



Approccio proattivo e precoce nelle dipendenze

**Obiettivi, contesti di intervento
e pratiche**

a cura di

**Marco Riglietta, Roberta Balestra,
Marialuisa Grech, Vincenzo Lamartora**

Prefazione di

Alexis Goosdeel



*CLINICA DELLE DIPENDENZE
E DEI COMPORTAMENTI DI ABUSO / Manuali*

FrancoAngeli



Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con **Adobe Acrobat Reader**



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile **con Adobe Digital Editions**.

Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.

CLINICA DELLE DIPENDENZE E DEI COMPORTAMENTI DI ABUSO

L'esperienza clinica degli operatori delle dipendenze patologiche è ricca e articolata: spesso si parte da zero e si fatica a far conoscere e comprendere agli "esperti" e poi alla società il senso dell'operare quotidiano. Punto di partenza di questa Collana è un'ottica culturale di apertura a un pubblico più vasto. Una sezione riguarda i *Testi*: il tema della clinica è affrontato oltre la tradizionale differenziazione teoria – ricerca – esperienze; rilevante è l'origine delle pubblicazioni, che trovano linfa nell'ambito dell'attività o comunque sono collegate agli operatori del settore.

Tematiche quali la prevenzione, la riduzione dei rischi, la riabilitazione e gli aspetti organizzativi vengono affrontati valorizzando le applicazioni utili all'intervento clinico.

Una seconda sezione è quella dei *Quaderni*: saggi, lavori congressuali e raccolta di esperienze, compresi studi e ricerche sull'utilizzo di strumenti e farmaci.

Infine i *Manuali*: materiale didattico, con la definizione di criteri, metodologie, consensus e linee di intervento.

Direzione editoriale: Alfio Lucchini

Comitato di redazione: Cinzia Assi, Maria Luisa Buzzi, Felice Nava, Giovanni Strepparola

Comitato Scientifico: Adriano Baldoni (Ancona), Giorgio Barbarini (Pavia), Renato Bricolo (Verona), Italo Carta (Milano), Giorgio Cerizza (Cremona), Massimo Clerici (Milano), Alessandro Coacci (Grosseto), Maurizio Coletti (Roma), Augusto Consoli (Torino), Antonio D'Alessandro (Roma), Antonio d'Amore (Caserta), Riccardo De Facci (Milano), Pietro Fausto D'Egidio (Pescara), Guido Faillace (Trapani), Maurizio Fea (Pavia), Riccardo C. Gatti (Milano), Gilberto Gerra (Parma), Enzo Gori (Milano), Bernardo S. Grande (Catanzaro), Claudio Leonardi (Roma), Franco Lodi (Milano), Teodora Macchia (Roma), Vincenzo Marino (Varese), Antonio Mosti (Piacenza), Giovanni Nicoletti (Roma), Pier Paolo Pani (Cagliari), Norberto Pentiricci (Perugia), Edoardo Polidori (Forlì), Eugenio Rossi (Milano), Achille Saletti (Milano), Giorgio Serio (Palermo), Alessandro Tagliamonte (Siena), Enrico Tempesta (Roma), Laura Tidone (Bergamo), Marco Tosi (Milano), Andrea Vendramin (Padova), Silvia Zanone (Roma).

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Approccio proattivo e precoce nelle dipendenze

**Obiettivi, contesti di intervento
e pratiche**

a cura di

**Marco Riglietta, Roberta Balestra,
Marialuisa Grech, Vincenzo Lamartora**

Prefazione di

Alexis Goosdeel

FrancoAngeli

Copyright © 2023 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Prefazione, di *Alexis Goosdeel* pag. 9

Parte prima **Elementi di riflessione**

- 1. Dalla medicina di attesa alla medicina di iniziativa: i riferimenti generali e gli obiettivi strategici**, di *Roberta Balestra, Marialuisa Grech, Vincenzo Lamartora, Marco Riglietta* » 13
- 2. Lo stigma: elemento centrale del bisogno inespresso e del ritardo della valutazione diagnostica**, di *Leopoldo Grosso* » 16
- 3. I fattori che influiscono sulla accessibilità dei servizi e sull'adesione alla cura**, di *Marco Riglietta, Cristina Stanic* » 29
- 4. L'importanza dell'integrazione sociosanitaria e del lavoro territoriale per l'intercettazione precoce e la presa in carico personalizzata**, di *Deborah Nordici, Roberta Balestra* » 43
- 5. I consumi nei contesti del divertimento: esserci per osservare, ridurre i rischi e favorire l'aggancio**, di *Massimo Lazzarino* » 61
- 6. Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali: definizione, scopi e caratteristiche**, di *Cristina Lenchig* » 75
- 7. La questione giovanile: sviluppo evolutivo, disturbi e traiettorie patologiche**, di *Vincenzo Lamartora* » 80

8. Addiction e sistemi familiari: i legami di sangue nella dipendenza patologica , di <i>Pietro Scurti</i>	pag.	89
9. L'approccio proattivo e l'intervento tempestivo come prevenzione della "cronicità" , di <i>Marialuisa Grech</i>	»	101
10. La formazione momento indispensabile per una cultura interprofessionale e interdisciplinare , di <i>Edoardo Cozzolino, Alfio Lucchini</i>	»	110

