente a contratto Prevenzione e trattamento dipendenze Ius.TO
 335 7351387
 leopoldo.grosso@libero.it

detenzione di sostanze per uso personale, di cui il 79,1% per cannabis?¹

Come sempre, bisogna ripartire dal carcere per riflettere sull'efficacia delle politiche sulle droghe. È il carcere il "servizio" che, pur con approssimazione, consente di cogliere l'andamento delle derive del consumo problematico, e di fornire un'idea di quanti giovani mantengono i loro consumi e si mantengono con lo spaccio al dettaglio.

I dati ribadiscono che il carcere (e la legge del 1990 che li rinchiude), non sono la soluzione del problema "droga", ma l'indicatore e la principale causa del suo fallimento. Non ci sono alibi, perché la "sperimentazione" della 309/90 dura ormai da trent'anni, e i numeri sono sostanzialmente sempre gli stessi, quinquennio dopo quinquennio. Non a caso tutte le ONG europee impegnate nel settore sono concordi nel rivendicare la completa de-criminalizzazione del consumo, un regime penale più mite per il piccolo spaccio, un più significativo investimento sulle opportunità di reinserimento sociale.

1. Una legge ormai vecchia

Trent'anni sono troppi per una legge sulla tossicodipendenza. La normativa ed i dispositivi evocati sono rimasti immutati mentre tutto è cambiato: i consumi e gli stili di assunzione, le forme della dipendenza, le culture giovanili, il narcotraffico, gli approcci alla gestione del "fenomeno droga" in diverse parti del mondo. Al contrario, il dibattito politico e legislativo in Italia rimane inchiodato alla legge del secolo scorso. Le iniziative di corto respiro assunte dei vari governi succedutesi da allora ad oggi si sono inutilmente logorate in uno sfibrante moto pendolare: un continuo andirivieni tra istanze repressive che incombono sui consumatori e sullo spaccio al dettaglio e lo sforzo di arginarle per evitare un maggiore danno. Il vero dato politico originale è che l'argine non proviene da un'opposizione che si fa governo con una nuova maggioranza, ma dalle istituzioni preposte a tutelare la democrazia formale e sostanziale: il referendum del 1993 che abolisce le sanzioni penali per il consumo; le sentenze "calmieratrici" della Corte Costituzionale, tra cui, la più clamorosa, quella del 2014 che impone la soppressione della Fini-Giovanardi; la Corte Europea dei Diritti Umani, con la sentenza "Torreggiani" del 2013, contro il sovraffollamento delle carceri italiane.

I costi dell'indifferenza

La situazione di stallo è oggettivamente misurabile: l'Italia, ai margini del confronto europeo, diserta istituzionalmente gli incontri internazionali delegando i funzionari d'ambasciata (come a Vienna in occasione della 62ma Commission on Narcotic Drugs del 2019); non redige il piano d'azione

quinquennale di contrasto alle dipendenze, come richiesto dall'Unione europea; è in debito informativo nei confronti dell'Osservatorio di Lisbona (EMCDDA) su una buona parte di dati richiesti e non rilevati.

A livello nazionale, il DPA (Dipartimento Anti Droga), alle dirette dipendenze della Presidenza del Consiglio, è inadempiente rispetto alla stessa legge che lo ha istituito. La Conferenza nazionale, prevista dalla legge del '90 (art.1, comma 15) ogni tre anni, allo scopo di suggerire al Parlamento e al Governo eventuali necessità di modificare la normativa, rimane inevasa da più di dieci. Presso il DPA non sono più stati istituiti la Consulta degli esperti e il Comitato scientifico. La stessa Relazione al Parlamento ha smarrito la sua puntualità, nei tempi di presentazione e nei contenuti sempre più impoveriti.

Dalle inadempienze istituzionali, la "disattenzione", complici i tagli alla spesa nel settore socio-sanitario,² si è estesa al sistema dei servizi per le dipendenze, che subiscono da anni una continua sottrazione di risorse. Il personale in pensione è sostituito solo per il 25%, con contratti di precariato, facendo venire meno il compito di staffetta nel passaggio di conoscenze e di expertise tra le generazioni professionali. Le prestazioni dei SerDP tendono sempre più a restringersi ad una prevalente dimensione medico-farmacologica, a scapito della funzione psico-socio-riabilitativa. La capillarità degli interventi ambulatoriali è soggetta a processi di accorpamento territoriale. Chiudono alcune comunità terapeutiche (l'utenza in comunità è passata dai 22.706 ospiti del '96 ai 16.000 di oggi), a cui vengono a mancare gli invii: paradossalmente la domanda di trattamento residenziale, pur in presenza di disponibilità di posti, è strozzata per la riduzione del budget a disposizione per gli inserimenti, con conseguenti lunghe liste di attesa. Un intero pilastro delle politiche sulle droghe, la Riduzione del Danno, nel mancato passaggio "da progetti a servizi" nella maggior parte d'Italia, risente di interventi frammentati, sporadici (non più di 120 in tutt'Italia)³ e precari. I L.E.A. (livelli essenziali di assistenza), istituiti con DPCM 12.1.2017, sanciti per garantire almeno un'uniformità minima delle prestazioni sull'intero territorio nazionale, non sono ancora adottati dalle Regioni e tradotti in operatività.

Note

- 1 Presidenza del Consiglio dei Ministri, DPA, 2019, Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia, 2019
- 2 Report Osservatorio Gimbe n.7/2019 "Il defianziamento 2010-2019 del Servizio Sanitario Nazionale"
- 3 CNCA,CICA,ARCIGAY, a cura di A. Camposeragna "Indagine sui dei servizi di RdD/LdR in ITALIA ,maggio 2019

La prevenzione: caso paradigmatico

Della convergenza tra approcci repressivi e tagli alla spesa socio-sanitaria, la prevenzione è stata la vittima privilegiata.⁴ È ormai un ricordo lontano il Fondo nazionale di lotta alla droga, che permetteva di sostenere molte iniziative preventive. Le Regioni faticano a fornire una continuità degli investimenti nel settore, che è stato il più “tagliato” in assoluto. I SerDP con gli organici in riduzione, soprattutto nelle professionalità psico-sociali, sono in grado di coprire solo parzialmente le richieste dei loro bacini di riferimento. La domanda delle scuole è stata così non solo integrata, ma più generalmente evasa dalla presenza delle Forze dell’Ordine, che sono diventate punto di riferimento anche per iniziative repressive di contrasto al consumo, tra cui, le più eclatanti e non condivisibili, le operazioni condotte all’interno delle aule scolastiche con l’ausilio di cani-poliziotto. Tra educare e punire riprende il sopravvento il punire: il risultato è che i comportamenti trasgressivi minorili (riesce difficile definirli “devianti”), che sono spesso espressione di difficoltà individuali e familiari, invece di essere esaminati con attenzione e riservatezza, vengono pubblicamente stigmatizzati, producendo distanza, rabbia e risentimento anti istituzionale.

2. Nuovi scenari e criticità dell’assetto dei servizi

L’arretramento dello stato dei servizi avviene in un contesto di rapido cambiamento della scena della droga.

Il fenomeno del consumo, con le sue particolari caratteristiche e rischi, prevale su quello delle dipendenze, ma, come suggerisce l’Osservatorio europeo di Lisbona,⁵ non bisogna cadere in una visione schematica che suddivide un numero limitato di persone con una dipendenza patologica ed una platea molto più vasta di consumatori occasionali-ricreazionali. Il panorama dell’assunzione di sostanze psicoattive è oggi oltremodo differenziato, ed evidenzia una grande variabilità dei modelli di consumo, associati a differenti livelli di rischio e di danno.

Il mercato ha da tempo affiancato alle “piazze-ghetto” che periodicamente si ricreano (Rogoredo, Prato, Scampia, ecc.), il “servizio a domicilio” tramite il contatto telefonico col pusher o l’acquisto via WEB. L’immissione di sostanze sintetiche aumenta la disponibilità dell’offerta e la variazione degli stili d’uso.

Il narcotraffico si è ulteriormente articolato, ha configurato nuove alleanze ed ha proliferato ulteriori specializzazioni. La coltivazione di cannabis non è più esclusiva pertinenza di soleggiate e impervie zone del Meridione, ma, con la produzione in serra, si è estesa in tutt’Italia.

L’epidemiologia del disturbo da uso di sostanze è profondamente mutata: nelle diverse configurazioni assunte della comorbilità tossico-psichiatrica e, nel progressivo venire a

galla delle dipendenze comportamentali.

I servizi stanno perdendo la capacità di “agganciare” le nuove problematiche emergenti: l’utenza che per la prima volta si è rivolta ai SerDP è passata da 21.458 persone nel 2016 a 18.664 nel 2018. L’età media delle persone in trattamento è di 41 anni; quella della nuova utenza è di 32 anni. I Dipartimenti per le dipendenze, in genere ancora impostati sul binomio SerDP - Comunità terapeutiche, faticano a predisporre programmi adeguati per attrarre, contattare e interloquire efficacemente con la nuova utenza emergente. I protocolli di accoglienza, rigidamente ancorati al concetto di “presa in carico”, si rivelano di scarso aiuto per l’intercettazione precoce che rifugge dal “contratto terapeutico”. Gli interventi *outreach*, di limitazione dei rischi e di riduzione del danno, rischiano di rimanere avulsi da un’interazione con i servizi di cura e riabilitazione, perdendo i benefici di una logica di sistema.

Esistono in Italia significative esperienze di innovazione, in parte anche consolidate. Sono buone prassi che hanno sperimentato e validato originali modalità di intervento e inediti assetti organizzativi di servizio, indicando le nuove strade che possono essere percorse. Hanno testimoniato le capacità e competenze di molti operatori dei SerDP e del privato sociale, il sostegno coraggioso di non poche Amministrazioni. La difficoltà insormontabile in tutti questi anni è stata la loro diffusione sull’intero territorio nazionale. La sperequazione delle prestazioni tra centro-nord e sud d’Italia in particolare, è testimoniata in Meridione dall’insufficienza di risposte specifiche per la comorbilità tossico-psichiatrica, dalla ridottissima possibilità di fruizione delle misure alternative al carcere, dalle flebili opportunità dei contesti locali a favore di progetti efficaci di reinserimento sociale, dalla mancanza totale, ad eccezione della sola Campania, dei servizi di Riduzione del danno.⁶

3. Cosa viene richiesto ad una nuova legge sulla droga

Quattro questioni paiono centrali:

1. La prima riguarda la **completa decriminalizzazione del consumo, e un diverso regime normativo per lo spaccio di lieve entità** che riguarda soprattutto lo smercio di cannabis, oggi regolato con incongruenze interpretative

Note

4 Rapporto Osservazione salute 2015bis “Stato dell’arte della prevenzione in Italia”, 31/03/2016 pp.487-491

5 EMCDDA, European Drug Report 2014, Trends and Developments, Lisbona, 2014

6 CNCA et al., op. cit.

dal V comma dell'art. 73. Si tratta di evitare l'esperienza della carcerazione a persone in genere ai margini del mondo criminale, e utilizzare il vincolo della pena per percorsi di accompagnamento di reinserimento sociale.

2. La seconda questione concerne l'assetto dei servizi, nella loro trasformazione da **"servizi di attesa"** a **"servizi di iniziativa"**, con una più ampia offerta di interventi su tutto il territorio nazionale. Servizi, interventi e prestazioni che necessitano di differenziarsi per tipologia di utenza, per modelli di accoglienza, per fasi e obiettivi del trattamento. Un solo esempio: la distanza che esiste tra gli interventi nel mondo del divertimento giovanile dalla movida notturna ai rave-party, e la predisposizione di percorsi di protezione sociale per gli *old users*, dà l'idea di quanto si debbano differenziare le competenze, le risorse umane e le organizzazioni preposte agli interventi. Rispetto alla prevenzione, per quanto riguarda le scuole si tratta di superare la sporadicità degli interventi a macchia di leopardo, garantendo servizi organici e strutturati in grado di offrire continuità agli interventi. Il che significa iniziative a tappeto, centrate sull'apprendimento delle *life-skills* per la fascia 10-14 anni e sulla diffusione della *peer education* per la fascia 15-19 anni. Inoltre deve essere garantita la consulenza ai consigli di classe per trattare, con competenza individualizzata e la dovuta discrezione, le eventuali situazioni di consumo che possono presentarsi. I Dipartimenti, a cui è preposta la funzione dell'analisi dei bisogni del territorio e la programmazione delle risposte, costituiscono il luogo del pensiero "tecnico", che raccoglie i contributi dei diversi attori coinvolti, non solo Ser.DP e organizzazioni del privato-sociale, ma anche altri protagonisti territoriali, comprese le associazioni dei consumatori, portatrici dei diritti dell'utenza.
3. La terza questione è relativa al pieno riconoscimento e potenziamento dei **servizi di Riduzione del danno**. Servizi innovativi e di prossimità che mettono a disposizione strumenti di protezione sanitaria attraverso Unità di Strada e *drop-in* (distribuzione di siringhe e materiale sterile, preservativi, naloxone, test rapidi per Hcv e Hiv, ecc.) che attivano iniziative di ascolto e counselling, che stimolano attività di supporto tra pari e la partecipazione a gruppi di auto mutuo aiuto. Sul piano della limitazione dei rischi, i servizi dovrebbero andare incontro, con sistematicità, al mondo del divertimento notturno giovanile, utilizzare il web come strumento di prevenzione indicata, in modo da tutelare dai pericoli insiti nel consumo, promuovendo consapevolezza e responsabilità di autoregolazione, agendo da fattore protettivo nel territorio. Il controllo del contenuto delle sostanze illegali nei luoghi di aggregazione si rivela tra gli strumenti più efficaci per

agganciare gli utilizzatori, informarli dei pericoli, orientarli verso scelte più sicure, intercettare precocemente gli assuntori problematici.

4. La quarta questione concerne **l'applicazione dei L.E.A.**, come standard minimi di garanzia del diritto alla salute per tutti, non solo per la funzione di Riduzione del danno, ma per tutte le prestazioni che richiedono il potenziamento degli aspetti sociali, indissolubilmente intrecciati a quelli sanitari, riconosciuti come "essenziali" per il successo della cura.

Infine, molte evidenze sollecitano una propensione diversa da adottare nei confronti della **cannabis**, al di là della questione della cannabis terapeutica (da rendere effettivamente accessibile) e della cannabis light (che costituisce molto più un baluardo preventivo che non un'incentivazione al consumo). Delle 1.267.183 persone denunciate alla Prefettura nei trent'anni trascorsi dalla legge del '90, l'80% ha riguardato il possesso di cannabis. La stessa percentuale la troviamo nei sequestri di sostanze: l'80% riguarda la cannabis. Presumibilmente non ci si allontana troppo da quella cifra per le imputazioni art.73, soprattutto per i fatti di lieve entità (piccolo spaccio e coltivazione), anche se al riguardo non si posseggono dati certi, ma solo ricerche limitate. Ne consegue la doverosa necessità, di osservare le esperienze e monitorare i risultati della legalizzazione in atto in alcune parti del mondo. A fronte di una domanda di cannabis che si rivolge al mercato illegale in Italia, stimata intorno ai 6 milioni di persone, (non diversamente da altri paesi europei), l'approccio penale, oltre che inutile, produce effetti controproducenti. Alcuni studi⁸ suggeriscono che una regolamentazione rigorosa e stringente, con un percorso a senso inverso rispetto a quello condotto per il tabacco e l'alcol, potrebbe essere efficace non solo per togliere liquidità di denaro alle organizzazioni criminali ed evitare l'inquinamento dell'economia, o risparmiare un dispendio di energie alle Forze dell'Ordine e alla Magistratura, ma anche per restituire più salute ai singoli e alla collettività.

Note

- 7 National Academy of Sciences, Engineering and Medicine, "Integrating Social Care into the Delivery of Health Care: Moving upstream to improve the Nation's Health. Sept. 2019 <http://nationalacademies.org/hmd/Reports/2019/integrating-social-care-into-the-delivery-of-health-care>
- 8 A.Savet et al. "Medical marijuana laws and adolescent marijuana use in the United States: a systematic review and meta-analysis, in "Addiction 2018, June 113(6), Epub 2018, Feb. 22 D. Dragone et al." "Recreational cannabis reduces rapes and thefts: Evidence from a quasi experiment", Bologna, Dip. Scienze economiche, DOI 10.6042/unibo/amsacta/5416

Bibliografia

Presidenza del Consiglio dei Ministri, DPA, 2019, *Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia, 2019*

G. Zuffa, F. Corleone, S. Anastasia, L. Fiorentini, M. Perduca (a cura di), *Libro bianco sulle droghe 2019*, in *La guerra dei trent'anni*, Copyleft, 2019

Report Osservatorio Gimbe n.7/2019, " *Il defanziamento 2010-2019 del Servizio Sanitario Nazionale*"

CNCA,CICA,ARCIGAY, a cura di A. Camposeragna " *Indagine sui dei servizi di RdD/LdR in ITALIA*" 2019

Rapporto Osservazione salute 2015 bis " *Stato dell'arte della prevenzione in Italia*",31/03/2016 pp.487-491

EMCCDDA, *European Drug Report 2014, Trends and Developments*, Lisbona, 2014

National Academy of Sciences, Engineering and Medicine, " *Integrating Social Care into the Delivery of Health Care: Moving upstream to improve the Nation's Health*. Sept. 2019 <http://nationalacademies.org/hmd/Reports/2019/integrating-social-care-into-the-delivery-of-health-care>

A.Savet et al. " *Medical marijuana laws and adolescent marijuana use in the United States:a systematic review and meta-analysis*, in " *Addiction* 2018,June 113(6),Epub 2018, Feb.22

D. Dragone et al., " *Ricreational cannabis reduces rapes and thefts:Evidenze from a quasi experiment*", Bologna, Dip.Scienze economiche, DOI 106042/unibo/amsacta/5416

Il colloquio motivazionale

Una rivoluzione copernicana nel campo delle dipendenze

Gian Paolo Guelfi

ABSTRACT

Il colloquio motivazionale nasce per sostenere le motivazioni del cliente a fronteggiare situazioni difficili che costituiscono veri e propri ostacoli per il cambiamento. Si fonda su uno *spirito* (*accettazione, evocazione, collaborazione, propensione all'aiuto*), quattro *processi* (*stabilire un rapporto, focalizzare, evocare, pianificare*) e alcune *abilità* (*ascolto riflessivo, domande aperte, riassumere, sostenere, informare*). In un'atmosfera collaborativa l'operatore sostiene il cliente nella ricerca di quei fattori che lo aiutano a superare il suo problema. Il cambiamento non viene imposto ma evocato, nella misura in cui è possibile. Fine ultimo del colloquio è di ottenere dal cliente *affermazioni orientate al cambiamento*, di *preparazione* (*desiderio di cambiare, capacità di conseguire e mantenere il cambiamento, ragioni e necessità di farlo*) e di *attivazione* (*impegno a cominciare, mobilitazione di energie e comportamenti, muovere passi nella direzione del cambiamento*). L'operatore lavora con le abilità del colloquio motivazionale, per evocare tali affermazioni. Punti chiave del percorso sono l'importanza attribuita dal cliente al cambiamento, la fiducia che il cliente ripone nella possibilità di cambiare, e la disponibilità a cambiare che questi due fattori sostengono.

15

1. Piacere e dolore, una dialettica che ha a che vedere con le dipendenze

Determinati comportamenti umani devono essere ripetuti in quanto necessari per l'esistenza dell'individuo, come la nutrizione, o per la sopravvivenza della specie, come i comportamenti sessuali; a questi comportamenti finalizzati sono quindi associati fattori motivanti forti quali sensazioni di piacere.

La mente umana ha generato costrutti psicologici che hanno autonomizzato tali pulsioni edoniche dalle primitive funzioni, con effetti culturali e sociali importanti, anche con derive patologiche in eccesso, in difetto, e con deviazioni "perverse", quali disturbi del comportamento alimentare e disturbi del comportamento sessuale.

Conseguire il piacere ed evitare il dolore rappresentano aspetti propri della vita degli umani, e la evoluzione cul-

Rif.
Gian Paolo Guelfi, psichiatra,
libero professionista, Genova
347 6804676
gianpaolo.guelfi@fastwebnet.it

turale e le derive patologiche di tali naturali mete finalistiche costituiscono un campo complesso e controverso che comprende l'uso di sostanze capaci di generare piacere e di evitare il dolore, e l'adozione di comportamenti non legati all'assunzione di sostanze capaci in sé di conseguire tali finalità.

Piacere e dolore, un binomio che segna il campo dell'uso di sostanze e dell'adozione di comportamenti, in un complesso gioco in cui accade che i comportamenti messi in atto entrino prima o poi in conflitto con le finalità originarie, e spesso virino nella direzione opposta, diventando addizionali fattori di sofferenza, comunque di non-piacere, scivolando nella compulsione di comportamenti non più graditi ma anzi subiti e sofferti.

Assunzione di droghe a scopo edonico, o a scopo "anestetico", adozione di comportamenti gratificanti in funzione di stimolare il piacere o di vincere condizioni di sofferenza, sono chiaramente di natura adattiva nel soggetto che li mette in atto, volti cioè a stare meglio, a contenere la sofferenza. Ma una sorta di fatale "eterogenesi dei fini" porta ad un esito opposto, per usare un luogo comune, dai "paradisi artificiali" all' "inferno della droga".

Per chi adotta tali comportamenti, esiste in realtà un senso *adattivo*: si usano sostanze o si adottano comportamenti compulsivi per stare meglio e contenere la sofferenza; viene però adottato un comportamento che il resto del mondo giudica in modo opposto: *maladattivo* o *patologico*.

Per alcune persone che usano sostanze il problema sta proprio in questo, adottano comportamenti che la maggioranza degli altri considera in modo opposto, patologico: una radicale diversità, una opposizione al sistema di valori dominante, diventa un modo di essere oppositivo, alieno.

Il ricorso a comportamenti adattivi per conseguire un (maggiore) livello di piacere, per contenere un livello di sofferenza diventa un'abitudine, che se si radica, è difficilmente estirpabile, produce l'idea che sia impossibile farne a meno, e quindi genera una appetizione incontenibile, che in clinica è invalso l'uso di definire col termine inglese *craving*, la base neurobiologica e psicologica di quella condizione che chiamiamo dipendenza.

Quando la dipendenza è per determinate sostanze chimiche esistono fenomeni clinici precisi e descrivibili che connotano la necessità di aumentare le dosi della sostanza (tolleranza o assuefazione), la sofferenza derivante dalla mancata o ridotta assunzione (astinenza), i rischi di intossicazione acuta (*overdose*) o gli effetti patologici cronici.

Il comportamento di chi fa ricorso a sostanze o ad altri comportamenti sostitutivi della appetizione al piacere o dell'evitamento della sofferenza, entra in rotta di collisione con il pensiero morale e legale corrente: tali linee di condotta diventano così, oltre che deprecabili e stigmatizzabili, anche

punibili per legge. Lo stigma, legalizzato e reso fondamento della norma, è diventato anche la base della visione che presiede al lavoro clinico nel settore.

Il viraggio di un comportamento volto a generare piacere e ridurre la sofferenza nel suo opposto genera nel soggetto una crescente condizione psicologica di ambivalenza rispetto a un modo di essere e ad uno stile di vita percepito come adattivo e magari necessario ma anche fonte di sofferenza e di umiliazione.

2. Confrontazione *versus* centralità della persona.

La rivoluzione motivazionale

La posizione tradizionale nel trattamento delle dipendenze è costituita da un approccio confrontazionale basato su presupposti e visioni moralistici e legalitari. L'approccio tradizionale si fonda su teorie che declamano la debolezza della volontà, la viziosità dei comportamenti, la depravazione personale delle persone dipendenti. Alcolisti Anonimi ha introdotto il concetto di malattia per l'alcolismo, un indubbio passo avanti rispetto alla dominante visione moralistica, che tuttavia lascia immutato il concetto secondo cui si può uscire dalla dipendenza solo se si ammette di esserne stati sconfitti, e confidando in un non meglio identificato Potere Superiore.

Le prime comunità terapeutiche per tossicodipendenti si fondavano sulla "confrontazione", che significa mettere duramente a confronto il soggetto dipendente, la sua situazione, puntando a frantumare la sua resistenza, la sua negazione ("*denial*") con un attacco frontale. Con meno brutalità la medicina ufficiale, che fino a pochi decenni fa aveva sostanzialmente ignorato i problemi delle dipendenze, adottava un paradigma che è interessante esaminare un po' più da vicino.

"Il modello tradizionale di motivazione riferito ai bevitori problematici attribuisce integralmente alla personalità dell'individuo le caratteristiche motivazionali. Si crede che colui che abusa alcool debba procedere fino a un certo stadio di deterioramento prima di diventare 'pronto' al trattamento. La nozione popolare di 'toccare il fondo' significa questo, e all'osso significa aver sofferto o essersi rovinati abbastanza per essere 'motivati' al trattamento. Di più, i fallimenti terapeutici con i bevitori problematici sono attribuiti alla 'negazione, alla 'resistenza', o alla 'demotivazione del soggetto'. In tal modo, ogni tipo di fallimento -non voler entrare in trattamento, non rimanere in trattamento o non aderire al regime terapeutico, non raggiungere risultati positivi- viene attribuito alle caratteristiche motivazionali della personalità dell'individuo. Per contro, i successi terapeutici sono attribuiti a qualità che non sono proprie dell'individuo, bensì del programma o dell'operatore. I

counselors e i programmi di trattamento si compiacciono di prendersi vanto dei successi che essi 'hanno prodotto'. Questo sistema attribuzionale è davvero molto comodo per il terapeuta: i successi sono dovuti alla bravura e alla qualità del counselor o del programma; i fallimenti dipendono dall'insufficienza del cliente. Scarsa motivazione, mancata aderenza alle indicazioni, carente consapevolezza, deterioramento, mancanza di desiderio. Questo modo è perfettamente comprensibile dal punto di vista dalla psicologia sociale: tutti noi tendiamo a attribuire i successi a noi stessi, e i fallimenti all'ambiente esterno."

Questa magistrale descrizione dell'approccio della medicina tradizionale alle dipendenze è estratta dall'articolo del 1983 che è l'origine del Colloquio Motivazionale, di William R. Miller, dal titolo "Il Colloquio Motivazionale con i bevitori problematici" (Miller, 1983). In tale articolo Miller ribalta radicalmente la visione tradizionale del concetto di "negazione", fino ad allora considerato un caposaldo della psicopatologia dell'alcolismo. Secondo tale visione, la negazione costituiva un vero e proprio "tratto di personalità" tipico dell'alcolista, e più in generale, del tossicodipendente o della persona con disturbi comportamentali.

E in molti ambienti ancora oggi la si pensa così. Miller fin dal primo passo (1983) ribalta il problema scrivendo: "... la negazione non è una caratteristica dell'individuo alcolista, ma piuttosto il prodotto del modo in cui gli operatori hanno deciso di interagire con i bevitori problematici".

Si comprende che questa semplice constatazione, persino disarmante nella sua apparentemente banalità, mette al bando la linea fino ad allora indiscussa di lavoro con gli alcolisti, e ancor più con i tossicodipendenti (ma se ci si pensa, con tutti i soggetti che hanno problemi legati a comportamenti maladattivi, devianti, non-salutari): la *confrontazione* volta a sfondare le resistenze ed imporre nuove visioni coerenti con il cambiamento. Con le migliori intenzioni, la posizione di confronto produce, a fronte di pochi casuali successi, un mare di disastri e fallimenti. E soprattutto emargina il cliente dal processo di guarigione, ne cancella l'autonomia, inverte i termini del problema: non più centralità del cliente, ma centralità della visione dell'operatore, col cliente relegato in periferia e passivizzato.

Miller ha il merito storico di aver ribaltato l'approccio al paziente con problemi alcol-correlati, attivando una rivoluzione copernicana: mette al centro il paziente, recuperando con questa operazione il meglio di Rogers e della sua *terapia-centrata-sul-cliente*, e proponendo per l'operatore un ruolo accogliente, collaborativo, facilitatore e sostenitore; una guida rispettosa e amichevole, che assiste nel percorso della motivazione al cambiamento un soggetto –il cliente– per definizione ambivalente, ma sempre e comunque unico responsabile della scelta della via da seguire, se mai ce ne

fosse una, per il cambiamento. L'articolo di Miller (1983) è l'origine del Colloquio Motivazionale (CM), che si è sviluppato da allora in profondità e si è esteso a campi diversi da quello delle dipendenze, ed ha generato una visione diversa e positiva dell'intervento sanitario e sociale.

3. Il Colloquio motivazionale, Spirito, Processi, Abilità

Secondo Miller e Rollnick il CM è costituito da tre componenti, *spirito, processi e abilità* pratiche.

Lo *spirito* che informa il CM è basato su una modalità di *Accettazione* nel rapporto con il cliente, riconosciuto portatore di un valore intrinseco come persona, col quale si sviluppa un rapporto di qualità empatica che si traduce nel forte sostegno che gli viene dato, e nel rispetto della sua autonomia. Da questa impostazione scende che l'operatore è interessato ad *Evocare* i punti di vista del cliente, le sue idee, le sue preoccupazioni, i suoi pensieri e i suoi eventuali progetti per il cambiamento. L'ottica del lavoro è di *Collaborazione*, intesa come il contrario della prescrizione, e come qualcosa di diverso dalla semplice e passiva presa d'atto. *Accettazione, Evocazione, Collaborazione* sono declinati nel CM di Miller e Rollnick, in un contesto di *Propensione all'aiuto*, che nella versione originale inglese è definito "*compassion*", termine che noi, nella traduzione della terza edizione del manuale (Miller e Rollnick, 2013), abbiamo scelto di non tradurre letteralmente, per evitare le *nuance* negative di "compatimento" intrinseche nel termine italiano di "compassione".

Il concetto di *processi* del CM viene introdotto da Miller e Rollnick (2013). I quattro processi sono così enunciati: Stabilire un rapporto; Focalizzare; Evocare; Pianificare.

Stabilire il rapporto, il primo dei processi, è la base di ogni relazione terapeutica. Secondo il CM l'esito positivo di un trattamento non può essere conseguito senza che si sia stabilita una relazione di lavoro collaborativa tra cliente e operatore. Questa è "il processo di costruzione una relazione di aiuto fondata sulla fiducia e sul rispetto" (Miller e Rollnick, 2013). Sulla base del rapporto che viene stabilito si focalizza su un punto specifico del problema portato dal cliente, e si evoca da parte sua la linea lungo la quale il problema viene affrontato, fino a pianificarne il superamento.

4. Le Abilità del CM, Ascolto riflessivo, Domanda aperta

Riflessione, Sostegno, Informazione

L'ascolto riflessivo è il cuore del CM; è la modalità che permette la migliore comprensione tra operatore e cliente e la più costruttiva e solida alleanza terapeutica. L'*Ascolto riflessivo* consiste nella restituzione al cliente in forma di affermazione –non di domanda– di una frase, un concetto, uno stato d'animo che egli ha espresso, come una presa d'atto di qualcosa di importante che da lui proviene. È la

formulazione di un'ipotesi sul significato di tale frase, concetto, stato d'animo che il cliente ha espresso.

L'inflessione del finale della frase fa la differenza: se il cliente espone una sua situazione difficile, si vedano le due alternative di interlocuzione dell'operatore.

Domanda: "Si sente a disagio?"

Ascolto riflessivo: "Si sente a disagio."

Domanda: "Non pensa che questo è un problema?"

Ascolto riflessivo: "Non pensa che questo è un problema."

Domanda: "Sta pensando di divorziare?"

Ascolto riflessivo: "Sta pensando di divorziare."

Le battute di *Ascolto riflessivo* non sono domande ma dichiarazioni di comprensione di quanto il cliente ha detto. Come i tre esempi qua sopra si può trattare di Ascolto riflessivo "semplice", nella forma più elementare, "a pappagallo". Possono invece darsi forme di Ascolto riflessivo più complesso (Tab. 1).

L'*Ascolto riflessivo* permette di capire meglio ciò che il cliente pensa e sente, di mettere a punto lo spessore delle sue preoccupazioni, di entrare nel suo mondo. Da questi significati di natura cognitiva, già di per sé importanti, ne deriva uno di natura emozionale di grande importanza: praticare l'*Ascolto riflessivo* sostanzialmente impedisce di cadere nelle trappole (Tab. 2) e di mettere in pratica blocchi della comunicazione (Tab. 3).

Nel formulare *Ascolto riflessivo* l'operatore seleziona che cosa nelle frasi, concetti, stati d'animo del cliente riprendere e restituire, e con che misura e quale peso farlo. In sostanza nel riflettere, l'operatore imprime una direzione al discorso. Non è una funzione passiva, bensì radicalmente attiva, fondata sul punto di vista del cliente. Non stupisce quindi che la funzione di gran lunga più importante dell'*Ascolto riflessivo* sia di natura emozionale: genera nell'interlocutore la sensazione realistica dello sforzo di comprensione che l'operatore sta mettendo in atto per comprenderlo e per entrare nel suo mondo. L'*Ascolto riflessivo* genera empatia, ed è quindi l'ingrediente fondamentale nella costruzione dell'alleanza terapeutica.

La Domanda aperta si definisce per esclusione: sono domande chiuse quelle a cui si può rispondere con un semplice sì / no; quelle che comportano un aut-aut, e quelle inquisitorie, introdotte da locuzioni tipo 'perché, come mai'. Domande introdotte da locuzioni come Chi, Quando, Dove sono da considerare intermedie. Sono considerate Aperte le domande introdotte da locuzioni tipo: *Quale, Come, In che modo, In che senso.*

Nell'ottica maieutica del CM consiglio che le Domande aperte vengano formulate in sequenza:

Cominciare con domande volte a esplorare i vantaggi attesi dal cambiamento e i fattori che potrebbero invogliare la

Esempi di Ascolto riflessivo nel corso di un colloquio.

"Sono preoccupato per quello che mi sta succedendo ..."

Parafrasare: usare un termine più leggero ...

"Quello che le accade la impensierisce"

... o più pesante:

"La sua situazione sta diventando sempre più difficile"

Riformulare: aggiungere significato ipotetico

"La situazione in cui si trova l'obbliga a scelte difficili e radicali"

"Teme di non riuscire a far fronte alla situazione"

Riflettere lo stato d'animo:

"Si sente molto avvilito per la piega che hanno preso gli eventi"

"Questa situazione la fa star male"

Riflettere proseguendo il discorso:

"... e si trova in una situazione di incertezza e paura"

Esempi di ascolto riflessivo a fronte di una resistenza del cliente che porta contenuti in favore del non-cambiamento

"Può essere che bevo troppo, ma non sono un alcolizzato"

Riflessione amplificata:

"Lei è convinto che la sua situazione non è preoccupante"

"Non ha alcuna preoccupazione per il livello del suo bere"

Riflessione a due facce:

"Da una parte non crede di essere alcolizzato, dall'altra pensa che effettivamente beve un po' troppo"

o, invertendo i fattori:

"Nonostante le accada di bere troppo, non ritiene di doversi preoccupare della sua condizione"

Riflessione con spostamento del focus:

"Non pensa di essere alcolista nonostante a volte esageri col bere. Quali altri problemi potrebbero emergere?"

Tab. 1, Esempi di ascolto riflessivo complesso

persona a realizzarli:

Quali vantaggi si aspetta da ...? Che cosa potrebbe invogliarla a ...?

Proseguire indagando che cosa potrebbe ostacolare il cambiamento:

Quali difficoltà incontra a ...?

Concludere aiutando il cliente a dire come potrebbe superare tale difficoltà:

Che cosa potrebbe aiutarla a superare le difficoltà che incontra nel ...?

A ogni risposta una o più battute di *Ascolto riflessivo* segnano la comprensione e approfondiscono il senso del colloquio. La sequenza *Domanda aperta - Ascolto riflessivo*, rafforza la dimensione interattiva del colloquio, e quindi facilita

Trappola della valutazione: sottoporre il cliente a procedure di valutazione esageratamente dettagliate in un tempo prematuro, prima cioè di aver esaminato insieme a lui il suo punto di vista sui suoi problemi.

Trappola dell'esperto: dare al cliente il messaggio che è l'operatore a sapere cosa fare e che il cliente non ha altro da fare che accettare la prescrizione e metterla in pratica.

Trappola della focalizzazione troppo precoce: appena ha individuato e classificato il problema, l'operatore propone la soluzione, che magari è anche coerente con le linee guida e le evidenze scientifiche, ma se impatta su un cliente non pronto è destinata a fallire.

Trappola dell'etichettatura: è collegata alla precedente, anzi ne è la base. Destinata a rimestare lo stigma per il disturbo che il cliente ha già sicuramente sperimentato.

Trappola del biasimo: espressione della visione moralistica della dipendenza o di qualunque altra problematica comportamentale o psichiatrica si stia affrontando; magari con le migliori intenzioni, per esempio "di scuotere" il cliente, in realtà lo si avvilisce.

Trappola della chiacchiera: quando l'operatore non ha una direzione chiara verso il cambiamento.

Trappola domanda-risposta: una sequenza di domande genera un clima inquisitorio e costruisce una relazione in cui il dispiegarsi della direzione è totalmente in controllo dell'operatore, e il cliente è oggetto passivo

Tab. 2, *Trappole della comunicazione* (Miller e Rollnick, 2013)

1. Dare ordini, dirigere, comandare
2. Mettere in guardia, ammonire, minacciare
3. Consigliare, dare suggerimenti, fornire soluzioni
4. Persuadere con la logica, discutere, dare lezioni
5. Dire alla persona cosa deve fare, moraleggiare
6. Esprimere disaccordo, giudicare, criticare, biasimare
7. Concordare, approvare, lodare
8. Svergognare, ridicolizzare, etichettare
9. Interpretare o analizzare
10. Rassicurare, esprimere simpatia o consolare
11. Fare domande, sondare
12. Distrarsi, pensare ad altro, scherzare, parlare d'altro

Tab. 3, *Blocchi di Gordon* (Miller e Rollnick, 2013)

la costruzione della relazione per l'alleanza terapeutica. Ascolto riflessivo e Domanda aperta sono i principali strumenti interattivi del CM.

Riassumere è una forma interattiva, che recupera contenuti espressi dal cliente, li raccoglie in un unico blocco comunicativo ("*un bouquet*", è la metafora usata nel gergo del CM), eventualmente aggiunge una considerazione dell'operatore e si conclude con la richiesta di un commento. Serve a puntualizzare e consolidare acquisizioni raggiunte, ed a marcare consensualmente il progresso della relazione.

Sostenere è una funzione essenziale nel CM consistente nel suscitare nel cliente le capacità di affrontare il problema. È quindi una funzione centrale nel rapporto terapeutico, e comporta uno sforzo specifico da parte dell'operatore.

Informare, senza imporre, è una abilità del CM che comporta una specifica capacità dell'operatore. La modalità tecnica che il CM suggerisce è quella fondata sul trinomio *suscita-fornisci-suscita*, costruita con l'obiettivo di non imporre ma di guidare il cliente nella acquisizione di informazioni che gli mancano e di cui ha invece bisogno.

5. Le Affermazioni Orientate al Cambiamento (AOC), l'obiettivo finale del CM

Lo scopo del CM è evocare da parte del cliente *Affermazioni orientate al cambiamento* (AOC). È essenziale che sia il cliente a formularle: se è l'operatore a farlo non ha lo stesso significato (anzi può suscitare reazioni avverse, oppostive); e quindi l'obiettivo dell'operatore non è di formulare AOC, bensì di evocare le AOC dal cliente.

Sono individuate e definite come *AOC di Preparazione* le affermazioni del cliente espressive di

- *Desiderio di cambiare.*
- *Capacità di conseguire e mantenere il cambiamento.*
- *Ragioni per farlo.*
- *Necessità di farlo.*

Queste quattro condizioni sono preparatorie di altre affermazioni, definite *AOC di Attivazione* del cliente che esprimono:

- *Impegno a cominciare.*
- *Mobilizzazione di energie e comportamenti per cambiare.*
- *Muovere passi nella direzione del cambiamento.*

Le AOC di *Attivazione* sono predittive di un effettivo movimento verso il cambiamento. Le relazioni tra le une e le altre, e tra esse e il reale cambiamento sono state oggetto di diversi studi controllati (Amrhein et al, 2003).

Le AOC sono il risultato delle abilità del CM usate dall'operatore che agisce nello spirito del CM: vengono evocate, e coltivate attraverso l'*Ascolto riflessivo*; l'esplorazione e l'indirizzo della motivazione del cliente si dipana nel colloquio con *domande aperte* e *ascolto riflessivo, riassunti e sostegno*, col dare *informazioni* e facilitare le risposte orientate

al cambiamento senza produrre ostacoli alla comunicazione e senza generare o amplificare resistenze e disaccordi. Le AOC sono l'obiettivo del CM, tutto nel CM è teso verso l'espressione da parte del cliente di AOC, delle quali conta, ai fini della predittività sull'esito, la forza, che è ovviamente variabile, la progressività, e la concentrazione verso la fine della sessione di colloquio.

6. I fattori del cambiamento: Importanza, Fiducia, Disponibilità

Sostenere il cliente nelle prime versioni del CM veniva declinato come sostegno della sua autoefficacia ("*Self-Efficacy*"). Il termine, coniato da Bandura (1996) sta ad indicare la fiducia di conseguire un risultato specifico in tempi dati. Il senso di autoefficacia è sostenuto dai successi; può essere sostenuto dal successo osservato in altri, e non può essere invece rafforzato ricorrendo alla semplice esortazione. Nelle più recenti versioni del CM secondo Miller e Rollnick il termine Autoefficacia è stato sostituito con quello di Fiducia. Sostenere la Fiducia delle persone nella possibilità di conseguire il cambiamento è un obiettivo strategico dell'intervento motivazionale.