Parte seconda Esperienze dai territori

11. Il modello di intervento dell'Équipe di Diagnosi e Trattamento Precoce (DTP): la presa in carico a tempo, la co-conduzione, il lavoro con le famiglie, l'assessment collaborativo , di <i>Paola Coppin, Tiziana Antonini, Daniela Barbini, Paola Capellini, David Micheli</i>	»	119
12. L'intervento precoce in ambito penale , di <i>Francesco Scopelliti</i>	»	135
13. Safe-Driver (autista designato): l'intervento proattivo nei locali del divertimento notturno , di <i>Grazia Carbone, Andrea Corbetta, Francesca Zanga, Vanessa Zuccalli</i>	»	152
14. Il Servizio "Androna Giovani" dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina , di <i>Antonina Contino, Mimma Romano, Vania Brogno, Fabio Tassi, Emanuela Vivian, Matteo Verdiani, Alessandra Zarl</i>	»	160
15. InfoPusher: una storia , di <i>Edoardo Polidori, Claudia Bregli, Valentina Salsano</i>	»	178
16. Il Ser.D. Web. Le tecnologie della comunicazione social al servizio dei giovani dipendenti , di <i>Gemma Ferrante</i>	»	190
17. Il servizio a bassa soglia d'accesso e l'integrazione con il servizio grave emarginazione adulta: l'esperienza di Bologna , di <i>Meri Bassini, Ferdinando Cerrato, Monica Covili</i>	»	211
18. La complessità della crescita. Intervento precoce e buone pratiche , di <i>Barbara Brunella, De Domenico Maria, Trapani Vincenzo</i>	»	228
19. Dalla sensibilizzazione al trattamento del tabagismo nel contesto lavorativo , di <i>Rosalba Cicalò, Antonella Panzitta</i>	»	237

- 20. “Go-Approaches”: il consultorio familiare nell’intercettazione precoce dei consumatori di sostanze, di**
Cosimo Buccolieri pag. 248
- 21. Il progetto Neutavel: intervento precoce con i consumatori di sostanze nei contesti del divertimento, di**
Elisa Fornero » 255

Prefazione

di *Alexis Goosdeel**



Osservatorio europeo delle
droghe e delle tossicodipendenze

Sostenere la diffusione e implementazione di pratiche basate sull'evidenza scientifica, i diritti umani e la qualità, è la missione dell'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze che dirigo ormai da 8 anni.

Nell'affascinante viaggio che è occuparsi del mondo delle droghe dalla prospettiva di chi è chiamato a migliorare la salute e proteggere la sicurezza delle persone, ho avuto il piacere di incontrare molti professionisti in vari paesi europei ed extra-europei, grazie ai nostri progetti di cooperazione internazionale.

Da tutti ho imparato qualcosa, in primo luogo la dedizione, il rispetto umano, la continua ricerca d'informazioni e di formazione per contribuire al meglio alla causa comune.

In tutti gli scambi che abbiamo avuto ho ammirato la resilienza, ho apprezzato la frustrazione e ho respirato l'incessante bisogno di rilanciare.

Alcune frasi sono rimaste con me per sempre.

Come il racconto di uno degli autori di questo libro circa il "gentlemen's agreement", raggiunto con i pazienti durante il confinamento Covid-19.

Questi ultimi riconoscevano l'impegno dei clinici rimasti in servizio sfidando i rischi, e il personale sanitario apprezzava gli sforzi di chi, anche in astinenza, non dimenticava le nuove regole e si adoperava per aiutare.

Questo volume va nella direzione di aiutare i professionisti a essere preparati per affrontare nuove problematiche precocemente.

Infatti, l'importanza dell'intervento precoce implica il saper essere presenti nei contesti appropriati, saper leggere i consumi nelle forme e moda-

* Direttore Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze.

lità reali (anche quelle poco manifeste), ed essere appunto disponibili a intervenire senza barriere culturali, linguistiche di genere e altro.

È con un misto di gratitudine e di speranza che lascio queste poche parole introduttive, perché il dialogo non si interrompa mai e il nostro impegno comune raggiunga e superi tutti gli obiettivi.

Parte prima

Elementi di riflessione

1. Dalla medicina di attesa alla medicina di iniziativa: i riferimenti generali e gli obiettivi strategici

di *Roberta Balestra, Marialuisa Grech, Vincenzo Lamartora, Marco Riglietta*

Parlando di salute, le istituzioni internazionali raccomandano da alcuni decenni di adottare un approccio combinato intersettoriale per lo sviluppo sostenibile, al fine di tenere conto delle inter-relazioni tra aspetti economici, sociali, sanitari e ambientali (Health in all Policies).

La Carta di Ottawa, approvata nel corso della prima Conferenza internazionale per la promozione della salute (17-21 novembre 1986) è ancora oggi documento fondamentale per le politiche e gli interventi di promozione della salute, che si sviluppano attraverso alcuni passaggi fondamentali:

- costruire una politica pubblica per la tutela della salute;
- creare ambienti favorevoli;
- rafforzare l'azione della comunità;
- sviluppare le capacità personali;
- riorientare i servizi sanitari ponendo al centro la persona.

L'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile (ONU, 25/09/2015), ha fissato 17 obiettivi strategici da raggiungere entro il 2030, tra cui ridurre le disuguaglianze, sviluppare la salute e il benessere, rispettare le differenze di genere, garantire il lavoro dignitoso, l'istruzione di qualità...).

La Commissione Europea (Commission Decision 2012/C198/06 del 27 febbraio 2014) ha definito l'assistenza primaria come un "sistema accessibile universalmente, centrato sulla persona, che integra servizi sanitari e sociali, assicurati da team multiprofessionali e multidisciplinari, per fare fronte ai bisogni di salute dei cittadini in partnership tra i pazienti e i loro caregiver, in un contesto familiare o di comunità garantendo il coordinamento e la continuità delle cure".

Nel documento commissionato dall'European Observatory on Health Systems and Policies della WHO si mostra come sistemi di Assistenza Primaria ben sviluppati abbiano effetti positivi sull'intero sistema sanitario.

Inoltre sistemi con un forte livello di Assistenza Primaria si sono mostrati in grado di migliorare la salute della popolazione, ridurre le ospedalizzazioni evitabili e le disuguaglianze di salute.

Il modello centrato sull'Assistenza Primaria (*Primary Health Care – PHC*) sottolinea la responsabilità che un sistema sanitario ha di promuovere salute e garantire interventi appropriati e sostenibili dal punto di vista economico, sociale e ambientale, nei confronti degli assistiti del territorio di riferimento, che presentano specifici bisogni di salute.

La pandemia da SARS-CoV-2 ha rimarcato l'interdipendenza tra UOMO, ANIMALI e AMBIENTE e ha evidenziato l'enorme impatto sulla salute che hanno le diseguità socioeconomiche, l'organizzazione dei servizi sanitari e la presenza di particolari vulnerabilità in alcune fasce della popolazione.

Il Piano di Prevenzione Nazionale 2020-2025 sottolinea come la salute sia il risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'uomo, della natura e dell'ambiente (One Health).

Lo stesso documento richiama l'attenzione sui determinanti sociali e ambientali della salute, rilancia la necessità che venga sviluppata la sanità territoriale per rispondere con tempestività ai bisogni delle persone dei gruppi target (promozione della salute-prevenzione-presenza in carico terapeutica).

Le persone, le famiglie, i gruppi sociali e i territori più poveri di risorse e capacità sono più esposti e più vulnerabili ai fattori di rischio e ai fattori di stress che minano la resilienza delle persone, soprattutto nelle finestre temporali cruciali per il loro sviluppo (es. infanzia e adolescenza).

Il modello culturale e organizzativo reattivo/passivo della “medicina di attesa”, dove gli operatori sanitari rispondono al bisogno espresso dal paziente che giunge in ambulatorio, è tuttavia ancora molto presente in servizi extra-ospedalieri, non impegnati a trattare le situazioni critiche o di acuzie. La medicina di iniziativa si caratterizza per un atteggiamento proattivo, con attività anche di prossimità, per promuovere la salute (individuale e di comunità), assicurare una valutazione diagnostica e una risposta di cura precoci.

È noto peraltro come il ritardo nella presa in carico peggiori la situazione clinica e la prognosi, elevando i tassi di morbilità e mortalità, il carico di disagio e di sofferenza della persona e della sua famiglia (costi sanitari e sociali).

Nella dipendenza la necessità di sviluppare interventi territoriali, proattivi e di prossimità è di particolare importanza, stante le stime nazionali del bisogno di cura inespresso, che parlano di dieci volte la numerosità dell'utenza in carico alla rete dei Ser.D.

I Ser.D. sono snodi importanti della medicina del territorio, garantiscono attività di rete e di integrazione sociosanitaria, operano attraverso équipe multiprofessionali.

Molte sono le esperienze innovative che si stanno realizzando con la finalità di rispondere tempestivamente e in modo efficace ai bisogni di salute, ma la carenza di risorse rende ancora disomogenea l'offerta sul territorio nazionale.

Gli obiettivi prioritari sono numerosi e condivisi dai professionisti del settore, alcuni di questi presuppongono scelte organizzative e competenze proprie della medicina di iniziativa territoriale:

- promuovere l'empowerment e la capacity building delle persone e delle comunità, attraverso interventi di prossimità, presenza sul territorio e negli ambienti di vita;
- garantire interventi integrati di prevenzione universale e ambientale, selettiva e indicata evidence-based;
- garantire la diagnosi e la presa in carico terapeutico-riabilitativa tempestive per ridurre gli anni di malattia non trattata;
- prevenire la trasmissione di patologie infettive (screening, vaccinazioni, individuazione soggetti a rischio, counseling, riduzione del danno, terapia);
- garantire la presa in carico multidisciplinare integrata delle comorbilità e i percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio;
- rispondere ai nuovi bisogni della popolazione (innovazione, flessibilità organizzativa per migliorare attrattività, accessibilità e aderenza alle cure);
- curare la formazione professionale e lo scambio di buone prassi.

Il presente volume intende arricchire l'offerta formativa rivolta ai professionisti che operano nel settore delle dipendenze, focalizzando l'attenzione sull'importanza che riveste l'approccio precoce e proattivo sugli esiti di miglioramento delle condizioni di salute.

Nella prima parte vengono proposti spunti teorici di riflessione, nella seconda parte vengono valorizzate e descritte alcune importanti esperienze di lavoro che si stanno sviluppando in regioni italiane, anche in stretta collaborazione tra servizi specialistici pubblici e del privato sociale.