L'altro fattore decisivo nel processo di cambiamento è la frattura interiore ("*Discrepancy*"), termine semplificato in Importanza nelle versioni più recenti della manualistica motivazionale. La dissonanza cognitiva di Festinger (1992) è il costrutto psicologico secondo cui le persone inclinano a ridurre la dissonanza tra i loro comportamenti e i loro valori di riferimento. La frattura interiore si esprime come una dolorosa percezione di contraddizione, che richiede di essere superata. Tale superamento può avvenire col ricorso a meccanismi di difesa (che in realtà la cristallizzano) oppure attuando un cambiamento che effettivamente avvicini il comportamento ai valori di riferimento, il che di solito è l'obiettivo di un trattamento. La Frattura interiore/Importanza è il vero motore del cambiamento: nessun processo di cambiamento inizia se manca questa pressione per il superamento di una contraddizione interna che si traduce in disagio percepito.

Importanza e Fiducia sono i fattori determinanti del cambiamento. Insieme sostengono la disponibilità al cambiamento (Spiller, Zavan, Guelfi 2007), danno conto di profili motivazionali utili per inquadrare i passi di un percorso.

7. Profili Motivazionali

Il gioco di importanza e fiducia è decisivo nel percorso di cambiamento. Insieme contribuiscono al progresso nei percorsi di cambiamento, qui esemplificati in cinque passaggi (Guelfi GP, Quercia V, Scamperle A, 2018).

a) Se importanza e fiducia sono bassi manca ogni spinta al cambiamento, e viene percepito solo un basso livello

di contraddizione. Il soggetto non percepisce la sua situazione come problematica. La disponibilità al cambiamento in tali casi è bassa, secondo il modello degli stadi del cambiamento il soggetto è definibile in Precontemplazione, vale a dire, *Non-pronto*.

- b) Può tuttavia accadere che pur in assenza di una minima percezione di importanza del cambiamento, una persona senta una piena fiducia nel poterlo fare "se solo decidesse di farlo"; posizioni illusorie del genere esistono, in particolare negli adolescenti. Lo stadio del cambiamento è come sopra, il soggetto è *Non-pronto*.
- c) Se l'importanza attribuita ad un problema cresce, non è detto che cresca in parallelo anche la fiducia di poterlo risolvere; in tal caso cresce il disagio percepito per la contraddizione, e un sentimento ambivalente verso il cambiamento, auspicato ma sentito impossibile. Una disponibilità al cambiamento dominata dall'ambivalenza si definisce Contemplazione, semplificato in *Incerto*.
- d) Quando invece importanza e fiducia crescono sintonicamente il percorso di cambiamento si avvia a soluzione, la disponibilità al cambiamento cresce, il soggetto si trova nello stadio detto di determinazione, pronto cioè a mettere in pratica il cambiamento richiesto. In termini semplici: *Pronto*
- e) Il passaggio all'Azione vede i due costrutti molto alti, e tuttavia perché il passaggio avvenga occorre un atto di volontà del soggetto, espressione della sua autonomia di scelta e di decisione. In questo stadio è molto alta la Disponibilità al Cambiamento.

8. Questo lavoro apre alcune questioni che vanno esaminate

Terapia individuale

Come si colloca il CM nell'armamentario a disposizione dell'operatore? Dato il suo carattere non precisamente definito da parametri accademici, il CM viene generalmente acquisito dagli operatori secondo le esigenze di ognuno di loro, dando luogo a versioni che vanno dall'uso di alcuni spunti ad adesione totale, lungo un *range* molto variabile di adozione del metodo. L'esperienza del singolo operatore è decisiva. Dove il CM è più diffuso come negli Stati Uniti e nel Regno Unito esistono istituzioni che adottano in toto lo stile di lavoro motivazionale e con esso sostituiscono le precedenti pratiche. Non è il caso italiano, dove il CM non ha nei curricula formativi universitari lo spazio che merita, e quindi gli operatori che si formano in tale disciplina generalmente lo fanno individualmente. È a carico dell'operatore la scelta di formarsi nelle discipline del CM e la integrazione propria e del metodo di cui è portatore nel gruppo in cui si trova ad operare: non sempre tale convivenza è improntata a colla-

borazione, e si può dire che l'inserimento in un gruppo di lavoro di un componente che si ispiri al CM è il primo (più impegnativo) banco di prova dell'acquisizione da parte sua dei valori di fondo del metodo stesso. Diversi sono gli aggiustamenti nel lavoro di gruppo che si possono verificare, dalla divisione del lavoro ad altri meno corretti ed efficaci. La formazione motivazionale è di per sé, comprensibilmente un ingrediente che facilita la collaborazione, ma talvolta questo non accade o non è comunque sufficiente rispetto ad una efficace e condivisa collaborazione tra operatori di orientamenti diversi. Per sintetizzare su questo punto, c'è ancora molto lavoro da fare.

Terapia familiare

Le famiglie dei pazienti e la terapia familiare. Noi abbiamo esaminato il rapporto tra CM e lavoro con le famiglie (Guelfi e Spiller, 2003), e trovato molti aspetti condivisi tra i due approcci: l'accettazione, la ipotizzazione/riformulazione, la risposta alla resistenza, la valorizzazione dell'ambivalenza, il sostegno dell'autoefficacia. In tale lavoro abbiamo evidenziato come sia il paziente designato, sia il suo familiare, nella loro relazione esprimono pensieri e sentimenti riferibili al modello degli stadi del cambiamento (Prochaska e Di Clemente, 1982) e come tali vanno aiutati entrambi a progredire verso un cambiamento, senza il quale non c'è miglioramento della relazione tra loro. Il punto critico è che non sempre, anzi quasi mai, il paziente designato e il suo familiare condividono stadio del cambiamento e persino area problematica; ma di solito entrambi percepiscono molto bene l'incomprensione dell'altro, e si sentono non accolti nella loro sofferenza. Miller e Rollnick (2014, p.404) osservano che "spesso accade che l'altro significativo sostenga il cambiamento e il paziente designato sostenga il contrario". Il terapeuta motivazionale deve essere pronto a fronteggiare questa pericolosa contraddizione, che è una pericolosa trappola perché mina le fondamenta della sua necessaria neutralità nel lavoro terapeutico familiare. Anche nel lavoro familiare col CM ci sono molti passi avanti da fare.

Valutazione colloquio motivazionale

La domanda legittima se il CM funziona trova risposta nelle numerosissime meta-analisi e trial controllati citati in bibliografia del manuale di Miller e Rollnick (2014). Ci limitiamo qui a citare il più significativo (a nostro parere), uno dei più recenti e completi lavori (Magill et al., 2018) e a rimandare ad esso chi fosse interessato. Per una completa e aggiornata elencazione dei trial sul CM si rimanda al sito web citato in bibliografia.

Conclusioni

Il CM serve per aiutare le persone in percorsi di cambiamento, e le loro necessità sono quindi la priorità. Il cambiamen-

to è un auto-cambiamento, i servizi e gli operatori possono solo facilitarlo, non certo determinarlo. I clienti sono protagonisti del cambiamento, poiché essi sono gli esperti di se stessi, così come gli operatori sono gli esperti delle tecniche in generale; ma non sono gli operatori che fanno accadere il cambiamento. Non è detto che le idee del tecnico, anche se esperto, siano le più adatte per il cliente, perché questi ha i suoi punti di forza, le sue motivazioni, e le sue risorse. Il lavoro è collaborativo proprio per questo, non è uno scontro di potere, in cui chi induce il cambiamento "vince"; la metafora espressiva del CM non è la lotta ma piuttosto la danza. I passi di un percorso di cambiamento sono negoziati tra cliente e operatore. Insomma, la motivazione per il cambiamento non viene inoculata nella persona del cliente, ma viene evocata, e l'operatore è consapevole di non poter prendere la decisione del cambiamento senza o contro il consenso del soggetto, perché il cambiamento non diventa un obiettivo finché non viene assunto come tale dal cliente.

Bibliografia

- Presidenza del Consiglio dei Ministri, DPA, 2019, *Relazione annuale al Amrhein PC, Miller WR, Yahne CE et al., Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes.* Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2003, 71, 862-878
- Bandura A., *Il senso di autoefficacia*, trad.it., Edizioni Centro Studi Erickson, Trento 1996
- Festinger L., *Teoria della dissonanza cognitiva*, trad.it., Franco Angeli, Milano 1992
- Guelfi GP, Quercia V, Scamperle A., *Il Colloquio motivazionale*. In: Lugoboni F, Zamboni L (a cura di) *InSostanza – Manuale sulle Dipendenze Patologiche*. Edizioni CLAD Onlus, Verona 2018, 743-752
- Guelfi GP, Spiller V., *Counselling motivazionale negli interventi familiari. Un'ipotesi e una sfida.* Itaca 2003, 19-20, 41-44
- Magill M, Apodaca TR, Borsari B, Gaume J, Hoadley A, Gordon REF, Tonigan JS, Moyers T., *A meta-analysis of motivational interviewing process: Technical, relational, and conditional process models of change.* Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2018, 86,140-157
- Miller WR., *Motivational Interviewing with problem drinkers.* Behavioral Psychotherapy, 1983, 11, 147-172
- Miller WR, Rollnick S., *Il Colloquio Motivazionale*, trad.it., 3a Ed. Edizioni Centro Studi Erickson, Trento 2014
- Prochaska JO e DiClemente CC., *Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change.* Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 1982, 19, 276-288
- Spiller V, Zavan V, Guelfi GP., *Motivation and Change: a three-dimensional continuum*, in Tober G and Raistrick D (a cura di): *Motivational Dialogue. Preparing addiction professionals for motivational interviewing practice.* Routledge, London-New York 2007, 34-51

Sitografia

- https://motivationalinterviewing.org/sites/default/files/mi_controlled_trials_0.pdf
- (si trova l'elenco "Controlled Clinical Trials Involving Motivational Interviewing", aggiornato al 30 Gennaio 2020). (Ultima consultazione il 22 Marzo 2020)

La Redazione di SESTANTE ha dato voce a tre domande su vantaggi e svantaggi del modello organizzativo del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP), scelto e costruito in questi anni in Emilia Romagna. Si ricorda che a livello nazionale ed europeo sono fatte anche altre scelte, quali Dipartimenti Dipendenze Patologiche, SerDP all'interno del Dipartimento Salute pubblica, oppure nel Dipartimento Cure primarie, ma anche all'interno del presidio Ospedaliero. Abbiamo inviato le domande a tutti i Direttori dei SerDP della Regione ER, ma il tempo del COVID-19 non ha permesso a tutti di rispondere per cui abbiamo deciso di affiancare il contributo dei due Direttori che ci hanno risposto più estesamente e che, da angolature diverse, hanno mostrato pregi e limiti di questa scelta politico-organizzativa.

Franca Francia, Paolo Ugolini

22

Vantaggi, svantaggi e proposte sul SerDP nel DSM-DP

Intervistati

Antonio Nicolaci

psicologo, DUO SerDP /Area Sud Reggio Emilia

Edoardo Polidori

medico, DUO SerDP/Forlì e Rimini

D1 - Quali vantaggi pensi che abbiano avuto i SerDP entrando a far parte del DSM-DP e come mantenerli?

AN: Ho iniziato a lavorare come psicologo delle dipendenze nel 1990, nel Settore Tossicodipendenze del Servizio Sociale dell'USL n.12 di Scandiano. Successivamente il Settore è diventato un Servizio (SerT) che faceva riferimento direttamente al Distretto. Così, per la mia esperienza, nel momento in cui il SerT (non ancora SerDP) è entrato a far parte del DSM-DP, è passato in un sistema organizzativo più forte, con regole e procedure ben definite e questo è stato sicuramente un vantaggio rispetto all'adeguamento ai requisiti per

Rif.
Paolo Ugolini, Direttore Sestante,
334 6205675
paolo.ugolini@auslromagna.it

l'accreditamento ed ha migliorato la chiarezza in termini di riferimenti e livelli di responsabilità.

Certamente il vissuto iniziale degli operatori è stato un po' quello di essere stati annessi ad una terra straniera, non credo potesse essere diverso, ma alla fine i vantaggi in termini organizzativi e progettuali sono stati concreti: ora è sicuramente più chiaro cosa chiedere, a chi chiedere e come chiedere e penso sia scontato quanto questo sia utile non solo per gli operatori, ma specialmente per i destinatari dei vari interventi erogati.

Senza voler mistificare che tutto sia stato, o sia sempre, facile direi anche che col tempo i SerDP hanno visto valorizzata la loro essenza di servizi multiprofessionali, per i quali il confronto tra le professioni è stato un punto fermo fin dalla loro stessa nascita.

Noto favorevolmente che anche lo sviluppo di CURE manifesta questo scambio di culture e va verso la direzione di una sempre maggiore integrazione, dove tutte le professioni del Dipartimento sono valorizzate, in quanto viene riconosciuto il ruolo di ogni operatore nell'affrontare le varie necessità portate dagli utenti ai Servizi.

Altro passaggio importante è stato condividere il valore del rapporto col territorio che ci ha visto portare nel DSM-DP temi importanti come quello degli interventi della bassa soglia d'accesso, delle unità di strada e della prossimità.

Mi auguro che gli aspetti positivi di questo percorso, che ritengo non ancora completamente realizzati, possano portare ad una maggiore stabilità e competenza del sistema curante.

EP: Il SerDP non ha avuto alcun vantaggio a far parte del DSM-DP. Per cogliere l'occasione di un cambiamento reciproco era indispensabile che le DP avessero avuto lo stesso peso teorico ed economico della psichiatria. È stata un'occasione persa. Questo poteva essere il modo di riconoscere pari dignità alla patologia delle dipendenze, costruendo ad esempio luoghi *ad hoc* per contribuire alla cura della patologia, invece gli strumenti utilizzati, in particolar modo nelle urgenze o situazioni acute, sono stati quelli tipici della psichiatria.

D2 - Quali svantaggi pensi che abbiano avuto i SerDP entrando a far parte del DSM-DP e come potrebbero essere compensati?

AN: Come ci si poteva aspettare, il passaggio non è stato esente da momenti di difficoltà legati alla necessità di riconoscersi e valorizzarsi nell'accettazione delle reciproche differenze. A volte emerge ancora un atteggiamento divisivo nella difesa dei singoli *budget* e risorse, con conseguente difficoltà a mettere al centro il paziente ed i suoi bisogni.

Ritengo che ciò possa portare ad una difficoltà di rappresentare assieme, SerDP e CSM davvero uniti, il punto di vista della sanità nella definizione di percorsi terapeutici di utenti in doppio assetto, con conseguente minore incisività nel confronto con gli altri attori del sistema. Ritengo che ciò possa essere causa di minore efficacia nella costruzione del Budget di Salute inteso nel senso più ampio e completo.

EP: In questo accorpamento si è andati incontro, in maniera progressiva, alla perdita di identità del servizio DP, che sempre più spesso sta diventando una succursale della Salute Mentale e tende a leggere l'uso di sostanze (dell'abuso e della dipendenza) come se fosse una patologia psichiatrica. Questo trova un riscontro dal punto di vista della "cultura" del servizio in una grossa spinta a sviluppare le tematiche maggiormente psichiatriche, trascurando gli aspetti più "medici" che tradizionalmente avevano caratterizzato la storia di questi servizi (Epatiti, HIV, MST, ...). Soltanto un'attenzione europea, con una grossa spinta dalle varie organizzazioni e da parte dell'EMCDDA ha riportato l'attenzione, negli ultimi anni, almeno al tema dell'epatite C. Dal punto di vista delle pratiche organizzative quello a cui si è assistito in questi anni è stato poi una riduzione complessiva delle strutture complesse che hanno visto una notevole contrazione di quelle allocate nelle DP, non paragonabile come numero alla riduzione lieve che si è verificata nelle strutture psichiatriche. Solo nell'area Romagna le strutture complesse perse dalle DP assommano al 75%, mentre quelle perse dalla Salute Mentale sono il 23%. Questa sproporzione, simile a quanto avvenuto in altre realtà regionali, penso sia influenzata anche dalla figura del capo dipartimento, che vede decisamente privilegiata (per usare un eufemismo) una figura proveniente dall'ambito della psichiatria. L'appartenenza alla psichiatria ha inoltre privilegiato concorsi in questa disciplina, a scapito di altre specialità che facevano parte della cultura e della progettualità dei servizi per le dipendenze, rendendo più confuso il mandato di cura che, nel tempo, è diventato sempre più simile alla presa in carico delle patologie psichiatriche della dipendenza piuttosto che essere centrato sulla cura della dipendenza stessa. Programmi vaccinali per i tossicodipendenti, interventi di Riduzione del Danno, cura e attenzione per i fuori vena, per le lesioni da iniezione, flebiti, ecc. fanno sempre più fatica ad emergere nelle progettualità dei SerDP, oppure vengono affidate a cooperative esterne e legate a fondi da reperire di anno in anno, sempre più difficili da utilizzare. La mortalità per overdose è un tema che ormai ha bisogno di progetti speciali invece di essere uno dei compiti preventivi primari di questi servizi. A livello di formazione personale penso poi che nessun servizio delle aziende sanitarie regionali veda così poca attenzione e così tanta ignoranza tra

operatori sulla materia specifica di cui si occupa (le droghe, la dipendenza). Sarebbe interessante un questionario tra gli operatori che verifichi le conoscenze sulle varie sostanze: DMT, MDA, 2-CB, forse risulterebbero poco conosciute, ma avrei seri dubbi anche su eroina e cocaina, per non parlare di tabacco ed alcol. Le competenze cliniche sul trattamento con metadone e buprenorfina sono poi decisamente legate ad un modo di fare ereditato da vecchi operatori dove però il "sapere" ha lasciato posto al vuoto rituale. La confusione sul tema tabagismo è indicativa di tutto quanto espresso fino ad ora: vogliamo negare che sia una dipendenza? Ma allora perché le fila di questa tematica sono tenute dalla sanità pubblica? Perché su questo tema, calcolando che esiste un servizio pubblico che si occupa di dipendenze, le fila sono tenute da chi si occupa, spesso come organizzazione privata, di tumori? Possiamo tenere distinte le patologie correlate (tumori) dalla tematica principale (dipendenza)? Davvero avremmo pensato anni fa di far coincidere la tematica HIV con la tematica della dipendenza e affidare la cura dei tossicodipendenti alle Malattie Infettive? Davvero pensiamo che un tabagista sia affetto da una patologia psichiatrica per il semplice fatto di fumare? Davvero pensiamo che il CSM sia il luogo indicato per la presa in carico dei tabagisti? (Questa affermazione è basata sul fatto che da diverso tempo si sentono affermazioni che fanno riferimento al fatto che i CSM assorbirebbero le DP, individuando al proprio interno dei percorsi specifici ma eliminando le DP come Unità Operativa autonoma. Per carità, questi ragionamenti sono stati sempre smentiti ma, con notevole costanza, tornano fuori periodicamente in varie riunioni).

Altri ragionamenti a ruota libera si potrebbero fare, a partire dal fatto che il tema della prevenzione e della riduzione del danno, punti cardine della operatività delle DP, non hanno mai trovato spazio nella cultura dei nostri CSM e che, in molte realtà, tali progetti stanno progressivamente svanendo.

Lasciando altre considerazioni alla D3, penso che una modifica di tale quadro si potrebbe ottenere riequilibrando le strutture complesse all'interno del Dipartimento e riportando le tematiche delle Dipendenze Patologiche ad una pari dignità con le tematiche della psichiatria (a titolo di esempio penso che nelle varie riunioni di Dipartimento che si sono succedute fino ad oggi nell'area Romagna le tematiche delle Dipendenze abbiano avuto uno spazio oscillante tra l'1 e il 5%, generalmente a fine Comitato quando molte persone stavano già andando via; posso anche aggiungere che i confronti tra Direttori di UO vedranno 7 esponenti delle salute mentale e 1 delle DP. Lascio ad altri valutare il rilievo che i temi delle Dipendenze avranno in tali confronti).

In altre parole, penso sia opportuno tenere distinte le due UO, rinforzando il concetto che il Dipartimento cui appar-

teniamo si chiama "Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche" e quella "e" configura e rinforza il fatto che si stia parlando di due realtà diverse, non assimilabili. Sarebbe inoltre opportuno, a mio avviso, privilegiare l'assunzione di medici che siano specialisti in discipline diverse dalla psichiatria (tossicologia, farmacologia clinica, malattie infettive, medicina interna) per dare un assetto multidisciplinare alla professione medica all'interno delle DP, promuovendo formazione su queste tematiche.

D3 - Quali proposte hai per il futuro del DSM-DP? Quali aspetti organizzativi o culturali pensi siano determinanti?

AN: Gli sviluppi in ambito bio-medico e neuroscientifico hanno rivoluzionato la conoscenza delle dipendenze e, quindi, dato un'impronta nuova ai suoi trattamenti. Ritengo che, in coerenza col riferimento al modello bio-psico-sociale, lo sforzo dei DSM-DP si debba sempre più rivolgere, con rinnovata attenzione, alla costruzione di percorsi riabilitativi a fondamento dello sviluppo della recovery nei pazienti più fragili. Credo alla necessità di incrementare la messa a punto di percorsi riabilitativi fondati sullo sviluppo delle conoscenze scientifiche e delineati in termini di obiettivi, strategie, definizione di specifiche formazioni degli operatori coinvolti e strutturazione di momenti di costante valutazione. Ritengo che ciò possa essere un importantissimo obiettivo comune, capace di creare sinergie e spirito di squadra tra le componenti del DSM-DP, e divenire la base di interventi sempre più competenti e condivisi.