2. Lo stigma: elemento centrale del bisogno inespresso e del ritardo della valutazione diagnostica

di *Leopoldo Grosso**

Lo stigma è lo sfregio di un marchio.

L'insulto drammatico più recente, di cui bisogna tener viva memoria per il dovere di non dimenticare, è la stella gialla di Davide che sotto il regime nazista il popolo ebraico era costretto a mettere in vista sul braccio.

Le stigmate del disprezzo verso i gruppi umani non desiderati, verso la disabilità fisica e psichica, verso i comportamenti ritenuti devianti (Goffman, 1972), non sono oggi venute meno; nonostante alcune icone siano state messe fuori legge e le discriminazioni palesi debbano fare i conti con la Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo.

Stigma, stigmatizzazione e controllo sociale

Lo stigma sta nell'occhio di chi guarda: si materializza ogniqualvolta lo sguardo di qualcuno si posa su una caratteristica fisica o comportamentale che contraddistingue una persona, attribuendole una qualità negativa indesiderata.

Etichettando un individuo, lo stigma innesca una dinamica sociale che conferisce discredito: una discriminazione che lo relega ai margini della comunità di appartenenza.

La stigmatizzazione affonda le sue radici nel beneplacito di pregiudizi e credenze sociali, che si contaminano come pratica collettiva.

Gli attributi dispregiativi infamano coloro che hanno travalicato il confine dell'accettabilità comune e agiscono l'intenzione di porre una netta linea di demarcazione tra "noi" e "gli altri".

* Psicologo e psicoterapeuta, presidente onorario Gruppo Abele, docente IUSTO, Torino.

Lo stigma adempie a una funzione di controllo sociale.

Rende coesa la società intorno ai suoi valori e norme, e l'umiliazione dei trasgressori costituisce un chiaro monito per l'intera platea della comunità territoriale: un deterrente a non deviare dai comportamenti prescritti.

La vergogna generata dallo stigma dovrebbe indurre il trasgressore a pentirsi e a rivedere il proprio comportamento.

Le conseguenze della stigmatizzazione variano in base alla prepotenza dell'offesa e al vissuto della vittima.

L'offesa può imboccare la strada del disconoscimento e dell'indifferenza, oppure dell'ostilità manifesta e del rifiuto attivo.

C'è inoltre un effetto alone dello stigma, che si estende anche ai familiari, a chi intrattiene rapporti amichevoli con le vittime, fino ai servizi che se ne occupano.

Lo stigma dell'addiction

Secondo l'OMS (Room, 2008) la dipendenza da droghe illecite è una delle condizioni più stigmatizzate in assoluto.

Il termine "tossico" raggruppa una pluralità di giudizi negativi: pericolosità, inaffidabilità, mancanza di autocontrollo, noncuranza di sé e degli altri.

In base alle declinazioni del pregiudizio le persone con un disturbo d'uso di sostanze possono essere percepite come devianti e delinquenti, oppure debosciate e perverse, senza spina dorsale.

Il vizio e la devianza permangono le chiavi di lettura prevalenti.

Per quanto la dipendenza sul piano medico si sia imposta da tempo come una malattia, la discriminazione si è mantenuta costante anche negli ultimi decenni (Corrigan, Nieweglowskj, 2018).

Una ricerca statunitense (Pescosolido, 2013) riferisce che tre quarti della popolazione non sarebbe disposta a socializzare con una persona tossicodipendente nemmeno per un paio d'ore.

Un numero cumulativo di studi riporta che la dipendenza da droghe è tra le condizioni più stigmatizzate perché è considerata una scelta personale (Sorsdahl *et al.*, 2012).

L'enfatizzazione recente sulle "malattie comportamentali", interpretate come patologie autoindotte per i comportamenti nocivi adottati dal soggetto (dall'alimentazione malsana e la sedentarietà, alle varie "prese di rischio", a cominciare dal consumo di tabacco fino all'assunzione delle droghe illegali), alimenta l'imputabilità al soggetto "vizioso" del proprio stile di vita.

Lo slittamento concettuale verso la malattia auto-procurata conferisce alla persona ogni responsabilità e colpa, senza tenere in considerazione le componenti biologiche e sociali, che concorrono all'eziologia della problematica.

La debolezza della motivazione, come “malattia della volontà”, che preclude o limita l'assunzione delle scelte più razionali, è considerato da molti studi (Heyman, 2009) il vulnus specifico dell'addiction.

Chi lavora nel settore è ben a conoscenza che un grave disturbo d'uso di sostanze compromette la possibilità di assumersi responsabilità, ma sa altrettanto bene che un percorso di cura senza assunzione di responsabilità è difficile da ipotizzare.

Il lavoro di costruzione/ri-costruzione della capacità di rinuncia al consumo di sostanze che, pur in modo diverso è richiesto da ogni percorso di cura, spiega perché il percorso di recovery sia almeno altrettanto lungo quanto quello della dipendenza (EMCDDA, 2017).

Gli 11 anni di media oggi necessari, costituiscono il tempo per ridefinire e consolidare quegli equilibri psichici in grado di esercitare un maggior autocontrollo.

Un percorso che richiede un tenace e articolato ingaggio relazionale, sia all'interno del setting di cura che nell'ambiente in cui la persona vive.

Lo stigma della dipendenza fa molto poco per risolvere il problema.

Al contrario la riprovazione sociale quasi sempre lo aggrava, comportando una riduzione di opportunità (nel trovare lavoro e nel cercare casa...), ponendo una più folta selva di ostacoli amministrativi e legali di varia natura, determinando la diminuzione di supporto sociale, creando un più elevato rischio di emarginazione e di criminalizzazione, dando luogo a un minore accesso alle cure sanitarie.

A livello soggettivo lo stigma è associato a una minore capacità di empowerment della persona; a un più basso senso di efficacia e di autostima; a una diminuita speranza di recupero; a maggiore gravità dei sintomi e minore adesione al trattamento (Topkaya *et al.*, 2021).

Link (Link *et al.*, 1989) ha interpretato la stigmatizzazione come un processo che implica:

- a) il mutamento dell'esperienza di assunzione di sostanze psicoattive, che assume una connotazione spregiativa;
- b) l'aumento dei comportamenti di ritiro, nascondimento e di dissimulazione;
- c) la progressiva diminuzione del supporto sociale;
- d) il peggioramento della qualità della vita;
- e) l'interiorizzazione dello stigma.

Lo stigma interiorizzato

L'interiorizzazione dello stigma di chi lo subisce è l'inevitabile risultato del continuo biasimo patito. L'ininterrotta percezione di negatività nei propri confronti induce la convinzione di meritare la condanna, applicando a se stesso gli stereotipi e i pregiudizi dell'ambiente di cui si è parte.

L'auto-stigmatizzazione risulta predittiva di una maggiore gravità della dipendenza e di una sua più lunga durata (Schomerus, Corrigan, 2022).

Il modello di interiorizzazione dello stigma di Corrigan (Corrigan *et al.*, 2017) ipotizza che la persona tossicodipendente, facendo propria la rappresentazione del "drogato" e del suo fallimento esistenziale, alimenti il senso di colpa persecutorio inficiando il livello di autostima e il senso di autoefficacia.

Per proteggersi dalla negativa rappresentazione di sé, si ricorre al meccanismo di difesa della negazione, che consente di disconoscere e minimizzare la situazione in cui si versa, giustificando l'ulteriore consumo della sostanza e potenziando la ricorsività d'uso.

La conseguenza è il protrarsi dell'auto-riconoscimento della problematica, il ritardo della richiesta di aiuto e dell'accesso ai servizi di cura.

Lo stigma interiorizzato è sempre anticipatorio: prefigurandosi la riprovazione sociale, la persona additata cerca di risparmiarsi la sofferenza della vergogna tentando di mantenere il più possibile nascosta la propria condizione.

È un comportamento di autodifesa e legittima difesa; secondo alcuni (Glass *et al.*, 2001) una risposta salutare.

Come modalità di reazione consueta l'esito in realtà è il nascondimento e l'auto-isolamento, con annesso il rischio di sottrarsi agli aiuti anche nei momenti di crisi.

Per non poche persone con disturbo d'uso di sostanze, adolescenti e giovani in particolare, lo stigma ottiene un effetto paradossale.

Il biasimo, anziché indurre ravvedimento, diventa rinforzo positivo di una identità negativa ego-sintonica, rinsaldando l'atteggiamento deviante.

L'offesa non crea una ferita, ma neanche scivola addosso e lascia indifferenti: funge da riconoscimento di sé, del proprio esistere, del modo in cui si è scelto di essere.

La risposta contro-aggressiva alla stigmatizzazione, oppure l'ostilità provocatoria come attacco preventivo all'insulto prefigurato ("la miglior difesa è l'attacco...") contro il nemico reale e presunto, scatena il conflitto la cui sola finalità è uscirne vincitori.

Sul breve l'imporsi con la prepotenza paga: all'esterno alimenta la dinamica dell'etichettamento; nel soggetto rafforza l'adesione al ruolo del "cattivo".

L'intercettazione precoce e il peso dello stigma nell'inibire il ricorso alle cure

Secondo Corrigan (Corrigan *et al.*, 2012) lo stigma è il motivo più citato per evitare un trattamento professionale del disturbo da uso di sostanze.

In quali modi lo stigma funge da elemento chiave nell'inibizione della richiesta di aiuto?

Nel primo periodo del consumo problematico, che in genere coincide con la fase "pre-contemplativa" (Prochaska-DiClemente) alla richiesta di aiuto, il ruolo dello stigma non intacca gli assetti narcisistici di chi fa uso.

È ancora vincente l'idea, che col trascorrere del tempo diverrà meno spavalda, di poter smettere l'uso della sostanza "quando voglio", e di non aver alcun bisogno di ricorrere al trattamento.

La convinzione che il Ser.D. sia "roba da tossici", è funzionale al rispecchiamento della propria estraneità a una problematica a cui non si reputa di appartenere.

Anche quando subentra la fase "contemplativa" e si fa sentire la "frattura interiore", i servizi continuano a essere chiamati fuori, vengono caso mai "messi in attesa".

Il lavoro "evolutivo" per la maturazione di una domanda di aiuto rimane in mano al soggetto e al suo habitat "naturale".