EP: Se quanto esposto al punto 2) potrebbe essere definito come atto di rivolta nella situazione attuale (un atto che, cioè, non mette in discussione l'ordine costituito ma sollecita alcuni cambiamenti) la mia proposta successiva è invece un atto che intende promuovere una rivoluzione rispetto all'organizzazione attuale (mettendola quindi fortemente in discussione).

La mia proposta consiste nella creazione di un Dipartimento Dipendenze Patologiche completamente autonomo rispetto al Dipartimento Salute Mentale oppure, come alternativa, un accorpamento delle DP all'interno della Sanità Pubblica, individuando la cornice della tutela della Salute Pubblica molto più appropriata rispetto alla cornice della Salute Mentale. Solo un passaggio di questo tipo mi consente di collocare in un giusto quadro le politiche più avanzate a livello europeo e mondiale (stanze del consumo, trattamenti con eroina, ...), facendo una scelta di recuperare attenzione alle "policies" sul tema e rendendo la nostra Regione promotrice di un cambiamento su una linea di intervento europea. Chi dubita di questo potrebbe guardare i programmi dei convegni internazionali sul tema delle dipendenze

(Lisbon Addictions, Harm Reduction Conference, ...) o i documenti dell'EMCDDA o del Civil Society Forum (organismi di emanazione diretta o di consultazione della Commissione Europea) per verificare come le tematiche psichiatriche siano un aspetto decisamente minoritario delle questioni affrontate.

Tutto ruota attorno ai temi della Salute della collettività.

Lo stesso Board che si occupa delle specialità mediche negli USA ha recentemente istituito la specializzazione della Addiction Medicine, inquadrandola tra le discipline specialistiche della Medicina Preventiva e non tra quelle della Psichiatria.

Credo infine che includere le DP con i CSM abbia creato un paradigma teorico del tutto fuorviante rispetto alla specificità delle patologie delle dipendenze. Ha contaminato infatti la possibilità di vedere le dipendenze come patologia a sé stante e non correlata ad una fragilità psichiatrica, tanto è vero che è stato introdotto il concetto di doppia diagnosi, che è un po' la sintesi di questo meccanismo.

Tutto questo ha finito col togliere ai professionisti delle DP la titolarità di alcuni trattamenti specifici, quali i ricoveri. I ricoveri vengono svolti oggi, quasi sempre, in cliniche psichiatriche.

Dal punto di vista culturale inoltre, nonostante la presenza del Dipartimento unico, non siamo ancora riusciti a far passare per intero la differenza tra situazioni assolutamente distinte come uso, abuso e dipendenza da sostanze e il concetto che la dipendenza patologica non è una scelta ma proprio una incapacità di scelta tra l'utilizzo o meno della sostanza determinato da un meccanismo patologico legato al circuito della ricompensa. Ancor più grave è ancora diffuso nel Dipartimento il concetto che quando i pazienti psichiatrici usano sostanze automaticamente sono le sostanze stesse ad essere responsabili delle problematiche psichiatriche presentate (senza nulla togliere al fatto che alcune sostanze slatentizzano problematiche psichiatriche o, più frequentemente, siano associate a quadri clinici psicotomimetici).

Strutture residenziali e SerDP: un percorso evolutivo

*Modifiche e sviluppi reciproci nel rapporto pubblico e privato
accreditato in Emilia Romagna*

Matteo Iori, Franca Francia

ABSTRACT

Diverse delle prime comunità terapeutiche italiane sono nate in Emilia Romagna. Nella nostra regione si è costruita la storia delle prime realtà residenziali per tossicodipendenti e delle loro modalità di lavoro; modalità che sono evolute e si sono modificate insieme al contesto dell'utenza e dei servizi pubblici con i quali hanno sempre più collaborato. Il rapporto fra pubblico e privato accreditato in Emilia Romagna ha promosso sviluppi e progettazioni un tempo inimmaginabili a maggior vantaggio degli utenti, delle loro caratteristiche e del rispetto delle loro possibilità. Nell'ultimo accordo RER-CEA vengono sanciti ulteriori passi in avanti e attraverso l'analisi di questi ben si comprende il famoso primato del Sistema integrato dei servizi per le dipendenze dell'Emilia Romagna.

Introduzione

Un tempo in comunità si davano i numeri... 36 i mesi del programma terapeutico, 12 i mesi che passavano prima di poter rivedere i famigliari, 10 come le sigarette al giorno, 1 i caffè consentiti in occasioni speciali (domenica e feste di compleanno), 0 come i farmaci sostitutivi permessi. Il bello dei numeri è che sono oggettivi, chiari e uguali per tutti. C'è poco da interpretare con la matematica e c'era poco da interpretare nelle comunità terapeutiche: le regole erano definite, scritte e uguali per ogni ragazzo, ogni familiare e ogni servizio inviante. Non c'erano utenti ma "ragazzi" (a prescindere dall'età) e i ragazzi si sa: sono ben voluti ma non hanno diritti particolari. La comunità era una sorta di "isola" nella quale vigevano regole diverse da quelle della società e queste regole erano riconosciute da tutti: chi era all'interno le osservava rigorosamente e chi era fuori le auspicava e a volte le invidiava vedendo in esse un ottimo modello di correzione delle personalità più indomite. Fra Comunità e SerDP le differenze erano enormi e spesso chi gestiva le strutture di *guarigione* vedeva molto male chi dava la *droga di stato* ai ragazzi senza permettergli di *toccare il fondo* e chiedere finalmente aiuto.

Poi qualcosa è cambiato... Lentamente ma inesorabilmente i "ragazzi" sono diventati "utenti", e in questo cambiamento

hanno acquisito un maggior diritto a percorsi personalizzati. Crollava il tabù dei tempi uguali per tutti, delle regole a prescindere, dei percorsi definiti a priori, e si cominciò a confrontarsi sulle possibilità delle persone più che sui loro doveri. In pochi anni le Comunità riuscirono a fare enormi cambiamenti, ben più di quelli che riuscì a fare il servizio pubblico che invece si dimostrò molto meno avvezzo a modificarsi a seconda delle necessità degli utenti; non per niente ancora oggi non abbiamo SerDP aperti nei festivi, o fino a tarda notte, o in anonimi uffici in qualche condominio o su mezzi mobili che girano la città. Alcune realtà fecero lo sforzo di mettersi più in discussione, ma ne avevano anche più bisogno; altre innovarono molto meno ma probabilmente potevano in parte anche permetterselo. In ogni caso il rapporto fra Comunità e SerDP cambiò profondamente e un po' alla volta si cominciò a vedere gli altri come propri colleghi e a collaborare davvero, e non solo sulla carta.

In Emilia Romagna questa collaborazione venne sancita con chiarezza dal percorso di crescita e potenziamento che fu definito dagli "Accordi Regione ER-CEA". All'interno degli "Accordi", che negli anni sono stati siglati fra la Regione Emilia Romagna e il Coordinamento degli Enti Ausiliari è possibile vedere un'evoluzione costante del rapporto fra pubblico e privato e degli impegni reciprocamente presi, impegni che hanno giovato essenzialmente a due aree: a quella afferente direttamente all'utenza, e a quella legata allo sviluppo di idee e all'analisi dei fenomeni.

1. I benefici per gli utenti

Gli utenti sono coloro che hanno beneficiato direttamente di questa contaminazione fra pubblico e privato. Le Comunità prevedevano percorsi tutti uguali, di pari durata per tutti, con identiche scansioni del tempo, del programma, del recupero delle relazioni affettive, e con identici obiettivi: finire la comunità ed essere totalmente "guariti". Non c'erano alternative: o accettavi questo percorso o ne eri fuori. Qualsiasi risultato che non fosse "drug free" era considerato un insuccesso e causa della necessaria ripetizione del programma. Oggi gli Accordi RER-CEA sono costituiti da un importante paragrafo dedicato agli interventi di prossimità, nel quale si riconoscono la prossimità e gli interventi di riduzione dei rischi come attività necessarie per tutelare la dignità degli utenti, salvaguardare la loro vita, permettere a chiunque di essere coinvolto in un percorso di crescita legato agli obiettivi possibili e non a quelli ideali.

Se un tempo l'abbandono delle strutture significava la drastica rottura di un patto fiduciario, oggi anche gli abbandoni e le ricadute riescono ad essere lette all'interno di un percorso più ampio e che generalmente viene gestito nel recupero delle relazioni già instaurate fra utente e operatori della comunità.

Altra grande innovazione per il beneficio degli utenti, che è molto significativa per rappresentare il grande cambiamento avvenuto, è quella di non avere più argomenti tabù: in passato sarebbe stato impossibile anche solo proporlo, oggi invece le Comunità di accoglienza stanno trovando dei modi adeguati per fornire ai propri utenti anche informazioni sulle attività di riduzione dei danni in caso di overdose. Sembra quasi paradossale: fare un intero percorso per emancipare gli utenti dall'uso di sostanze e poi dirgli come gestire l'eventuale utilizzo di droghe. In realtà non è paradossale ma è il grande sforzo di laicità e di verità compiuto dai professionisti che sanno dalle statistiche che i momenti di uscita da strutture contenitive, come comunità o carceri, sono i più pericolosi per eventuali overdose. Significa riuscire a mettere in discussione ciò in cui si crede e ciò per cui si è lavorato, accettando consapevolmente le vulnerabilità delle persone e i limiti delle proprie terapie, ma senza che questo invalidi il proprio modello di intervento e la propria determinazione nel perseguirlo.

2. I benefici sulle idee e sull'analisi dei fenomeni.

Le Comunità oggi non sono più solo comunità. Ciò che viene definito come "mondo delle comunità", oggi è divenuto in realtà un arcipelago di proposte diverse: strutture di accoglienza diversificate fra loro sui tempi, sui percorsi, sulle caratteristiche degli utenti accolti, appartamenti residenziali, centri diurni, accoglienze serali e notturne, percorsi individualizzati domiciliari, interventi di alta o media o bassa intensità assistenziale, e tanto altro ancora. La contaminazione e il lavoro congiunto fra SerDP e Enti Accreditati ha portato negli anni ad un costante scambio di idee, di proposte, di sperimentazioni che potessero essere adeguate ai cambiamenti dell'utenza o del contesto e di conseguenza a innovazioni costanti. Pur mantenendo le proprie identità, il settore pubblico e il settore privato delle dipendenze sono stati in grado di costruire un sistema davvero integrato che riuscisse ad aprirsi alle influenze reciproche superando ideologie personali o limiti del servizio. Da questa contaminazione sono nate idee nuove e percorsi innovativi che però, sempre grazie al solido sistema integrato pubblico-privato, non ha portato alla disgregazione delle più vecchie realtà di accoglienza, bensì ad un accompagnamento verso un'evoluzione che ne ha garantito la sopravvivenza.

Per costruire innovazione, in un contesto di professionisti, non ci si basa su tradizioni o ideologie, bensì sull'analisi dei fenomeni e sull'individuazione delle risposte più efficaci. Quello del forte sviluppo dell'analisi dei fenomeni è stato un altro degli obiettivi raggiunti grazie alla collaborazione fra Regione e Enti Accreditati. Si è riusciti a dimostrare coi fatti che il lavoro congiunto fra pubblico e privato dà migliori risposte, garantisce più offerta, permette di condivi-

dere dati e ricerche e di conseguenza fornisce un quadro più chiaro nell'analisi dei fenomeni e nella proposta di soluzioni. Grazie a queste analisi nella nostra regione siamo stati all'avanguardia nell'affrontare molti nuovi fenomeni, dall'avvio di una delle prime strutture in Italia per giocatori patologici, agli interventi residenziali per tossicodipendenti più anziani, all'accoglienza di giovani con problemi di compulsività alimentare, a forme di residenzialità leggera, ad altro ancora. Le offerte di servizio sono aumentate e con esse si sono sviluppate nuove ulteriori analisi e nuove ulteriori idee. Anche la forma di concorrenza, comunque presente

nei fornitori del privato accreditato, ha spinto a proporre soluzioni sempre più adeguate al contesto e all'utenza, la contemporanea garanzia di sistema per il fatturato di tutti gli attori, tramite budget predefiniti, ha permesso comunque di non esacerbare le individualità e di mantenere un equilibrio e una tutela costanti per tutti. In questo modo, pubblico e privato sono cresciuti insieme rafforzandosi a vicenda e, sebbene con pochissime risorse rispetto ad altri settori sanitari, superando notevoli difficoltà.

Di seguito, lo schema di Enti e obiettivi del Coordinamento regionale.

Il Coordinamento Enti Ausiliari (CEA) (ora Accreditati) della Regione Emilia Romagna viene fondato nel 1995 e raccoglie quasi tutti gli Enti che a livello regionale si occupano di dipendenza da sostanze. Il CEA gestisce 70 strutture residenziali o semiresidenziali per tossicodipendenti, oltre a interventi di riduzione del danno, appartamenti protetti, unità mobili, interventi di prevenzione per adolescenti e tanto altro. Le strutture del CEA sono presenti a Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena, Bologna, Imola, Ferrara, Ravenna, Cesena e Rimini; attraverso le attività promosse dagli Enti del CEA ogni anno vengono accolti migliaia di utenti e viene dato lavoro a centinaia di operatori.

28

Coop. Sociale Cento Fiori / RN	È nata nel maggio 1981, per la sua costituzione si è impegnato in prima persona il SerDP di Rimini, raccogliendo diversi giovani sulla "piazza", (border-line, tossicodipendenti, emarginati, volontari), desiderosi di impegnarsi in un'impresa che aveva lo scopo di creare attraverso il lavoro, opportunità per affrancarsi dalla dipendenza della droga e/o da situazioni di emarginazione.
Comunità San Maurizio / Borghi (FC)	Nasce dall'esperienza di volontariato privato della famiglia Molari; esperienza portata avanti attraverso il proprio lavoro di artigiani e rivolta alle persone emarginate.
Coop. Sociale La Casa / RA	È iscritta all'Albo Regionale Enti Ausiliari che gestiscono, senza scopo di lucro, strutture per il recupero e il reinserimento di ragazzi tossicodipendenti, ispirandosi al programma terapeutico Progetto uomo del Ce.I.S. di Roma di Don Mario Picchi.
Fondazione Nuovo Villaggio del Fanciullo / RA	Ha come scopo provvedere, direttamente o mediante enti o società collegate, secondo le condizioni e la disponibilità di strutture, all'assistenza di persone svantaggiate che necessitano di cure e ospitalità temporanea con l'esclusivo perseguimento di finalità di solidarietà sociale, senza scopo di lucro, nei settori assistenza socio-sanitaria, formazione, beneficenza e ricerca scientifica.
Coop. Sociale CoMES / Marradi (RA)	È una cooperativa sociale che nasce a Marradi nel 1982 per rispondere a concrete esigenze della comunità locale
Coop. Il Sorriso / Imola (BO)	La Comunità Terapeutica nasce a Borgo Tossignano (Imola-BO) nel 1982 per opera dei coniugi Alfo ed Anna Ferrari che, dal nulla, hanno dato vita ad una piccola comune che raccoglieva ragazzi/e tossicodipendenti.
Fraternità cristiana Opera Padre Marella / BO	Attualmente diversifica il suo impegno sociale nella provincia di Bologna e in quella di Ravenna attraverso la conduzione di centri di accoglienza, case-famiglia e comunità terapeutiche
Soc. Coop. Open Group / BO	È un'impresa sociale di nuova generazione. Innovazione, trasversalità e interdisciplinarietà sono le nostre parole chiave. Abbiamo le radici nel territorio emiliano romagnolo, ma la prospettiva è aperta alla dimensione europea.
Fondazione CEIS / MO	Opera direttamente nel settore della prevenzione soprattutto in ambito scolastico e socio-educativo e attraverso le consociate al Consorzio Gruppo CeS sostiene gli interventi nel campo delle tossicodipendenze, dell'alcolismo, delle dipendenze comportamentali, dell'assistenza socio sanitaria, dell'accudimento ai minori, della malattia mentale e dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA).
Coop. Sociale Il Timoniere / FE	La comunità è sorta per offrire una risposta ad una grave situazione territoriale che vedeva numerosi tossicodipendenti ed assenza totale di una struttura operativa.
Copp. Sociale Consorzio CEIS / MO	Nasce nell'ottobre 2008, allo scopo di riunire sotto la stessa forma giuridica enti differenti, operanti su territori diversi, che condividevano la medesima mission, ma anche per fornire agli enti stessi uno strumento capace di rispettare le proprie autonomie nell'offrire servizi diversificati sul territorio, condividendo i valori e l'approccio di base.

Comunità L'Angolo / MO	Gli anni di esperienza che la Comunità L'Angolo ha al suo attivo nel settore delle terapie del recupero delle persone che consumano sostanze considerate illecite si uniscono allo sforzo di rinnovamento che la stessa Comunità ha avvertito necessario per rendersi più visibile e diventare punto di riferimento per le famiglie, i singoli individui e le istituzioni pubbliche.
Centro di solidarietà CEIS / RE	Ha iniziato la sua attività nel 1982, per iniziativa del Comitato Cittadino Antidroga, costituito da un gruppo di genitori di tossicodipendenti in contatto con il Centro Italiano di Solidarietà di d. Mario Picchi a Roma.
Coop. Sociale Nefesh / RE	Ha sviluppato la sua esperienza nel settore dei servizi alla persona in trent'anni di attività sul territorio.
Coop. Sociale Centro Sociale Papa Giovanni XXIII / RE	Ha come fine il contrasto alle cause prime di disagio sociale e la promozione di ogni forma di inclusione e appartenenza.
Coop. Sociale La Quercia / Reggio E.	Nata alla fine degli anni '70, la cooperativa iniziò un lento recupero dell'abitato, in gran parte fatiscente, ed avviò una serie di attività economiche, il più possibile compatibili con l'ambiente circostante.
Fondazione CEIS / PR	Opera direttamente nel settore della prevenzione soprattutto in ambito scolastico e socio-educativo e attraverso le consociate al Consorzio Gruppo CeIS sostiene gli interventi nel campo delle tossicodipendenze, dell'alcolismo, delle dipendenze comportamentali, dell'assistenza socio sanitaria, dell'accudimento ai minori, della malattia mentale e dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA).
Comunità Betania / PR	È nata a Marore, in provincia di Parma, nel 1983. La sua finalità consiste nel promuovere una cultura di solidarietà, diffondere il valore del volontariato come patrimonio collettivo e attivare e sostenere l'intervento terapeutico.
Comunità Casa di Lodesana / PR	Nasce a Fidenza nel 1983. È iscritta all'Albo provinciale del Volontariato ai sensi della legge 266 del 1991 e della L.R. n.37 del 1996 dall'aprile 2001.
Centro di Solidarietà La Ricerca / PC	Centro di Solidarietà La Ricerca. L'Associazione si occupa in particolare del recupero e reinserimento di giovani tossicodipendenti.
Comunità Famiglia Nuova / PC	La storia di Famiglia Nuova è strettamente legata al percorso di impegno sociale realizzato negli anni da don Leandro Rossi, ampliato da Egisto Taino e consolidato da Severino Berneri.

3. Accordo RER-CEA 2019-2021: esempi concreti di sistema integrato dei servizi

Per illustrare con maggiore chiarezza l'evoluzione che ha attraversato il Sistema integrato dei servizi per le dipendenze, riporto specifici passaggi dell'ultimo accordo RER-CEA 2019-2021 soffermandomi più che sui contenuti, sui loro significati.

L'accordo comincia con una breve premessa storica che ricorda che i precedenti accordi (il primo del 2002,¹ hanno raggiunto importanti obiettivi sul fronte pubblico-privato; poi prosegue elencando le **evidenze fornite dai dati regionali** che evidenziano specifiche tendenze nel campo delle dipendenze: aumento giocatori patologici, crescita utenti provenienti da altre Regioni, invecchiamento degli assistiti, numero rilevante di utenti giovani con uso primario di cannabis e cocaina, aumento dei percorsi residenziali socio-sanitari e territoriali, aumento delle spese per strutture specialistiche, diminuzione delle spese per inserimenti fatti in strutture extra regionali, aumento della ritenzione in trattamento.

Al primo punto dell'accordo si conferma "la necessità di stipulare a livello aziendale **Accordi locali che identifichino il fabbisogno**". Già questo denota una caratteristica dell'acc-

cordo RER CEA: con gli **accordi locali** si identifica l'importanza del livello aziendale e quindi del territorio di riferimento sul quale l'ente accreditato ha sede. Questa specifica è quella che nel tempo ha permesso una graduale diminuzione degli utenti accolti da altre Regioni e di costruire una più forte sinergia con i SerDP locali. Per quanto riguarda gli utenti questo ha facilitato il loro percorso di reinserimento sul proprio contesto di origine, per quanto riguarda le strutture emiliano romagnole, se questo in passato rappresentava una possibile criticità per coloro che avevano bacini di invii costanti dalle Regioni del Sud Italia, si è poi rivelato un potente strumento di garanzia quando anche le Regioni del Sud hanno cominciato a ridurre drasticamente i loro invii fuori Regione.

Anche il fatto che gli accordi siano legati alla necessità di **identificare il fabbisogno** è una cosa che merita attenzione: significa che c'è un'analisi congiunta e documentata, c'è una rilevazione di ciò che serve sul territorio e di conse-

Note

1 DGR ER n. 2360/2002, 1424/2004, 1005/2007, 246/2010 e 1718/2013.

guenza non si attua il binomio diseguale di chi decide gli invii e di chi li riceve soltanto, ma si costruisce un'alleanza nella quale entrambi hanno voce in capitolo per argomentare le proprie tesi e identificare un fabbisogno condiviso al quale rispondere.

*“Negli accordi contrattuali le Aziende USL si impegnano a definire un **budget per ogni Ente**”.* Questo significa riuscire a pianificare, a dare una strategia economica che non sia totalmente variabile in base agli invii del momento, ma che abbia una programmazione almeno annuale che aiuti pubblico e privato ad avere cifre predefinite e certe. Il contesto emiliano romagnolo è ben diverso da altri contesti accreditati nei quali gli utenti, tramite *voucher*, scelgono dove andare senza alcuna programmazione; nella Regione Emilia Romagna c'è una regia che mantiene in ordine il sistema e ne garantisce la sopravvivenza e l'equilibrio, limitandone la concorrenza e garantendo comunque programmi adeguati ai bisogni dell'utenza.

Fra i parametri che gli accordi devono tenere in considerazione ce ne sono tre particolarmente indicativi dei cambiamenti intercorsi:

1. La *“Valutazione della eventuale necessità di disporre di tipologie diverse di offerta, sulla base dei **bisogni territoriali**”* che rimanda alla possibilità di far nascere servizi diversi e tariffe diverse differenziate in base alle necessità specifiche del territorio e ai mutati bisogni degli utenti.
2. La *“Definizione della spesa per i progetti di assistenza territoriale, anche attraverso la metodologia del **budget di salute**”* che rappresenta un'ulteriore novità che apre le porte a sviluppi sempre più personalizzati per accompagnamento sociale, educativo, e fortemente alternativo a quello che è sempre stato un percorso residenziale classico. Un percorso nel quale l'Ente accreditato deve rimettere completamente in discussione le proprie modalità di lavoro residenziali e deve sviluppare nuove modalità di lavoro basate quasi esclusivamente sulla relazione più che sulle regole o il controllo.
3. La *“Definizione della spesa da destinare all'acquisto di **servizi e prestazioni socio-sanitarie nei limiti del 20% della spesa programmata complessiva**”.* Anche qui si nota con chiarezza l'apertura verso nuove forme di progettazione che esulano dalle comunità accreditate (sanitarie), ma al tempo stesso si garantisce la stabilità delle stesse prevedendo un limite di *budget* che tuteli la spesa complessiva e che permetta la programmazione annuale degli inserimenti per percorsi residenziali.

Consci del fatto che non tutto possa essere pienamente programmabile, sempre l'articolo 1 dell'accordo definisce che *“L'Azienda sanitaria, può prevedere **una quota aggiun-***

tiva (extra budget) da utilizzare per far fronte a necessità impreviste e non preventivabili di inserimenti in strutture.” Anche questa voce indica una riflessione non comune: in un contesto in cui si cerca di definire tutto per costruire *budget* annuali, si lascia comunque aperta la possibilità per affrontare spese impreviste e momenti particolari, fidandosi dei *partner* del Sistema e della loro capacità di controllare e gestire queste eccezioni.

Altro punto dell'articolo 1 è quello che dichiara che *“all'interno degli accordi locali deve essere prevista **una commissione mista** Aziende USL ed Enti coinvolti, per il monitoraggio degli accordi”.* Questa commissione paritetica è quella che deve verificare gli accordi, il loro percorso, i loro possibili sviluppi, gli eventuali sforamenti dei *budget*, le correzioni che devono essere apportate ai singoli territori. È una commissione paritaria, nella quale siedono persone nominate dal Coordinamento degli Enti Ausiliari, persone nominate fra i responsabili dei Dipartimenti Dipendenze Patologiche e rappresentanti della Regione Emilia Romagna; è l'organismo che meglio rappresenta il percorso di evoluzione e sinergia che si è sviluppato negli anni e che continua a promuovere innovazioni e confronto reciproco.

Nel secondo punto dell'Accordo si specificano le tipologie di interventi che non sono compresi nell'accredimento sanitario.²

La premessa di questo punto sottolinea che *“considerati gli esiti positivi delle esperienze avviate (...) le parti convengono di **incentivare ed estendere tali progettazioni**”.* C'è una valutazione che riprende gli ottimi esiti intercorsi e che prevede di proseguire tramite il coinvolgimento dei territori negli accordi locali. È il territorio che fotografa i bisogni e può meglio proporre innovazioni eventualmente duplicabili in altri territori della regione. Gli Enti gestori sono chiamati a offrire prestazioni integrative tramite gli accordi ma possono anche essere coinvolti direttamente nella programmazione attraverso lo strumento della **co-progettazione**, riconoscendo non a tutti gli Enti del terzo settore ma agli Enti accreditati in specifico: la competenza e l'esperienza necessarie per co-progettare gli interventi più idonei.

Si parla di interventi molto diversi dalle classiche comunità terapeutiche, interventi particolarmente legati a percorsi personalizzati: residenzialità leggera, attività diurne, inter-

Note

2 DGR ER n.26/2005.

3 DGR ER 2307/2016.

4 Circolare 1/2017.

5 Allegato 2 all'Accordo generale triennale in materia di prestazioni erogate a favore delle persone con dipendenze patologiche per gli anni 2019-2021: Overdose e trattamenti residenziali: indicazioni e buone pratiche

venti domiciliari, promozione della salute, riduzione del danno, tutela della salute, ed altro ancora.

L'obiettivo non è più l'essere *drug free* ma permettere ad ogni utente un percorso adatto alla sua storia, al suo contesto e alle sue reali possibilità.

Nel quarto punto dell'Accordo si specifica la modalità di accesso alle prestazioni. Questo è un punto nel quale sulla carta si dà la possibilità ad un utente di accedere direttamente all'Ente accreditato; in realtà in Emilia Romagna, a differenza di altre Regioni, questo **accesso diretto** praticamente non esiste in quanto l'ammissione dev'essere subordinata da alcune caratteristiche, diagnostiche, funzionali ma soprattutto di *budget*, che fanno sì che gli eventuali accessi diretti non potranno comunque superare la spesa già programmata per i singoli Enti e di conseguenza limitano enormemente la reale apertura di accessi diretti. Se da un lato questo denota la mancanza di una reale paritarietà fra pubblico e privato su questo tema, è anche uno strumento di garanzia per il Sistema che può tutelare da eventuali forzature del privato accreditato.

Nel quinto punto dell'accordo si danno indicazioni specifiche sui programmi per soggetti caratterizzati da doppio assetto, alcol dipendenze e **programmi dedicati ad adolescenti e giovani**. La cosa interessante di questo punto è che, come viene specificato, nasce dagli esiti della Conferenza regionale del 2017, dalle indicazioni del Programma regionale dipendenze patologiche³ e dalle Raccomandazioni regionali sui "Percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti". L'ennesima dimostrazione del fatto che insieme come Sistema si fanno conferenze, si studiano i fenomeni, si cercano risposte e poi queste divengono indicazioni pratiche per percorsi specifici e per la gestione di strutture residenziali innovative e adeguate al *target* di utenza e ad un contesto in cambiamento.

Nel sesto punto dell'accordo e poi di successivamente nell'ottavo, viene sancito l'impegno degli Enti accreditati ad utilizzare un **sistema gestionale specifico** per l'analisi dell'utenza accolta nei percorsi residenziali e l'analisi del personale ingaggiato. È da questi dati, rilevati annualmente, che si riesce a creare un *data base* che permette di fotografare i principali cambiamenti avvenuti nell'utenza accolta dalle strutture: dalle sostanze di abuso, ai percorsi effettuati, agli esiti, alle caratteristiche anagrafiche a tanto altro. L'impegno a fornire tutti i dati in possesso dalle comunità è l'impegno a contribuire a costruire una conoscenza generale del fenomeno, non più settoriale e legata solo alla propria realtà, ma universale, consapevole del fatto che questo diventa un bene comune per lo sviluppo di tutto il Sistema. Al nono punto si parla di **formazione congiunta** fra Enti del privato e Servizi pubblici. L'ennesimo strumento che non solo permette la contaminazione reciproca, ma anche la

crescita di tutto il Sistema sulle medesime basi concettuali. All'undicesimo punto si tratta un'altra novità storica per le comunità terapeutiche. Già il titolo del paragrafo dice tutto: **"prevenzione della mortalità associata ai programmi residenziali"**. Un tempo anche solo dichiarare che i programmi residenziali potessero essere associati ad un rischio di mortalità sarebbe stato eccessivo; oggi non solo lo si scrive su un documento, ma si cercano delle strategie specifiche per diminuire questi rischi inserendo nell'accordo un intero allegato⁵ che dà indicazioni chiare e costruite in un tavolo condiviso pubblico - privato, su come affrontare le cinque possibili tipologie da *overdose* che si possono incontrare in un programma comunitario: quella da ricaduta dopo abbandono del percorso, quella seguita all'espulsione dalla comunità, quella legata all'uso di eroina all'interno della comunità, quella di chi usa droghe durante un permesso esterno o quella legata alla conclusione del programma comunitario.

Il Sistema pubblico privato nasce e si rafforza a vicenda mantenendo chiaro l'obiettivo comune dei bisogni degli utenti, bisogni che devono essere valutati e devono guidare la progettazione di percorsi personalizzati, anche per questo motivo il punto 12 dell'accordo sprona all'utilizzo di specifici strumenti di valutazione multidimensionale.

L'Accordo mostra con chiarezza i grandi progressi conseguiti nei **30 anni di storia** che separano i nostri giorni dalla nascita del DPR 309/90. Grandi progressi per i benefici degli utenti e della società tutta, ma al tempo stesso progressi che non possiamo mai considerare assodati; per questo motivo l'Accordo va curato e monitorato con attenzione, tant'è che il punto 13 dell'accordo stesso è legato specificatamente alla questione del **monitoraggio sia regionale che locale**. Nonostante i numerosi progressi realizzati nel Sistema dei servizi, non si può dare nulla per scontato e occorre continuare a mantenere le relazioni e il sistema che ha garantito il raggiungimento di grandi risultati e che potrà aiutare a perseguirne tanti altri in futuro.

Bibliografia

- M.Coletti, L.Grosso, 2012, *La comunità terapeutica per persone tossicodipendenti*, Edizioni Gruppo Abele.
- AA.VV., 2020, "Year Book 2019 - PAS Principi Attivi di Salute. Strategie per la prevenzione, la riduzione del danno ed il contrasto alla diffusione nei consumi e abusi di sostanze psicoattive e NPS da parte di giovani e adulti", Edizioni Arteventbook.
- M.Coletti, F.Gaudio, 2008, *Lavorare con i tossicodipendenti. Complessità, sfide e rimozione sociale*, Edizioni F.Angeli
- Delibera n. 1378 del 05/08/2019 della Regione Emilia Romagna, "Approvazione proposta di Accordo generale triennale tra la Regione Emilia Romagna e il Coordinamento Enti Ausiliari (CEA) in materia di prestazioni erogate a favore delle persone con dipendenze patologiche per gli anni 2019-2021"

Prossimità - Strada - Luoghi e spazi

Facciamo un punto...

Marco Battini

32

ABSTRACT

La Regione Emilia-Romagna, a partire dal 2006, ha promosso il Coordinamento Regionale delle Unità di Strada (UdS) che riunisce gli operatori referenti dei progetti attivi sul territorio regionale. Le UdS fanno riferimento al sistema regionale delle funzioni di prossimità introdotte dalla Del.G.R. n. 1533 del 6/11/2006. In questi anni tanti sono stati i progetti promossi e le esperienze maturate, con questo articolo si cerca di fare un punto sulla situazione attuale e sui possibili sviluppi futuri.

1. Storie e opinioni

Anni fa ci siamo accorti che molte persone, esprimevano bisogni, necessità, problemi, esigenze e agivano comportamenti non percepiti soggettivamente come problematici. Si era configurata una discrepanza tra il sentire delle persone rispetto ai propri vissuti e comportamenti e la lettura che il sistema socio/sanitario ne dava. La società individuava il consumo di sostanze e i comportamenti ad esso collegati come un modello deviato, problematico e da giudicare moralmente con un'unica parola: Dipendenza. Il sistema dei servizi tendeva ad attendere gli utenti; il percorso di cura era attivabile solo attraverso una motivazione alla problematizzazione dei propri comportamenti e alla domanda di cambiamento da parte dell'utente. Solo attraverso una richiesta di aiuto si poteva attivare un percorso di presa in carico; le azioni, di conseguenza, tendevano (attraverso una spinta verso il basso, una disconferma delle proprie letture, un isolamento relazionale) a mettere le persone nelle condizioni di "toccare il fondo e chiedere aiuto.

Ciò portò, in poco tempo, ad una discrasia relazionale tra il sistema dei servizi puntato alla presa in carico delle diverse problematiche e il vissuto dei consumatori che percepivano i servizi di cura come poco interessanti, giudicanti e non adatti alla risposta alle proprie esigenze. Da ciò scaturiva la frase: "non ne ho bisogno, mica sono tossico, io la so gestire!!!". Sempre da questo nasceva un fenomeno che in sanità è estremamente raro e fenomenologicamente complesso da comprendere: "io non ho bisogno dei servizi di cura."

Rif.
Marco Battini,
Educatore Professionale,
Coordinatore Unità di Strada/Drop-In, Regione Emilia Romagna,
329 6707303,
marcobattini.re@gmail.com

Purtroppo, o meglio, per fortuna, ad un certo punto il mondo è cambiato. Alcuni fenomeni hanno reso più complesso il sistema e sono intervenuti alcuni aspetti importanti:

1. Il contesto sociale e globale si è modificato e la spinta al consumo, all'accumulazione di beni, alla costruzione di identità mescolate oltre che alcuni altri cambiamenti di struttura societaria (il ruolo delle famiglie e delle altre agenzie educative, lo sfarinamento dei legami sociali, ecc.) hanno amplificato sempre più una visione del giovane come "soggetto al di fuori" di cui si parla in negativo e al quale non viene chiesto di parlare di sé ma sono gli "altri" che parlano di lui.
2. Il contesto sociale post industriale è sempre più diventato una galassia di linguaggi e gerghe diversi che si modificano e trasformano molto velocemente con stili comunicativi in continuo cambiamento e metamorfosi. Le mode e le tendenze sono spesso vissute come minacciose dal mondo adulto e sempre di più scollegate da una appartenenza fissa e identificata e sempre più troviamo miscelanee e mescolanze di stili e appartenenze (musicali, di vestuario, ecc.) che le persone assumono in funzione del momento e dei diversi contesti in cui passano e transitano.
3. La scena del mondo giovanile si è modificata in questi anni e le giovani generazioni vengono sempre più vissute dal mondo adulto come "un brodo di cultura di problemi", come una "classe" in divenire e quindi non sono soggetto "politico" attuale, come un'età che non si responsabilizza e non pensa al futuro.
4. I nuovi fenomeni sociali e il bombardamento mediatico ed informativo hanno creato nelle giovani generazioni, ma non solo, una sorte di diffidenza pregiudiziale nei confronti dei messaggi, soprattutto di quelli legati al rischio e ai consumi, che hanno l'ambizione di vendere "prodotti" come necessari per la propria sopravvivenza e il proprio benessere.
5. I comportamenti a rischio e le occasioni di alterazione "finalizzata" sono diventati un trend identificativo ed una pratica comune su fasce di popolazione e di età diversificate.

A fianco delle giovani generazioni, la scena dei consumi e della marginalità sociale ha visto una sostanziale modifica di alcuni assiomi di base:

1. Le persone in stato di marginalità, senza dimora e con problematiche di consumo sono aumentate nei contesti urbani anche a causa dei fenomeni legati alle migrazioni.
2. La scena della tossicodipendenza in strada è molto interconnessa con le tematiche della marginalità sociale.
3. L'allungamento della vita della popolazione tossicodipendente ha cambiato le traiettorie progettuali dei servizi.
4. La scena del consumo è diversa dalla scena della dipen-

denza che, in un contesto globale ha bisogno di nuove pratiche di intervento e interpretazioni sempre più complesse e multi assiali.

A partire dalla Carta di Ottawa e in tutta la letteratura moderna le principali finalità di un sistema di aiuto devono mirare alla riduzione delle disuguaglianze e alla promozione della coesione sociale favorendo diritti di cittadinanza e partecipazione alla vita sociale. I diritti socio/sanitari devono essere centrali e prioritari in una logica di autodeterminazione e autocontrollo della propria salute attraverso un sistema integrato di interventi a carattere universalistico e un'attivazione di strumenti formativi e di accompagnamento compatibili con le interpretazioni delle persone coinvolte. Un sistema di tutele sociali deve garantire prestazioni essenziali a tutti, innanzitutto a chi è in maggiore difficoltà in un'ottica preventiva e promozionale agendo anche sulla normalità e su tutte le dimensioni del vivere sociale.

In questo contesto di contenuti appare evidente che:

1. La pretesa di costruire una società senza sostanze (legali ed illegali) è irrealistica e la "convivenza" con i fenomeni legati ai consumi è l'unica strada possibile.
2. È necessario offrire una sponda di informazione, comunicazione e aiuto a consumatori e non, a dipendenti e non, con la finalità di tutelare e promuovere l'autocontrollo della salute di tutti.
3. Il sistema di servizi a rete deve andare oltre l'offerta di cura, deve identificare i vari attori locali e stabilire con loro le interrelazioni.
4. L'abbassamento dell'età dei consumatori, l'articolarsi delle dinamiche e delle modalità di consumo, la ramificazione e la capillarizzazione del mercato delle sostanze richiedono percorsi di contatto e presa in carico specifici, adeguati ad una realtà complessa, multiforme e non codificabile attraverso i modelli interpretativi dei servizi tradizionali.

Da qua siamo partiti e abbiamo deciso di accorciare le distanze, di avvicinarci alle percezioni ed al vissuto delle persone sui fenomeni e non basarci sulle interpretazioni a distanza.

2. Intervenire nei luoghi di vita delle persone

Intervenire sulla strada, di notte nei luoghi del divertimento, di giorno nei luoghi di aggregazione, di passaggio e di consumo, vuole dire intervenire sul territorio, non a casa propria, in luoghi vitali, in cui il lavoro educativo riconosce centralità alle persone come i veri attori della propria vita e del proprio cambiamento. Essere nei luoghi di vita passando da una centratura sui servizi alla centratura sulla persona, sui fenomeni e sulle risorse e potenzialità; incontrare le

persone lavorando sul territorio e non dentro le istituzioni; vedere la strada non come luogo a rischio ma come spazio di relazioni, socialità, esperienze, condivisione sono i punti di partenza e le *conditio sine qua non* per potere agire attività preventive, di riduzione dei rischi e dei danni nelle discoteche, sulle panchine, nei parchi, nelle piazze. Andare là dove le persone si incontrano, dove provano piaceri, dove agiscono relazioni, dove sperimentano il loro rapporto con le regole, dove esprimono il rischio in una auto percezione non problematica, risultano essere punti fermi dell'intervento di strada che parte dal presupposto fondante di conoscere e osservare i fenomeni e di comprendere i codici e i linguaggi dei luoghi che vive. Recarsi ad un servizio vuole dire sapere che cosa può offrire, avere una domanda da fare, avere individuato un bisogno o necessità, sapere dove si trova, conoscerne le regole, saperne i linguaggi. Dall'esperienza si può vedere che molte persone non hanno maturato questi percorsi di consapevolezza e quindi non utilizzano o lo fanno male opzioni e possibilità che il territorio gli mette a disposizione. È qui che si inserisce il lavoro di strada che nel dare valore alla strada come luogo di esperienza e di crescita porta là dove le persone si incontrano possibilità, relazioni, servizi. Tutto ciò in un'ottica e in uno scenario in cui i concetti di promozione del benessere, di tutela della salute (in un'ottica socio-sanitaria) ma soprattutto di promozione di partecipazione sociale e di cittadinanza attiva sono i veri motori del lavoro. Attraverso il lavoro di strada si trovano persone che non vanno ai servizi, perciò gli operatori di strada che incontrano a seconda del *target* i ragazzini, gli immigrati, i tossicodipendenti, sono "sentinelle in positivo", che entrano in un contatto diretto e "intimo" con un territorio e con le persone che lo vivono e frequentano.