Lo stesso ritardo del ricorso alle cure si protrae, con significato opposto, in chi si è identificato nella tossicodipendenza e nel ruolo deviante, che non percepisce alcuna contraddizione e distonia comportamentale.

In genere approderà al servizio come tappa di "carriera", costretto da un vincolo, amministrativo o penale.

Il protrarsi alla lunga dell'uso problematico rende quasi sempre la situazione insostenibile, per il consumatore e soprattutto per chi convive con lui: è quando le pressioni familiari e ambientali si fanno più cogenti che si ricorre alle cure.

Oppure subentra un incidente critico, acuto, che irrompe sulla scena come dato di realtà ineludibile: è allora che la determinazione di risolvere il problema può prevalere, anche se l'azione successiva di recarsi al servizio competente ha sovente bisogno di un'ultima spinta esterna, spesso del familiare. La presa d'atto della necessità di "arrendersi" alle cure non coincide, né deve coincidere, con l'esperienza di "toccare il fondo".

Rappresenta piuttosto un senso di sconfitta sano, anche se tardivo, alternativo al lasciarsi andare e al peggio che ne può conseguire.

Mutuando il discorso e la terminologia dagli Alcolisti e Narcotici Anonimi, si può affermare che si sono compiuti i primi due passi indispensabili: il riconoscimento del problema e dell'incapacità di risolverlo da solo.

Si è a metà del percorso.

Da lì inizia un altro viaggio che è un altrettanto lungo iter di cura.

È soprattutto nel periodo che intercorre tra il momento della decisione e la messa in atto della sua realizzazione, che il peso dello stigma gioca le sue ultime carte per precludere l'accesso alla cure. Riemergono e si rinfocolano tutti i timori circa "l'iscrizione" al Ser.D., che sottendono questioni reali, ma risentono anche di radicate "leggende metropolitane".

La paura più emblematica riguarda le donne e madri con DUS, per le quali lo stigma è oltremodo pesante: temono che venga messa in discussione la loro genitorialità.

L'OEDT riporta come le donne siano colpite da una più pesante stigmatizzazione di genere: in tutti i paesi europei l'uso di droghe viene visto come incompatibile col ruolo di donna e di madre; allo stigma della tossicodipendenza femminile, viene associato quello della donna che si prostituisce.

I servizi lavorano alacremente nel sostegno alla donna con disturbo di sostanze perché possa essere una madre consapevole e attrezzata, "sufficientemente buona".

L'accompagnamento a tutela della gravidanza, gli aiuti durante il periodo di allattamento e il lavoro di rete a protezione della genitorialità e dello sviluppo del bambino si concretizzano nel dato riportato dal Ser.D. di Parma (2019), che è indicativo del successo di tali sforzi: nell'87,6% dei casi non è stato necessario un intervento sui minori da parte dell'autorità giudiziaria.

Ma è il 12,4% che fa rumore e condiziona il pensiero generale.

Un altro timore diffuso riguarda il rispetto da parte degli operatori del Ser.D. della non-autorizzazione alla comunicazione con i familiari.

Le incursioni e le telefonate dei genitori e dei partners, che vogliono ottenere informazioni e rassicurazioni dal servizio in merito all'adesione al percorso del trattamento, insinuano nell'utente fantasie persecutorie che destano ansie disturbanti.

Per gli indecisi e titubanti nel varcare la soglia del servizio il tempo speso per chiarire le modalità, anche procedurali, in cui si concretizza il rispetto della privacy, non è mai tempo perso.

La questione del coinvolgimento o meno dei familiari nel trattamento sottende istanze diverse e in contrapposizione.

Il rispetto della privacy tutela il paziente e favorisce l'iniziale adesione al percorso di cura.

La mancata inclusione dei familiari nel percorso di cura può pregiudicare della la realizzazione di un approccio più sistemico.

La contraddizione è spesso risolta durante alcune fasi critiche del trattamento, quando il paziente realizza la possibile utilità del coinvolgimento dei familiari.

Per le persone dipendenti da eroina un disagio particolare concerne la possibile esposizione a una visibilità non desiderata, ad esempio al momento della assunzione del farmaco agonista, in locali facilmente riconoscibili e individuabili.

Parimenti, per chi ha un disturbo da uso di cocaina, la ripetuta frequentazione del Ser.D., può destare l'ansia di essere riconosciuto, tanto più forte in chi ritiene di possedere un'immagine pubblica da preservare.

Un'altra preoccupazione diffusa riguarda il timore di presunte "schedeature", non conoscendo i dispositivi e i vincoli di riservatezza, anche interistituzionali, a cui il Ser.D. è tenuto.

Talvolta purtroppo l'esperienza di discriminazioni subite nello stesso ambito sanitario sembra dare loro ragione: quando, ad esempio, ci si reca con l'esenzione ticket specifica per la dipendenza al poliambulatorio.

C'è infine un pregiudizio che riguarda "chi utilizza che cosa", di quale sostanza si fa uso e con quali modalità di assunzione, di cui sono vittime ma anche persecutori le stesse persone dipendenti.

Ad esempio, chi ha un disturbo d'uso d'alcol non si riconosce facilmente, né si vuole mescolare, con chi fa uso endovenoso di eroina.