3. Cosa è successo

La Regione Emilia-Romagna, a partire dal 2006, ha promosso il Coordinamento Regionale delle Unità di Strada (UdS) che riunisce gli operatori referenti dei progetti attivi sul territorio regionale. Le UdS fanno riferimento al sistema regionale delle funzioni di prossimità introdotte dalla Del.G.R. n. 1533 del 6/11/2006 "Approvazione prime linee di indirizzo regionali in tema di prevenzione e di contrasto del consumo/abuso di sostanze psicotrope". Nei Piani Sociali e Sanitari della Regione Emilia-Romagna e nella Legge Regionale 14/2008 "Norme in materia di politiche per le giovani generazioni", le funzioni di prossimità svolte dalle UDS sono riconosciute formalmente all'interno di una più vasta area di attività e di interventi rivolti alla popolazione di riferimento. Le Unità di Strada rivolte ai consumatori sono distribuite sul territorio regionale in tutti i Comuni capoluogo, nella costa romagnola e in Emilia ed in molte zone delle Province della Regione. L'attività è concentrata prevalentemente nei luoghi

del divertimento (discoteche, stabilimenti balneari, eventi come feste della birra e similari, concerti, rave ecc.) e nelle zone di consumo di sostanze illegali. Le modalità di lavoro delle diverse UdS sono, volutamente, diversificate in funzione delle caratteristiche dei territori in cui operano. Sulla base del confronto e della condivisione tra i componenti del coordinamento, sono state quindi indicate le azioni, le metodologie e gli strumenti di lavoro che, nel rispetto delle diversità territoriali, costituiscono la dotazione minima ed omogenea su tutto il territorio della Regione. Tutte le UdS garantiscono almeno le prestazioni di informazione e *counseling* sulle sostanze legali ed illegali e sui rischi e sui comportamenti legati all'uso/abuso, con disponibilità almeno di etilometri e siringhe; informazione e *counseling* sui comportamenti sessuali, con disponibilità almeno di profilattici. Tutti gli operatori che compongono l'*équipe* devono essere adeguatamente formati.

Il Coordinamento è diventato negli anni, attraverso un confronto anche aspro tra gli operatori, uno spazio professionale in grado di far crescere le competenze degli operatori e, di conseguenza, la qualità degli interventi e la loro capacità di inserirsi e di incidere nei diversi contesti territoriali. Al contempo è diventato lo strumento tecnico ed operativo della Regione Emilia-Romagna in merito al lavoro di strada nell'ambito dei consumi di sostanze e delle dipendenze. A fronte delle deliberazioni, progettazioni e programmazioni che la Regione Emilia-Romagna definisce, rispetto al tema della prossimità, il Coordinamento Regionale Unità di Strada è la struttura operativa che realizza le azioni di dimensione regionale. Hanno, in particolare, contribuito alla crescita professionale e operativa alcune funzioni del coordinamento, come:

- Possibilità di condividere le esperienze e le conoscenze acquisite nei servizi di appartenenza;
- Confrontare modalità operative, procedure e "buone prassi" rispetto agli interventi nei luoghi dell'aggregazione e del divertimento giovanile, nei drop-in e nei contesti di consumo e di marginalità sociale sulle tematiche dei consumi di sostanze, dell'accesso al sistema dei servizi socio/sanitari/educativi e dei comportamenti a rischio ad essi collegati;
- Sperimentare e valutare interventi innovativi nel campo della riduzione dei danni, dei rischi e della prevenzione selettiva;
- Collaborare alla definizione di linee guida per l'organizzazione degli interventi e dei servizi di riduzione del danno/limitazione dei rischi e l'integrazione tra servizi sociali e sanitari;
- Organizzare interventi di formazione comune e di approfondimento culturale sui temi del lavoro di prossimità, della RdD e della Rdr anche con la partecipazione a pro-

Territorio	Progetto	Tipologia
Piacenza	Progetto OPS (PC)	RDD & Notte
Parma	Strada e dintorni (PR)	RDD & Notte
	Drop-in (PR)	RDD
Reggio Emilia	Giovani in giro – GIG (Distr. Correggio e Guastalla)	Notte
	Unità di prevenzione – UP (RE)	RDD & Notte
	Drop-in (RE)	RDD
Modena	BuonalaNotte (MO)	Notte
	Riduzione del danno (MO)	RDD
	Strada Facendo (Distretto Sassuolo)	Notte
	Educativa Strada (Carpi, Campogalliano, Novi di Modena)	Notte
Bologna	Unità di Strada (BO)	RDD
	BeatProject (BO)	Notte
	In Sostanza (San Lazzaro)	Notte
	Occhio a bacco	Notte
	Guarda Oltre	Notte
	Vivere (Imola)	Notte
	SerDP Pianure Est e Ovest	Notte
	Lab 57	Notte
	Unità Mobile (Ausl BO)	RDD
Ferrara	Operatori di Strada (FE)	RDD & Notte
	Ai Lidi con il camper (Codigoro)	Notte
Ravenna	Sicuramente al Mare (RA)	Notte
	SerDP Faenza	Notte
Forlì-Cesena	Notti sicure (Cesena)	Notte
	Riduzione del danno (Cesena)	RDD
	SerDP Forlì	Notte
Rimini	Circolando (RN)	Notte
Regione Emilia Romagna	24 Progetti	17 Notte - 6 RDD - 4 Notte RDD

Tab. 1, Progetti afferenti al Coordinamento Regionale Unità di Strada. Anno 2018

Fonte: Report Regione ER

getti europei;

- Potenziare le strategie di coordinamento tra i diversi servizi del territorio regionale;
- Costruire strumenti di rendicontazione e valutazione degli interventi omogenei sul territorio regionale.

In tal senso il Coordinamento ha garantito:

1. **Monitoraggio** costante ed in tempo reale dello “stato dell’arte” delle esperienze di Unità di Strada nel territorio regionale; scambio regionale sulle esperienze in essere; attivazione di esperienze di scambio e collaborazione nelle dimensioni provinciali, attraverso la creazione di contesti di co-progettazione ed intervento comune; raccolta dei dati di attività su scheda regionale; valutazione delle esperienze di prossimità; predisposizione della relazione annuale sui servizi di prossimità e Drop-in
2. **Scambio di buone pratiche:** monitoraggio dell’utilizzo, in

coerenza con i mandati individuati, delle strumentazioni e delle procedure operative; definizione degli strumenti di rendicontazione delle azioni in modalità omogenea sul territorio regionale; scambi di esperienze e di progettazioni innovative; supervisione ai progetti; supporto sia rispetto alle progettazioni sperimentali che a situazioni problematiche a livello locale.

3. **Grandi eventi:** programmazione e coordinamento degli interventi socio-sanitari all’interno dei grandi eventi regionali, con azioni di tutela della salute efficaci in contesti spesso complessi e ad alto tasso di rischio.
4. **Formazione:** condivisione di piani annuali di formazione per gli operatori e i coordinatori delle unità di strada sia nella dimensione regionale che provinciale.
5. **Strumenti:** condivisione degli strumenti di lavoro e delle modalità di utilizzo degli stessi; legittimazione, attraverso un monitoraggio costante, dell’utilizzo di nuovi strumenti

Provincia	Progetto	Operatori	Volontari	Uscite	Ore	Contatti complessivi	Contatti con etilometro
PIACENZA	OPS	8	0	79	2058	3657	62
Totale PC		8	0	79	2058	3657	62
PARMA	RDD	7	0	93	558	1405	Np*
	Notte	4	0	45	540	2407	1015
Totale PR		11	0	138	1098	3812	1015
REGGIO E	GIG Guastalla						
	UP – RDD - RE	10	0	240	1535	3556	0
	UP – Notte - RE	9	0	32	435	1287	287
Totale RE		19	0	272	1970	4843	287
MODENA	Buonalanotte Distretto MO	10	0	49	488	1421	853
	RDD- Distretto MO	15	0	361	2166	4469	Np*
	Distretto Sassuolo	6	0	18	234	1230	980
	Distretto Mirandola	2	0	4	56	230	186
	Distretto Carpi Comune	4	0	19	100	558	326
	Unione del Sorbara	2	0	7	105	525	315
	Unione Terre dei Castelli	6	0	13	208	1152	740
	Unione del Frignano	4	0	18	280	1372	910
Totale MO		49	0	489	3637	10957	4310
BOLOGNA	UDS –BO	5	1	250	2046	5067	Np*
	Unità Mobile - BO	7	0	313	1560	9360	Np*
	Beat Project – BO	7	0	28	1450	6120	132
	LAB 57- BO	25	25	27	1402	4983	163
	In Sostanza – Distretto S.Lazzaro	5	0	19	450	508	257
	Occhio a Bacco Distretto Porrett	8	0	16	340	459	347
	Giovani in valle Distretto di Casalecchio	4	0	4	19	60	10
	Servizio Loop – Distretto Pianura Est - Distretto Pianura Ovest	4	0	5	160	420	142
	Vivere Imola	5	0	44	1100	4830	427
Totale BO		70	26	706	8527	31807	1478
FERRARA	Freentry	3	0	12	188	1258	490
Totale FE		3	0	12	188	1258	490
RAVENNA	Sicuramente al mare RA Fra le righe - Faenza	46	32	23	1050	2420	1573
Totale RA		46	32	23	1050	2420	1573
FORLÌ'-CESENA	Notti sicure - Cesena	18	14	23	478	3186	1157
	Operatori di strada RDD – Cesena	29	23	103	1438	1520	Np*
	Border-line - Forlì	7	1	23	542	3059	1624
Totale FC		54	38	149	2458	7765	2781
RIMINI	Circolando - Notte	10	0	57	334	4506	2984
	Circolando - RDD	4	0	65	390	523	0
Totale RN		14	0	122	724	5029	2984
TOTALE Regione ER		274	96	1954	21710	71548	14980

Tab. 2, Attività svolte dai progetti afferenti al Coordinamento regionale Unità di Strada (v.a.). Anno 2018. Fonte: Report Regione ER.

innovativi; ottimizzazione dei costi dei materiali di consumo attraverso una ricerca di mercato, a livello regionale, che contenga i costi degli stessi.

6. **Materiali informativi:** produzione di materiali informativi, gadget e campagne informative di livello regionale con l'obiettivo di dotare le unità di strada di strumenti idonei e scientificamente validati.
7. **Valutazione:** verifica dell'applicazione degli strumenti di rendicontazione e di valutazione regionali, analisi dei dati di attività delle unità di strada regionali.
8. **Sperimentazioni:** supporto ai territori nella attivazione di alcuni progetti: Giovani in Pronto Soccorso; Progetto Fentanil; interventi sulla grave marginalità sociale in collaborazione con i Comuni; connessioni progettuali con i progetti di lotta alla tratta e con il progetto adolescenza.

4. Criticità

Dal lavoro di tanti operatori e di tanti servizi è emerso che alcuni elementi di criticità sono ancora presenti e vanno superati se si vuole costruire una politica pubblica che promuova salute e non giudizio e fuga. I problemi principali riguardano:

- Mancanza di una politica complessiva e unitaria sulla riduzione dei rischi e dei danni e sulla gestione dei fenomeni legati alle droghe a livello nazionale e locale.
- Mancanza di un coordinamento dei diversi interventi che si dedicano alla riduzione dei rischi a livello locale.
- Mancanza di una formalizzazione istituzionale del sistema a rete già attivo.
- Mancanza di un servizio per consumatori critici (o in un momento di criticità) e problematici, di età compresa fra i 15 ed i 30 anni, che per modalità di assunzione, strategie e stili di vita non accedono ai servizi rivolti alla dipendenza patologica con difficoltà prevalentemente legate alle "coccaine" e alle nuove modalità di consumo.
- Necessità di adeguarsi ai cambiamenti nella scena del consumo di sostanze: si evidenzia un abbassamento dell'età media di approccio all'uso di sostanze, l'uso abituale non viene più percepito come trasgressivo, ma prevale l'uso "ricreazionale" o "prestazionale". L'assunto secondo cui l'uso di sostanze stupefacenti è legato ad un disagio di tipo personale, familiare e sociale non sembra più valido, mentre si evidenzia una scarsa conoscenza dei rischi del poli-consumo, del consumo frequente e delle stesse caratteristiche delle diverse sostanze stupefacenti, legali ed illegali.
- I comportamenti legati al consumo di sostanze contribuiscono ad una crescita della sensazione di insicurezza nella popolazione che richiede sempre più interventi di controllo sociale.

5. Quali prospettive di sviluppo?

- Sviluppare e dare stabilità alle funzioni di prossimità, che costituiscono la prima porta di accesso al sistema dei servizi. Le Unità di Strada svolgono funzioni di prossimità rivolte a giovani consumatori, adulti di riferimento e fasce marginali. Sono una delle offerte del sistema dei servizi e fungono da porta d'accesso ai servizi socio-sanitari-educativi del territorio e devono essere considerate risorsa del sistema pubblico di intervento su consumi e dipendenze. Occorre una collaborazione stabile con i Servizi Dipendenze Patologiche delle AUSL.
- Ogni ambito distrettuale deve disporre in via continuativa di Unità di Strada rivolte ai consumatori. Ogni Comune di Unità di Strada rivolte alle persone dipendenti da sostanze legali e illegali, anche in condizione di marginalità.
- L'organizzazione delle équipes di strada deve fondarsi sull'équipe di lavoro con competenze trasversali (sanitarie, sociali, educative, di progettazione territoriale) e compiti definiti. La multi professionalità, la provenienza da diversi servizi e la formazione comune degli operatori garantiscono l'appropriatezza dell'accoglienza e degli invii.
- Sviluppare gli interventi finalizzati ad aumentare le competenze dei consumatori, i progetti di peer support e di sviluppo di strumenti atti all'autodeterminazione delle condizioni di salute e autocontrollo della stessa.
- Prevedere la possibilità di controllare (self checking, drug checking, accordi con laboratori specifici) i consumi di sostanze e le tipologie di sostanze attraverso strumenti adatti e validati.
- Continuare lo studio sul campo dei nuovi fenomeni presenti sul territorio con particolare attenzione a: migrazioni e consumi di sostanze, uso di analgesici e fentanili, normalizzazione dei consumi di sostanze, psicofarmaci, etc.

Bibliografia

Ministero della salute, 2018, *Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia*.

OEDT, 2019, *Relazione Europea sulla droga – Tendenze e sviluppi*.

Regione Emilia Romagna, *Relazioni Annuali Coordinamento regionale Unità di Strada, dal 2007 al 2018* (documenti dattiloscritti).

Filmografia, Letteratura, Musica

Ginsberg "L'urlo" (poesia), 1956.

Baudelaire, "I paradisi artificiali", 1851.

Burroughs W., "Il pasto nudo", 1959.

De Quincey, "Le confessioni di un mangiatore d'oppio", 1821.

Jefferson Airplane "White Rabbit", 1967.

Beatles "Tomorrow Never Knows", 1966.

Velvet Underground "Heroin", 1967.

Rolling Stones "Sister Morphine", 1971.

Terry Gilliam "Paura e delirio a Las Vegas", 1998.

Darren Aronofsky "Requiem for A Dream", 2000.

Gus Van Sant "Drugstore Cowboy", 1989.

Antiche risorse, nuovi legami

Auto-mutuo aiuto nella rete alcolica

Giovanni Greco, Barbara Leonardi

38

ABSTRACT

La realtà dell'auto-mutuo-aiuto in Emilia Romagna ha una lunga storia e un forte radicamento su tutto il territorio. In Emilia Romagna, negli ultimi anni, sia la Regione che le Università hanno sviluppato rapporti di confronto, studio e riconoscimento con Alcolisti Anonimi (AA) e ACAT (Associazione Club Alcolisti in Trattamento), in un'ottica di rete, che hanno condotto alla sottoscrizione di un formale protocollo di collaborazione.

Il contributo dell'auto-mutuo-aiuto al supporto ai pazienti alcolisti ed ai loro familiari è insostituibile e rappresenta una dimensione spirituale e relazionale che risulta complementare alle risposte di tipo clinico-assistenziale dei servizi e che caratterizza il core della community care. Un processo di attivazione di risorse che esula dal centralizzare esclusivamente l'attenzione sul portatore del problema ma responsabilizza il contesto di appartenenza inducendo un percorso di "familiarizzazione" coinvolgente la rete parentale e la comunità. È per questo che il trend in riduzione degli ultimi anni è particolarmente allarmante ed è necessaria una riflessione comune per mantenere vive queste risorse.

Introduzione

Il primo aprile 2020 si sarebbe dovuta tenere a Bologna la decima edizione di "ANTICHE RISORSE, NUOVI LEGAMI", l'appuntamento annuale promosso dalla nostra Regione in cui Alcolisti Anonimi (AA) Gruppi Familiari di Alcolisti Anonimi (Al-Anon), Club Alcolisti in Trattamento (CAT) offrono agli operatori della salute un'opportunità di conoscenza esperienziale della propria proposta e del proprio modo di stare insieme.

Come tutte le altre iniziative, il seminario è stato cancellato e per ora ottimisticamente posticipato al 30 settembre 2020. Di certo, fra le tante iniziative ed eventi formativi annullati o rimandati dalla necessità di distanziamento sociale, questo rinvio colpisce particolarmente proprio perché vicinanza, condivisione e presenza rappresentano l'anima stessa dei gruppi di automutuoaiuto.

Ed è proprio a quell'anima che si riferisce il titolo scelto per l'iniziativa, riproposto come tale tutti gli anni: *Antiche*

Rif.
Giovanni Greco, Direttore SerDP Ravenna,
Referente Progetto Alcol Regione Emilia Romagna
0544 287251
giovanni.greco@auslromagna.it

risorse, nuovi legami. Da una parte la dimensione storica, intrinsecamente umana, avente a che fare con il bisogno di vicinanza e reciprocità nei momenti di difficoltà (le antiche risorse); dall'altro la dimensione "storica" dei gruppi di *self help* e il loro contributo allo sviluppo del *welfare*, che tra alti e bassi, ha attraversato tutto il 900 fino ai giorni nostri (i nuovi legami). Queste dimensioni, trasversali nel tempo, ricadevano nella necessità di dare valore agli elementi fondanti il *self help*: la valorizzazione dell'empatia, la cooperatività, la sussidiarietà, la gratuità, il solidarismo, la partecipazione di sentimenti, la socializzazione, il rinforzo, la protezione, la pari dignità.

1. Lo stato dell'arte in Emilia Romagna

Sono quindi 10 anni che il seminario regionale, apre la kermesse di iniziative che ogni azienda a livello locale organizza in occasione di aprile, mese dedicato alla prevenzione alcolologica.

Ogni edizione ha avuto un sottotitolo che ne specificava il focus: *La prospettiva dell'auto mutuo aiuto nella rete alcolologica territoriale*/ed. 2012; *Niente sarà più come prima*/ed. 2013; *Insegnare e imparare l'alcolologia*/ed. 2015; *L'alcolologia fa scuola*/ed. 2016; *Vite che insegnano*/ed.2017-18 fino ad arrivare a *Storie che curano* pensato per l'edizione 2020, a cui avrebbe dovuto partecipare Umberto Curi con una Lezione Magistrale sulla tradizione dell'alcol a partire da una riflessione sul Simposio di Platone.

Le prime edizioni erano principalmente rivolte agli operatori del sistema delle dipendenze poi gradualmente ci si è aperti a tutti i futuri professionisti della salute: MMG in formazione, studenti frequentanti gli ultimi anni delle lauree in psicologia, servizio sociale, educatore professionale e tecnico della riabilitazione.

In queste 9 edizioni hanno partecipato circa 900 persone.

Già nel 2008 venivano mappati nella nostra regione circa 200 gruppi di auto-mutuo-aiuto, distribuiti in modo eterogeneo nei diversi territori (maggiormente concentrati a Bologna Reggio Emilia e Modena) e legati alle Aziende Sanitarie Locali da differenti rapporti di collaborazione.

Da questa prima rilevazione emergeva una realtà ricca e composita, distribuita a macchia di leopardo, più o meno orientata all'approccio dei 12 passi oppure sulla metodologia ecologico-sociale fondata da Hudolin, in tutti i casi sostenuta dalla buona volontà di singoli professionisti e cittadini competenti, referenti dei gruppi, che negli anni erano riusciti a costruire rapporti di stima e fiducia reciproca.

La necessità di valorizzare maggiormente il contributo dei gruppi alla cura della persona con dipendenza da alcol, di favorire l'apertura di nuovi gruppi nei territori in cui, per motivi diversi, erano meno presenti, di abbattere vecchie resistenze e diffidenze ideologiche di alcuni professionisti,

di promuovere nei nuovi professionisti sanitari la cultura dell'auto mutuo aiuto e il valore dell'esperienza, ha portato ad un percorso condiviso della durata di alcuni mesi che è successivamente sfociato nel *DGR 600 del 9 maggio 2011*. Con questo atto, la Regione Emilia-Romagna, attraverso le sue declinazioni aziendali orientate alla cura e al trattamento delle dipendenze patologiche, si impegnava a collaborare con le Associazioni Alcolisti Anonimi, Al-Anon e ARCAT riconoscendo loro il ruolo "di risorsa" nel Sistema dei Servizi che si rivolgono alle persone con problemi alcol correlati.

Il testo del protocollo invita a definire una forma organizzativa condivisa tra Servizi per le Dipendenze Patologiche e Associazioni attive in ambito alcolologico che permetta di promuovere a livello locale la conoscenza delle reciproche modalità operative, nel pieno rispetto delle proprie specificità; programmare e verificare la realizzazione di eventuali iniziative comuni; formulare proposte operative per il miglioramento della collaborazione; favorire la partecipazione degli operatori e dei volontari/referenti dei gruppi a momenti di formazione comune, incentivare riunioni aperte e *meeting* di confronto, dialogo e approfondimento tematico. Il protocollo ha favorito l'emergere di pratiche virtuose. Il gruppo di monitoraggio si è ben presto reso conto dell'esistenza di altre importanti collaborazioni che andavano assolutamente sostenute. Una fra tutte quella con il mondo universitario che, attraverso alcuni docenti sensibili e interessati, aveva attivato già da tempo un modello comunicativo diretto con i gruppi affinché portassero testimonianze nelle classi di studenti oppure proponessero a queste l'esperienza della "riunione aperta". Molti studenti si sono appassionati e hanno deciso di dedicare la tesi di laurea al gruppo dei figli *teenager* di genitori alcolisti (Al-Ateen) oppure di proporre progetti di ricerca sul campo per studiare gli esiti della frequentazione regolare al CAT. È sulla spinta di queste esperienze che con il *DGR 343/2018* (approvazione schema di protocollo di collaborazione tra Regione Emilia-Romagna, Università della Regione e Associazioni Alcolisti Anonimi, Al-Anon e Arcat in tema di alcolologia per il triennio 2018-2020) il protocollo di collaborazione tra Regione e gruppi di auto mutuo aiuto è stato ampliato a tutti gli Atenei della Regione Emilia-Romagna definendo precisi obiettivi:

- consolidare la collaborazione tra le Associazioni e la Regione sperimentata nei primi anni di applicazione del citato protocollo e confermarne la validità;
- approfondire i temi relativi alla valutazione degli interventi;
- sperimentare percorsi ed occasioni formative in ambito accademico in collaborazione con le Università della Regione Emilia-Romagna.

PROVINCIA	NOME GRUPPO	MEDIA PARTECIPANTI	INCONTRI SETTIMANALI
Piacenza	Gruppo "Serena"	3	3
Parma	Gruppo "Fidenza"	8	2
Parma	Gruppo "Fornovo"	5	1
Parma	Gruppo "Azione"	10	1
Parma	Gruppo "Cinghio"	14	2
Parma	Gruppo "Santo Stefano"	10	2
Parma	Gruppo "San Polo"	6	2
Reggio Emilia	Gruppo "Speranza"	8	2
Reggio Emilia	Gruppo "L'Incontro"	10	2
Reggio Emilia	Gruppo "Avventura"	7	2
Reggio Emilia	Gruppo "Reggio Uno"	10	2
Reggio Emilia	Gruppo "Ritorno alla vita"	5	1
Modena	Gruppo "Insieme"	7	2
Modena	Gruppo "Armonia"	3	1
Modena	Gruppo "l'Araba Fenice"	5	1
Modena	Gruppo "Bassa Modenese"	5	2
Modena	Gruppo "Cesana"	10	2
Modena	Gruppo "Giardini"	4	2
Modena	Gruppo "Montagna"	8	1
Modena	Gruppo "Prignano"	4	1
Modena	Gruppo "Sassuolo"	13	2
Modena	Gruppo "Vignola"	4	2
Modena	Gruppo "Zocca"	2	1
Ferrara	Gruppo "Pomposa"	8	2
Ferrara	Gruppo "Aurora"	10	2
Bologna	Gruppo "Bologna Centro"	12	3
Bologna	Gruppo "Il Borgo"	14	1
Bologna	Gruppo "Nettuno"	9	2
Bologna	Gruppo "Semplicità"	5	1
Bologna	Gruppo "Santerno"	15	2
Bologna	Gruppo "Idice"	19	3
Forlì-Cesena	Gruppo "Serenità"	6	2
Forlì-Cesena	Gruppo "Sassi"	12	2
Forlì-Cesena	Gruppo "Forlimpopoli"	5	1
Ravenna	Gruppo "Ravenna"	18	2
Rimini	Gruppo "Riccione"	8	1
Rimini	Gruppo "Rimini"	12	2

Tab. 1, Gruppi Alcolisti Anonimi in Emilia-Romagna. Anno 2019

2. Il ruolo dell'Università

Oltre agli impegni già dichiarati da servizi e gruppi, le Università si impegnano a sperimentare percorsi ed occasioni formative in ambito alcolologico nei programmi dei corsi di studio rivolti ai futuri professionisti delle professioni di aiuto (medici, psicologi, infermieri, educatori, assistenti sociali) con il contributo delle Associazioni.

Nello specifico, si impegnano a:

- prevedere la partecipazione di referenti delle Associazioni affinché portino testimonianza diretta agli studenti;

- organizzare, anche in collaborazione con gli altri attori della rete alcolologica, sessioni dimostrative di gruppo rivolte agli studenti dei corsi di studio interessati;
- avvalersi, nel rispetto dei regolamenti di ateneo, della collaborazione delle Associazioni a favore degli studenti impegnati nella redazione delle tesi di laurea assegnate nell'ambito dei corsi di studio interessati.

Uno dei primi frutti di questa collaborazione è stata l'istituzione di un bando di premio di laurea "Margherita Arcieri"

PROVINCIA	NOME GRUPPO	INCONTRI SETTIMANALI
Piacenza	Gruppo "Serena"	1
Parma	Gruppo "Fornovo"	1
Parma	Gruppo "Serenità"	2
Parma	Gruppo "Armonia"	1
Parma	Gruppo "Fidenza"	1
Reggio Emilia	Gruppo "Speranza"	1
Reggio Emilia	Gruppo "L'Incontro"	1
Reggio Emilia	Gruppo "Consorzio"	3
Reggio Emilia	Gruppo "Primavera"	1
Reggio Emilia	Gruppo "Ritorno alla vita"	
Modena	Gruppo "Insieme"	1
Modena	Gruppo "Armonia"	½
Modena	Gruppo "Cesana"	2
Modena	Gruppo "Risorgimento"	1
Modena	Gruppo "Abbraccio"	1
Modena	Gruppo "Mirandola"	2
Modena	Gruppo "Vignola"	1
Modena	Gruppo "Pavullo"	1
Ferrara	Gruppo "Pomposa"	1
Ferrara	Gruppo "Aurora"	2
Bologna	Gruppo "Bologna Centro"	1
Bologna	Gruppo "Mauro"	2
Bologna	Gruppo "Serenità"	1
Bologna	Gruppo "Sorriso"	1
Bologna	Gruppo "San Pietro in Casale"	1
Cesena	Gruppo "Serenità"	1
Forlì-Cesena	Gruppo "Forlimpopoli"	1
Ravenna	Gruppo "Mai soli"	2
Rimini	Gruppo "La Rocca"	2

Tab. 2, Gruppi AlAnon in Emilia-Romagna. Anno 2019

I GRUPPI ACAT EMILIA ROMAGNA (Associazione Club Alcolisti in Trattamento)

Si rileva la presenza di 78 gruppi distribuiti in tutte le province della Regione Emilia-Romagna (la distribuzione precisa risente di variabili aggregative e di costituzione che si modificano rapidamente nel tempo)

per l'AA 2019-'20 istituito dal Dipartimento di Giurisprudenza, studi politici e internazionali Università di Parma a favore di laureati dei corsi di laurea in servizio sociale e in programmazione e gestione dei servizi sociali. Lo scopo è quello di valorizzare percorsi di studio ed indagine sull'utilizzo del gruppo come strumento terapeutico, di analisi della ricaduta operativa sulla comunità, di ricerca su modelli di legame e reciprocità indirizzati all'emancipazione da condotte additive e di esigibilità di diritti individuali e relazionali. Tale obiettivo ha una doppia valenza: sensibi-

lizzare i docenti a fare del modello self help un obiettivo di approfondimento didattico e al tempo stesso dare peso all'impegno e all'orientamento dei discenti.

La formazione universitaria conduce comunemente alla formulazione di una identità professionale che pone l'operatore in una condizione di attesa: è la persona che si approccia al professionista richiedendo aiuto o prestazioni di cura o assistenziali. Si parte quindi da una valutazione, che conduce ad una diagnosi ovvero alla definizione di uno status, vissuto talora in maniera stigmatizzante e deformante spe-

cie se riconducibile ad uno stile di vita o ad un modello relazionale (come peraltro prevedono anche moderni modelli di classificazione delle malattie). Tale identità di malato è dunque di frequente rigettata o confutata.

Nell'entità gruppale, la narrazione anamnestica (determinante nella dimensione diagnostica professionale), assume un aspetto secondario, successivo, spontaneo. Qui l'ingresso o accoglienza è un evento dettato più di frequente dalla curiosità nonché dalla libertà di poter ascoltare. Il progressivo inserimento porta a riconsiderare quell'idea di diversità, indotta dall'etichettamento diagnostico, che nell'universalità delle vicende umane messe tra loro a contatto stempera e dissipa l'uniformità categoriale dell'approccio professionale.

L'ascolto, che è dunque il fondamento istitutivo della mutualità competente, si rivela nella sua capacità attivistica, elaborativa, riflessiva, elucidativa, il principio di cura della persona. Rappresenta attraverso la partecipazione al gruppo, quale scelta libera, l'acquisizione di conoscenze, la revisione del lessico esplicativo, la riconsiderazione di modelli giustificativi e difensivi, l'accettazione di un sé fragile e vulnerabile, l'emancipazione dalla costante contrattazione con il mondo emotivo: un insieme di apprendimenti che condizioneranno in maniera significativa l'operatività quotidiana della persona. A partire dalla singolare scoperta del valore del silenzio che assume un singolare significato di interattività: sentirsi accolto nella possibilità di tacere.

Le esperienze svolte in questi anni con gli studenti e gli specializzandi, un misto di vissuti, insegnamenti ed approfondimenti sulla relazione d'aiuto, hanno condotto autenticamente alla scoperta di un mondo di rapporti che dunque amplia le prospettive di integrazione nelle cure ma anche di sollecitazione al protagonismo individuale e collettivo a partire dall'evidenza di un nuovo modello di supporto basato sulla reciprocità.

3. I Gruppi di auto mutuo aiuto nella Regione Emilia Romagna

Dalla rilevazione del 2008 il numero dei gruppi sul territorio regionale è lievemente diminuito (Tab. 1) confermando il dato nazionale evidenziato durante la Conferenza nazionale sull'alcol organizzata dalle Regioni a Trieste nel 2012. La sessione di lavoro dedicata alle reti di auto-mutuo aiuto, di autotutela della salute e di cittadinanza attiva evidenziò allora come *"a fronte della riconfermata necessità della collaborazione con i Servizi di Alcolologia o gli ambulatori alcolologici nei SerDP, nei fatti si assiste ad un decremento sia degli invii dai servizi ai gruppi dei 12 Passi e ai CAT sia ad una riduzione o non crescita del numero degli stessi. Esiste infatti un generale trend di diminuzione o non crescita di gruppi, evidenziato per la parte relativa ai Servizi Pubblici,*

dai dati a nostra disposizione (OED, 2012), con la decrescita di invii. Il trend è comunque segnalato in quasi tutte le Regioni italiane e riconosciuto anche dalle stesse associazioni dedicate".

Questo trend va contrastato. La rete va mantenuta viva. Le relazioni di collaborazione vanno curate e nutrite nel tempo non solo come fatto intrinseco ma anche per adeguarsi al *turn over* degli operatori e degli stessi facilitatori/servitori dei gruppi. Il protocollo regionale rappresenta quindi una cornice istituzionale per dare valore ad ogni elemento della rete e legittimare il lavoro silenzioso e spesso invisibile di contatti, incontri telefonate, confronti che avviene tra operatori e rappresentanti delle realtà gruppali e docenti/referenti dei corsi di laurea. È anche in questa prospettiva che si tiene un incontro di monitoraggio dell'applicazione del protocollo con cadenza circa bimestrale in Regione che vede la presenza dei referenti regionali di area di tutte e tre le associazioni, il coordinamento metropolitano dei gruppi di auto mutuo aiuto dell'AUSL di Bologna e i referenti regionali per l'area Dipendenze e Alcol.

Il protocollo attualmente in vigore scadrà del 2021. Tutto il lavoro svolto fino ad oggi ci porterà a valicare i confini delle problematiche alcol correlate e ad includere altre realtà gruppali significative come ad esempio i Giocatori Anonimi, con i quali la Regione ha già stipulato un protocollo simile anch'esso scaduto. Così come valuteremo i mutamenti indotti dal COVID-19 in ordine alla possibilità di incontrarsi ed interagire a distanza al fine di mantenere lo spirito istitutivo del gruppo: *"Chi nel cammino della vita ha acceso anche soltanto una fiaccola nell'ora buia di qualcuno, non è vissuto invano"* (Madre Teresa).

Bibliografia

- Segal G. 2020 "Alcoholics Anonymous 'spirituality' and long-term sobriety maintenance as a topic for interdisciplinary study" Behav Brain Res. (Epub ahead of print)
- Kelly JF, Humphreys K, Ferri M. 2020 "Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder." Cochrane Database Syst Rev 3:CD012880.
- Delibera della Regione Emilia-Romagna del 9 maggio 2011, N. 600 "Approvazione protocollo di collaborazione tra Regione Emilia-Romagna e Associazioni A.A., AL ANON e ARCAT" BUR n.86 del 08.06.2011
- Delibera della Regione Emilia-Romagna del del 12 marzo 2018 N. 343 (approvazione schema di protocollo di collaborazione tra Regione Emilia-Romagna, Università della regione e Associazioni Alcolisti Anonimi, Al-Anon e Arcat in tema di alcolologia per il triennio 2018-2020).

Gioco d'azzardo: quanto ci costi?

Analisi statistica degli utenti GAP e stima dei costi diretti in Emilia-Romagna

Daniele Di Simone

ABSTRACT

Negli ultimi anni l'Italia ha visto un'espansione critica del gioco d'azzardo e sempre più soggetti hanno avuto problemi relativi al Gioco d'Azzardo Patologico (GAP). Anche in Emilia-Romagna si osserva un trend crescente, rendendo necessaria una maggiore comprensione del fenomeno al fine di contrastare le negatività ad esso associate. Questo studio vuole far luce sulle caratteristiche socio-anagrafiche dei giocatori patologici che si sono rivolti ai SerD.P. emiliano-romagnoli e sui relativi costi diretti sostenuti dal Servizio Sanitario. Risulta che dal 2014 al 2017 ogni AUSL ha sopportato un costo diretto medio di circa 314 € per ogni nuovo assistito GAP.

43

Introduzione

Il tema del gioco d'azzardo è un argomento di forte dibattito politico e socioeconomico: da un lato c'è l'interesse economico dell'Erario e dei soggetti che operano nel settore di poter guadagnare cospicue somme, dall'altro ci sono i giocatori che devono poter essere liberi di giocare - in virtù delle libertà individuali - ma che, al contempo, devono essere necessariamente protetti da eventuali comportamenti compulsivi che arrechino danni economici e relazionali alla propria persona.

L'Italia ha visto un'espansione critica del gioco d'azzardo negli ultimi anni: tra il 2000 e il 2017 la raccolta complessiva dei giochi è passata, in termini reali, da 20 a circa 102 miliardi di euro (la raccolta nel 2018 è stata stimata intorno ai 107 miliardi)¹ e il numero stimato di giocatori problematici è passato da 100.000 nel 2010 a 400.000 nel 2017.² In Emilia-Romagna la raccolta nel 2018 è stata circa di 6 miliardi³ e il numero di soggetti che si sono rivolti ai SerD.P. - dal 2010 al 2017 - si è quasi triplicato nel tempo.

Rif.
Daniele Di Simone,
Statistico - Assegnista di Ricerca, Istituto di Fisiologia Clinica del
Consiglio Nazionale delle Ricerche (IFC-CNR), Pisa
345 150 3351
daniele.disimone@ifc.cnr.it
daniele.disimone93@gmail.com

Note

- 1 ADM - Libro Blu (2018) e Ufficio Parlamentare di Bilancio (2018)
- 2 Cerrai, Resce e Molinaro (2017).
- 3 ADM - Libro Blu (2018)

Risulta quindi fondamentale studiare:

1. le caratteristiche dei giocatori che influiscono positivamente nell'entrare in progetto;
2. le variabili che influenzano la durata del programma terapeutico;
3. i costi legati al gioco d'azzardo.

Per quanto riguarda la stima dei costi relativi al Gioco d'Azzardo, in letteratura si fa riferimento principalmente a tre tipologie di approcci teorici. Ciascuno di questi analizza il fenomeno del *gambling* in modo diverso:

- Il primo metodo è chiamato *Cost-Of-Illness studies* (COI) e consente di stimare i costi del gioco d'azzardo patologico (Harwood, Fountain e Livermore, 1999; Single, 2003). In questa branca però non ci si focalizza sui benefici del gioco d'azzardo.
- Il secondo approccio è quello dell'*Economic Approach* descritto da Walker e Barnett (1999). In tale metodo il costo sociale è definito come un'azione che fa diminuire il benessere aggregato. Rispetto agli studi COI è più generale in quanto comprende una misurazione dei benefici del gioco d'azzardo (Collins e Lapsley, 2003).
- Infine, va ricordato, c'è il metodo della *Public Health Perspective*. Rispetto agli altri due approcci è più generale e cerca

di analizzare gli aspetti della qualità della vita che non sono comprese nelle misurazioni quantitative (Korn e Shaffer, 1999).

Questi tre approcci sono utili per cercare di comprendere i costi e i benefici legati al gioco d'azzardo, tuttavia ci sono molti limiti a misurarli scientificamente a causa di una carenza di metodologie standardizzate. Anche in Italia c'è un problema legato all'omogeneità dei dati regionali, infatti i sistemi di rilevazione dei Servizi sanitari risultano disomogenei nel territorio italiano (Capitanucci e Carlevaro, 2004).

1. Breve introduzione descrittiva

Tra il 2010 e il 2017 nei SerD.P. dell'Emilia-Romagna sono state aiutate centinaia di persone per problemi relativi al Gioco d'Azzardo Patologico (GAP). La quota è sempre stata in costante aumento (Fig. 1) passando da 512 a 1521 soggetti, con una variazione percentuale del 197,1%. Bisogna tenere a mente che non tutti i giocatori bisognosi di aiuto si rivolgono al Servizio sanitario, quindi questi numeri rappresentano solamente una parte del problema.

Passando a livello di AUSL, le variazioni percentuali maggiori sono state raggiunte a Reggio Emilia e a Bologna, pari rispettivamente all'887,50% e al 677,14%. Nelle altre AUSL l'incremento è stato comunque notevole, ma sotto il 200%

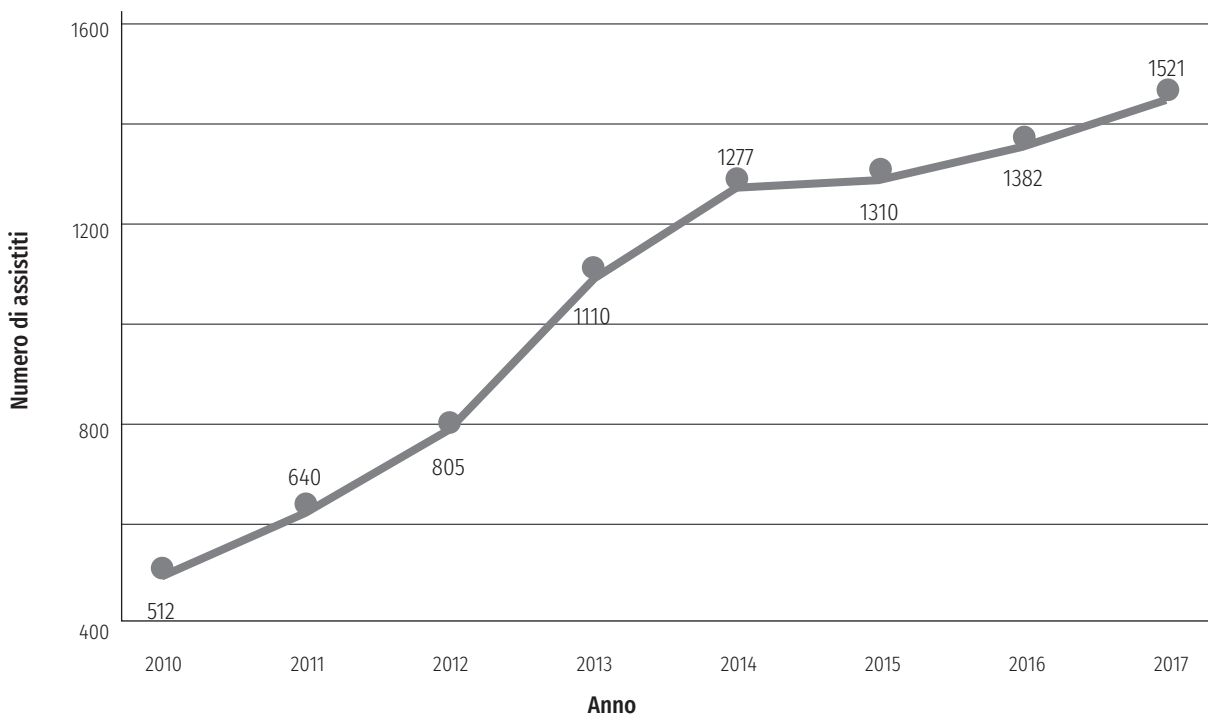


Fig. 1, Numero di assistiti dal 2010 al 2017 nei SerD.P. dell'Emilia-Romagna

Fonte: Elaborazione personale con R

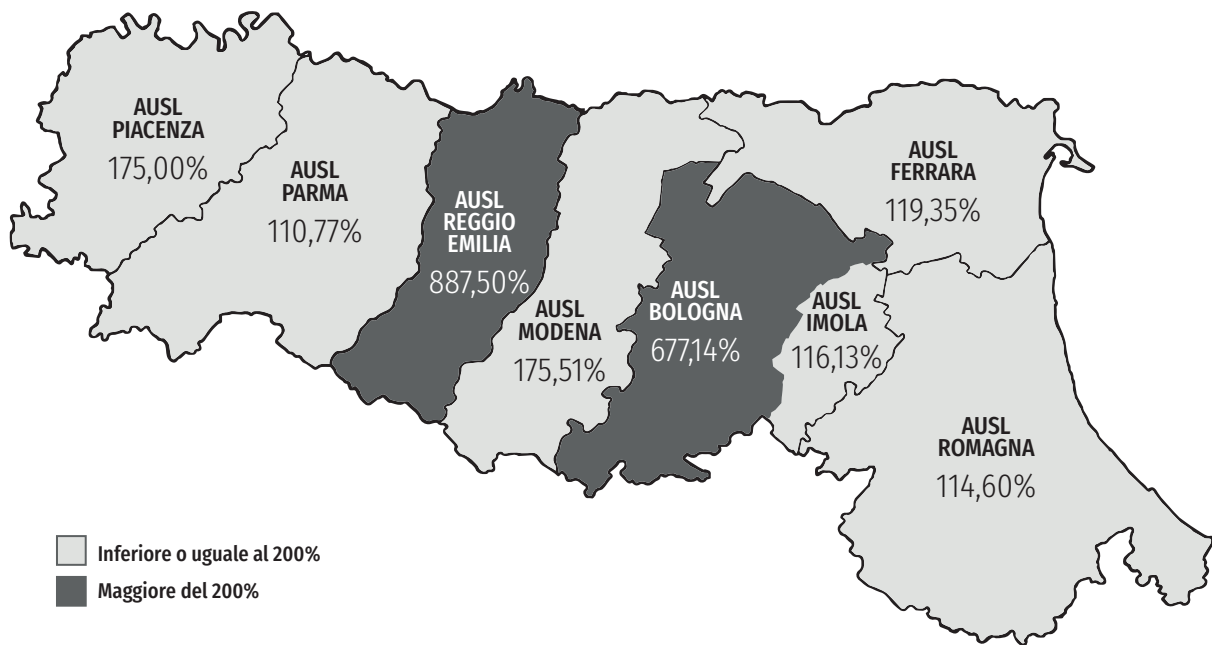


Fig. 2, Variazione percentuale degli assistiti nelle varie AUSL tra il 2010 e il 2017.