Allo stesso modo tutti coloro che usano sostanze psicoattive illegali, ma non per via iniettiva (che non richiedono la dotazione dei parafernalia tradizionalmente più stigmatizzati quali siringa, elastico, cucchiaino e quant'altro), prendono le distanze da chi viene giudicato più "brutto, sporco e cattivo".

Sul versante della de-stigmatizzazione del servizio, si evidenzia una grande mole di lavoro da svolgere: da parte degli operatori della rete, del Dipartimento delle dipendenze e dell'Azienda sanitaria.

Quali iniziative possibili per l'intercettazione precoce e l'ingaggio nella cura?

Le indicazioni di lavoro, per evitare le conseguenze della stigmatizzazione del consumo e della dipendenza, coprono una pluralità di direzioni.

Alcune sono già sperimentate con successo, altre meno, ma tutte convergono nella funzione di contrasto all'etichettamento.

- a) Ogni intervento di **riduzione del danno** (RD), utile per la prevenzione terziaria o indicata, determina un luogo e un tempo liberi da ogni riprovazione sociale. Una sorta di ZTL, dove la L, non sta per Limitata, ma per Liberata: una Zona Temporaneamente Liberata dallo stigma, in cui le persone, mentre scambiano una siringa usata con una sterile, mentre fanno la doccia e si lavano la biancheria, mentre stanno al

caldo o consumano sostanze in un luogo sicuro (le “safety rooms”, per l’uso sicuro di droghe, sono presenti in alcuni paesi europei ma non sono consentite in Italia) non si sentono malgiudicate e incolpate della loro malattia, ma accolte e rispettate. I progetti di riduzione del danno sono pensati come servizi di medicina di iniziativa, all’interno di una concezione della sanità pubblica che intende andare incontro alle problematiche, senza attendere che si facciano domanda individuale. Con un atteggiamento proattivo di difesa della salute e della vita delle persone, gli interventi di prossimità infondono un sentimento di maggiore auto-efficacia e protagonismo, che opera da controtendenza allo stigma interiorizzato. Più i servizi di RD sono diffusi e accettati dalla popolazione, minore è lo stigma che circonda il DUS e maggiore è l’uscita dal cosiddetto “sommerso”.

- b) Più **servizi generalisti**, in particolare se diretti ai giovani, possono assumere un ruolo significativo nella prevenzione indicata e nell’intercettazione precoce del disturbo d’uso di sostanze. Un “servizio aperto a tutti”, con bassa soglia di accesso, evita l’identificazione di un target di utenza specifica, consentendo di sottrarsi allo stigma temuto. All’interno di un “Centro giovani”, insieme alle diverse attività proposte, può essere ritagliato uno sportello di ascolto che, con modalità semplici e dirette, può accogliere le difficoltà di vario genere che si intrecciano con la crescita adolescenziale. Gli educatori, quando individuano la problematica specifica, possono fungere da collegamento con gli operatori dei Ser.D. o del privato sociale, che a chiamata, su appuntamento o in momenti predisposti, possono essere presenti per fornire consulenza ed eventuale presa in carico. L’aumento delle connessioni con tutti i servizi per i giovani e per il disagio adolescenziale ha come risultato una rete allargata di accesso, che accorcia i tempi di latenza, anche solo per l’obiettivo di un primo contatto, un confronto, un consiglio. Allo stesso modo **sedi meno connotate del Ser.D.** e di altre organizzazioni del privato sociale, mostrano una maggiore capacità di attrazione e di ritenzione alla cura. Locali dedicati ai giovani consumatori, distinti dalla “casa-madre” del Ser.D., dove si svolgono attività psico-educative, di gruppo in particolare, che prevalgono su quelle medico-sanitarie. Niente camici, niente test tossicologico delle urine, nessuna lista di attesa, nessuna autorizzazione genitoriale, nessun protocollo procedurale. Totale garanzia di riservatezza e privacy, priorità e tutela assoluta al nuovo arrivato. Ambiente e modalità relazionali “friendly”, che allontanano l’idea dell’ambulatorio e creano un luogo dove i ragazzi si sentono a loro agio.