Fonte: Elaborazione personale con ArcMap R

(Fig. 2). Fra le varie caratteristiche degli assistiti si notano determinate classi che mostrano una particolare incidenza: età fra i 30 e i 70 anni, sesso maschile, stato civile senza un coniuge, cittadinanza italiana, titolo di scuola media inferiore o superiore, lavorativamente attivo, giocate settimanali o giornaliere presso Bar o Tabacchi e utilizzo prevalentemente di Videolottery.

2. Analisi statistica

2.1 Variabili influenti per l'attivazione del progetto terapeutico
Grazie alla banca dati SIDER⁴ è stato possibile individuare quali siano le caratteristiche significative che portano un soggetto già in contatto con il SerD.P. ad entrare in progetto. A tal fine è stata applicata una Regressione Logistica - per gli anni dal 2014 al 2017 - che dà i seguenti risultati:

	Coeff.	Odds Ratio	P-Value	Significatività
Età 35 - 44	0,49	1,63	0,001	**
Età 45 - 54	0,67	1,95	0,000	***
Età 55 - oltre	0,96	2,61	0,000	***
Coniugato/a	-0,23	0,79	0,041	*
Titolo di studio medio/alto	0,51	1,66	0,000	***
Luogo Bar / Tabacchi	0,32	1,37	0,006	**
Durata di gioco 2/3 ore	0,22	1,24	0,071	.
Durata di gioco 4/5 ore o più	0,99	2,69	0,000	***

Tab. 1, Significatività: 0 '***' 0.001 '***' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1 Regressori selezionati con il metodo Stepwise.

Dalla lettura del modello emerge che all'aumentare dell'anzianità, aumenta la probabilità di essere presi in carico presso il Servizio Sanitario. In particolare avere tra i 35 e i 44 anni - rispetto ad averne meno di 35 - comporta una probabilità maggiore del 63% di entrare in carico. Per quanto riguarda le altre due classi di età, le probabilità aumentano rispettivamente del 95% e del 161%. Essere coniugato risulta essere un fattore protettivo - con il 26% di probabilità in meno di entrare in carico - e avere un titolo di studio medio/alto⁵ - rispetto a non averlo o ad averlo basso - comporta una probabilità maggiore del 66% di iniziare un progetto. Infine, per quanto riguarda le abitudini di gioco, osserviamo che la probabilità di entrare in carico nei SerD.P. per coloro che preferiscono giocare nei Bar/Tabacchi - rispetto a chi gioca in altri luoghi - è più alta del 37%; chi ha l'abitudine di giocare tra le due e le tre ore - rispetto a chi gioca meno di due ore - ha una maggiore probabilità pari al 24% e chi di solito gioca quattro o più ore ha una relativa probabilità pari al 169%.

2.2 Variabili influenti per la durata del progetto terapeutico

Una volta che i giocatori sono entrati in progetto, è utile capire quali caratteristiche influenzino la durata del programma terapeutico. Tale analisi è stata resa possibile applicando il Modello di Durata alla Cox⁶ per i quattro anni

ha più di 64 anni. Questa evidenza empirica mostra come gli individui fra i 45 e i 64 anni siano quelli che necessitano di più tempo per concludere/terminare il progetto.

Per quanto riguarda lo Stato Civile, chi ha un/una coniuge - rispetto a chi non ha un compagno al proprio fianco - risulta avere una probabilità maggiore del 27% di completare o terminare il progetto in un dato periodo.

Stima dei costi

Nella banca dati SIDER è stato possibile avere accesso a tutte le prestazioni erogate ai giocatori dai SerD.P.; quindi si è potuto seguire l'approccio COI e calcolare i costi sanitari diretti⁷ per gli anni che vanno dal 2014 al 2017. Il costo diretto è funzione della sola retribuzione lorda relativa al personale incaricato per l'assistenza dei giocatori patologici. Dal momento che le retribuzioni lorde variano sia tra le diverse figure professionali coinvolte e sia all'interno delle stesse figure professionali (dovute, ad esempio, a maggiori anni di servizio e/o a maggiori responsabilità), si è fatto riferimento a retribuzioni medie:

- Medico: 37,00 € lordi l'ora (72.500 € lordi l'anno).
- Psicologo: 26,50 € lordi l'ora (52.500 € lordi l'anno).
- Comparto: 18,00 € lordi l'ora (35.000 € lordi l'anno).

	Coeff.	Hazard Ratio	P-Value	Significatività
Età 35 - 44	-0,39	0,68	0,009	**
Età 45 - 54	-0,65	0,52	0,000	***
Età 55 - 64	-0,55	0,57	0,000	***
Età 65 - oltre	-0,40	0,67	0,014	*
Coniugato/a	0,23	1,27	0,013	*

Tab. 2, Significatività: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 '' 1 Regressori selezionati con il metodo Stepwise.

dal 2014 al 2017. L'analisi di Cox riporta i seguenti risultati: Risultano significative solamente le variabili relative all'età e allo stato civile.

Rispetto all'età la possibilità di completare o terminare il progetto concordato è più bassa per le categorie più anziane; in altre parole, è più difficile osservare l'evento completato/terminato per i soggetti con più di 34 anni. In particolare - rispetto ai più giovani - la possibilità di completare/terminare il progetto in un dato periodo si riduce del 47% per chi ha dai 35 ai 44 anni, del 92% per chi ha dai 45 ai 54 anni, del 75% per chi ha dai 55 ai 64 anni e del 49% per chi

Note

- 4 SIDER (2010)
- 5 In particolare il titolo di diploma, laurea o equipollenti sono stati considerati titoli medio-alti
- 6 Sono state effettuate censure per gli assistiti che hanno interrotto il trattamento o che sono risultati ancora in corso di assistenza a fine anno 2017
- 7 Non sono stati considerati ribaltamenti e/o costi indiretti

I costi sono stati stimati considerando: I) ogni prestazione erogata ad ogni singolo paziente, II) la retribuzione lorda dell'operatore sanitario designato per quelle specifiche attività⁸ e III) il tempo medio di ogni servizio. In particolare le retribuzioni lorde ed il tempo medio di ogni prestazione sono stati attribuiti in base a quanto riscontrato da interviste dirette agli operatori professionali. Effettuando questi calcoli per tutte le AUSL dell'Emilia-Romagna dal 2014 al 2017, i risultati sono i seguenti:

AUSL	Costo totale dal 2014 al 2017	Costo medio annuale
Piacenza	160.180,02 €	40.045,01 €
Parma	210.988,77 €	52.747,19 €
Reggio Emilia	161.090,86 €	40.272,72 €
Modena	250.293,67 €	62.573,42 €
Bologna	240.833,38 €	60.208,35 €
Imola	64.748,14 €	16.187,04 €
Ferrara	246.594,75 €	61.648,69 €
Romagna	312.293,51 €	78.073,38 €
Media AUSL	205.877,89 €	51.469,47 €
Emilia-Romagna	1.647.023,11 €	411.755,78 €

Tab. 3, Costi sostenuti dalle AUSL della Regione Emilia-Romagna dal 2014 al 2017 per il G.A.P.

Costo medio per assistito	314 €
Costo medio di una prestazione	21 €
Numero medio di prestazioni annue per AUSL	2.434
Numero di utenti medio annuale per AUSL	172
Numero di prestazioni medie per assistito	15

Tab. 4, Medie relative a diverse variabili per il periodo 2014 - 2017

Tra il 2014 e il 2017 la Pubblica Amministrazione ha sostenuto un costo diretto di quasi 1.650.000,00 euro per il G.A.P. in Emilia-Romagna; per ogni AUSL si è tradotto in quasi 200.000 euro nei quattro anni e approssimativamente 50.000 euro annuali.

Nella Tab. 4 sono riportate le medie per altre variabili di interesse.

In Emilia-Romagna quindi - dal 2014 al 2017 - ogni AUSL ha speso mediamente per ogni nuovo assistito circa 314 euro e per ogni prestazione circa 21 euro. La media dei servizi erogati in un anno ammonta a circa 2.434, ogni AUSL ha visto ogni anno mediamente 172 nuovi giocatori e il numero di prestazioni che ogni assistito ha ricevuto è, in media, pari a 15.

Conclusioni

Il numero degli assistiti nei SerD.P. della Regione Emilia-Romagna è cresciuto nel tempo, con una variazione percentuale pari al 197,1% tra il 2010 e il 2017. Questo ci indica come sempre più persone abbiano sentito il bisogno di ricevere aiuto a causa di un desiderio di giocare incontrollabile. Le caratteristiche che fanno aumentare la probabilità di entrare in progetto nel Servizio Sanitario sono l'avanzare dell'età, avere un titolo di studio medio/alto, giocare in Bar o Tabacchi e passare molto tempo a giocare d'azzardo. Unica caratteristica significativa che fa diminuire tale probabilità è essere coniugato, la quale risulta protettiva anche nel Modello di Durata. Difatti - da quanto è emerso - chi è coniugato tende a concludere correttamente (o terminare) in minor tempo il progetto; allo stesso tempo, invece, avere un'età superiore ai 35 anni comporta rimanere in progetto relativamente più tempo.

Infine sono stati stimati i costi sanitari diretti per il periodo 2014-2017 considerando la totalità delle prestazioni, le relative durate medie e una retribuzione oraria media dei professionisti. Il costo totale per il Gioco d'Azzardo Patologico tra il 2014 e il 2017 risulta essere pari a circa 1.650.000,00 euro ed ogni AUSL ha speso in media ogni anno circa 50.000,00 euro. Tali costi non comprendono ribaltamenti o costi indiretti, per cui sono da considerare solamente una base di partenza per la stima complessiva dei costi sostenuti.

Note

8 Nel caso in cui più figure possono compiere medesime attività è stata effettuata una media ponderata

Ringraziamenti

Vorrei ringraziare il Prof. Ignazio Drudi, il dr. Alessio Saponaro e la dr.ssa Marilena Durante per avermi permesso di svolgere questo lavoro. La loro disponibilità è stata una costante e sono sempre stati presenti per ogni mio dubbio e ogni mia domanda.

Un sentito ringraziamento va anche alla Regione Emilia-Romagna e a tutti i partecipanti del gruppo GAP. In particolare ringrazio: la dr.ssa Pegli, il dr. Foschini, la dr.ssa Felice e il dr. Petazzini per essere stati estremamente disponibili e gentili nei miei confronti.

Bibliografia

- Agenzia delle Dogane e dei Monopoli, *Libro Blu: organizzazione, statistiche e attività*, 2018, pag. 96
- Allegato tecnico SIDER (Sistema informativo dei Servizi per le dipendenze della Regione Emilia-Romagna), Regione Emilia-Romagna, Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, 2010.
- D. A. Korn, H. J. Shaffer, *Gambling and the Health of the Public: Adopting a Public Health Perspective*, Human Sciences Press, Inc., 1999, 289-365.
- D. Capitanucci (a cura di), T. Carlevaro (a cura di), *Guida ragionata agli strumenti diagnostici e terapeutici nel Disturbo di Gioco d'Azzardo Patologico*, Hans Dubois editore, Bellinzona, 2004, 5-6.
- D. Collins, H. Lapsley, *The Social Costs and Benefits of Gambling: An Introduction to the Economic Issues*, Journal of Gambling Studies, Vol. 19, No. 2., 2003, 123-148.
- D. M. Walker, A. H. Barnett, *The Social Costs of Gambling: An Economic Perspective*, Journal of Gambling Studies Vol. 15(3), 1999, 181-212.
- E. Single, *Estimating the Costs of Substance Abuse: Implications to the Estimation of the Costs and Benefits of Gambling*, University of Toronto, Journal of Gambling Studies, Vol. 19, No. 2., 2003, 215-233.
- H. J. Harwood, D. Fountain, G. Livermore, *Cost estimates for alcohol and drug abuse*, Society for the Study of Addiction to Alcohol and Other Drugs, Carfax Publishing, Taylor & Francis Ltd., 1999, 631-647.
- R Core Team, *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. 2019, URL <https://www.R-project.org/>.
- S. Cerrai (a cura di), G. Resce (a cura di), S. Molinaro (a cura di), *Consumi d'Azzardo - Rapporto di Ricerca sulla diffusione del gioco d'azzardo fra gli italiani attraverso gli studi IPSAD® ed ESPAD® Italia.*, Cnr Edizioni, Roma, 2017, 22
- Ufficio Parlamentare di Bilancio (2018), *La fiscalità nel settore dei giochi*, Focus tematico n°6 del 3 maggio 2018, pag. 6.

Sestante

| P U B B L I C A Z I O N I |



LIBRI

NORMAN E. ZINBERG
DROGA, SET E SETTING. LE BASI DEL CONSUMO
CONTROLLATO DI SOSTANZE PSICOATTIVE
Torino, 2019, EGA – Edizioni Gruppo Abele,
368 pagine

AA VV
IL CONCETTO DI DIPENDENZA IN PSICHIATRIA.
UN RAFFRONTO DI TEORIE SULLA DIPENDENZA
DEGLI UTENTI DEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE
Trieste, 2019, EUT Edizioni Università di
Trieste, 98 pp

MASSIMO PERSIA
TOSSICODIPENDENZE 2.0. ASPETTI
SPECIALISTICI
Torino, 2018, PM Edizioni, 320 pagine

MARIO G.L. DE ROSA
ALCOLOGIA CLINICA: L'ESPERIENZA DI UN
SERVIZIO DELLE DIPENDENZE
Milano, 2018, Franco Angeli, 126 pagine

AA VV
DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO: RISULTATI
DI UN PROGETTO SPERIMENTALE
Roma, 2018, Istituto Superiore di Sanità;
2018. (Rapporti ISTISAN 18/5)

PIETRO FAUSTO D'EGIDIO
IL VALORE DELLA CLINICA. DIVERSIONE E
MISUSO DEI FARMACI AGONISTI OPIACEI
Milano, 2017, Franco Angeli, 192 pagine

ARTICOLI

BRUNO SCIUTTERI, BRUNO TORTIA, EMANUELE
BIGNAMINI
GLI OUTCOME DEL TRATTAMENTO FARMACO-
LOGICO DELL'ALCOLDIPENDENZA
in *Alcologia*, n. 36 (2019) - on line

AA VV
LAVORO DI COMUNITÀ
in *Lavoro sociale : Metodologie e tecniche
per le professioni sociali*, n. 5 (ott. 2019)

AA VV
OPPORTUNISTIC SCREENING FOR ALCOHOL
USE PROBLEMS IN ADOLESCENTS ATTENDING
EMERGENCY DEPARTMENTS: AN EVALUATION
OF SCREENING TOOLS in *Journal of Public
Health*, n. 1 (mar. 2019) - on line

AA VV
THE ASSOCIATION BETWEEN PERCEIVED
STIGMA AND SUBSTANCE USE DISORDER
TREATMENT OUTCOMES: A REVIEW
in *Subst Abuse Rehabil.* 2019; 10: 1-12

JOHNNY ACQUARO, EMANUELE BIGNAMINI
ADDICTION, CRONICITÀ E SERVIZI PER LE
DIPENDENZE
in *Mission - Open Access*, n. 52, ott. 2019

AA VV
REVIEW: SEX-BASED DIFFERENCES IN
TREATMENT OUTCOMES FOR PERSONS WITH
OPIOID USE DISORDER in *The American
journal of addictions*, July 2019

CATINA BALOTTA, PATRIZIO LAMONACA
VALUTARE LA QUALITÀ PROFESSIONALE AGITA
NELLE COMUNITÀ PER TOSSICODIPENDENTI
in *RIV Rassegna Italiana di Valutazione*,
2016, fasc.66e

Documenti on line

MATEO AMEGLIO, BARBARA CINCINELLI, ELISA
TANZINI
IL TRATTAMENTO DEL TABAGISMO E LA SUA
EVOLUZIONE: DAI MODELLI COGNITIVI-
COMPORIMENTALI AI MODELLI BASATI
SULLA MINDFULNESS
in *Alcologia* N. 35, 2019, disponibile on line

GRAZIA ZUFFA
LE DROGHE, TRA REPRESSIONE E RIMOZIONE.
LA RELAZIONE DEL GOVERNO E I RAPPORTI
OMBRA DELLA SOCIETÀ CIVILE
in *Rivista delle Politiche Sociali / Italian
Journal of Social Policy*, 4/2018
[https://www.ediesseonline.it/wp-content/
uploads/2019/04/15-Zuffa.pdf](https://www.ediesseonline.it/wp-content/uploads/2019/04/15-Zuffa.pdf)

ALESSIO SAPONARO
LA VALUTAZIONE DI PROCESSO NEI DSM-DP
Documento. Corso di formazione
"Valutazione di outcome nei Dipartimenti
di Salute mentale e Dipendenze Patologiche
della Regione Emilia-Romagna", 2015
[http://salute.regione.emilia-romagna.it/
normativa-e-documentazione/convegni-e-
seminari/corsi-di-formazione/](http://salute.regione.emilia-romagna.it/normativa-e-documentazione/convegni-e-seminari/corsi-di-formazione/)

CRISTINA SORIO, PAOLO PASETTI
FATTORI PREDITTIVI DI ESITO DEL
TRATTAMENTO IN STRUTTURE TERAPEUTICHE
RESIDENZIALI IN PAZIENTI CON DISTURBO DA
DIPENDENZA DA SOSTANZE PSICOATTIVE
MDD 18 - Giugno 2015
[https://www.ausl.fe.it/azienda/dipartimen-
ti/daismdp/Fattori%20predittivi%20di%20
esito%20del%20trattamento%20in%20stru-
ture%20terapeutiche.pdf](https://www.ausl.fe.it/azienda/dipartimenti/daismdp/Fattori%20predittivi%20di%20esito%20del%20trattamento%20in%20strutture%20terapeutiche.pdf)

PRIMO PELLEGRINI

Educatore Professionale, U.O. Dipendenze
Patologiche - Centro Studi e Documentazione di
Rimini / Ausl della Romagna

primo.pellegrini@auslromagna.it

Il prossimo Sestante
sarà un numero speciale dedicato all'impatto biologico,
economico e socio-sanitario della pandemia da COVID-19
sui servizi dei DSM-DP della Regione Emilia-Romagna e
sulla popolazione con problematiche di salute mentale e
dipendenze patologiche.

Sestante