- c) Le **offerte di consulenza “online”** svolgono un ruolo significativo nel fornire utili indicazioni preventive, ma anche nel favorire un primo avvicinamento per molte situazioni problematiche. Le proposte di questionari di valutazione del rischio di consumo e, in qualche caso, l’offerta di veri e propri percorsi telematici individualizzati, la partecipazione rigorosamente anonima a blog e gruppi di discussione sul tema, possono innescare l’esigenza di ulteriori confronti o fornire consapevolezze inedite. Il passaggio dall’online al vis a vis non è scontato né facile, ma già una consulenza telematica personalizzata può costituire un momento auspicato.
- d) I **pari d’età** svolgono di fatto una funzione di prima osservazione/ ascolto del consumo problematico dei loro amici e spesso si pongono da iniziale e talvolta unico punto di riferimento. Nel panorama molto limitato delle ricerche in merito, alcune (Kitchener *et al.*, 2006) indicano che gli amici costituiscono la principale risorsa, a cui vengono confidate le difficoltà causate dall’uso di alcol e altre sostanze psicoattive. Considerata la riluttanza a ricorrere all’aiuto professionale della stragrande maggioranza di ragazzi e giovani, solo 3 su 100 cercano aiuto per alcol e altre sostanze e sempre tramite gli amici (Lubman *et al.*, 2017), il ruolo dei compagni si rivela estremamente utile per il superamento delle barriere che fanno da ostacolo all’accesso ai servizi dedicati. Non tutti i pari sono disponibili e capaci. Lo stigma della problematica agisce anche su di loro, e quando prevale l’aspetto della pericolosità, se ne stanno a cauta distanza. È importante e utile che gli studenti riconoscano il disturbo da uso d’alcol e da altre sostanze psicoattive come un legittimo problema di salute. A oggi sono ancora rari gli interventi mirati a insegnare agli adolescenti a identificare e distinguere le soglie e i sintomi della problematicità, a valorizzare le loro potenziali capacità di accompagnamento e di orientamento.
- e) L’indicazione di creare **spazi dedicati per le donne** che sviluppano un consumo problematico è un invito costante da parte degli organismi europei. La stigmatizzazione più pesante subita dalle donne determina una vera e propria vittimizzazione secondaria. Etichettate come “bad girls”, le donne con DUS affondano molto spesso la loro condizione in esperienze traumatiche, che anticipano e accompagnano lo stato di dipendenza. Le donne sviluppano mediamente in tempi più rapidi la dipendenza, ma hanno tempi di latenza di accesso al trattamento più lunghi rispetto agli uomini. Nei servizi i cui percorsi non sono differenziati per genere, subiscono di fatto un setting a prevalenza maschile, non disegnato sulle loro specificità, e dove sono esposte a ulteriori stigmatizzazione da parte di altri utenti. Se madri, o in procinto di esserlo,

l'aiuto per il DUS deve prevalere su qualsiasi altra valutazione dell'adeguata capacità genitoriale, che spetta ad altri servizi.

- f) La **formazione degli operatori socio-sanitari** mira alla consapevolezza della necessità del contrasto allo stigma, al sapersi mettere in discussione anche come persone, alla modificazione di alcuni paradigmi interpretativi relativi a chi ha sviluppato un disturbo da uso di sostanze. La formazione delle competenze e dell'atteggiamento degli operatori costituisce il primo pilastro di ogni strategia di intercettazione precoce. In particolare la formazione dovrebbe approfondire alcune questioni tradizionalmente divisive: la coesistenza dei percorsi di astinenza-guarigione e di compatibilità d'uso-recovery. A questo proposito il DSM-V introduce una distinzione tra uso lieve, medio e grave; si tratta di uscire da una più tradizionale logica binaria (astinenza vs. consumo; guarigione vs. dannazione) in cui viene racchiusa l'interpretazione dell'addiction. Piuttosto che aderire a una diagnosi "sì/no" di dipendenza, la dizione "disturbo d'uso di sostanze" apre alla considerazione del continuum, premessa per contribuire a ridurre il peso dello stigma. La formazione dovrebbe inoltre soffermarsi sul tema del giudizio di cronicità (come si costruisce e come ci si cautele dalla trasformazione in profezia che si auto-avvera); sulla sintesi tra approccio motivazionale e confrontazionale, in particolare rispetto al fallimento degli obiettivi auspicati e prefissati; sulla riflessione relativa a come la filosofia del servizio, le procedure e l'organizzazione possano risultare respingenti e stigmatizzanti; sulla clinica dello stigma e sull'empowerment delle persone stigmatizzate, sulla funzione di advocacy. L'obiettivo non è solo eliminare le sacche e i residui di rifiuto e ostilità preconcepita nei confronti di una categoria di malati, ma di consentire agli operatori il passaggio da un atteggiamento indulgente a uno comprensivo (Fea, 2023). Infine, **un'attenzione particolare deve essere dedicata alla revisione della terminologia e al linguaggio** utilizzato di routine. Vale per tutto l'incipit di "Stop talking dirty" (Kelly, Wakerman, Saitz, 2015): "Perché a un paziente diabetico si osserva: – Lei ha un elevato livello di glucosio –, mentre a una persona che fa uso di droghe si dice: – Hai le urine sporche! –?".
- g) Il **PAND (Piano d'Azione Nazionale Dipendenze)**, Azione 138, prevede approcci e metodologie per la valutazione dello stigma nell'ambito dei servizi delle dipendenze, negli operatori e nella percezione delle persone con disturbo d'uso di sostanze. La de-stigmatizzazione dei servizi è definita un'azione prioritaria per l'accessibilità agli stessi, e per tale finalità vengono proposte metodologie standardizzate, definizione di target, individuazione di stake-holders, indicatori di risultato, crono-

programmi. L'adozione del PAND 2022-2025 è attesa; numerosi sono gli operatori che hanno gratuitamente lavorato alla sua definizione per interi mesi del 2022: meritano l'approvazione definitiva e l'inizio della fase operativa.

L'adesione alla cura e la clinica dello stigma

Il fallimento degli obiettivi di cura, il timore di venire giudicati, la vergogna e il senso di colpa rappresentano un ostacolo non trascurabile all'adesione al trattamento, la cui ritenzione (Vigna Tagliati, 2003) è correlata con una maggiore aspettativa di vita.

La compliance alla cura è determinata da diversi fattori, tra i primi la motivazione del paziente. Possono aggravare la fragilità della motivazione: la conflittualità con qualche operatore, il rientro in terapia dopo un periodo di assenza non giustificato, il timore della ridefinizione del programma a seguito del fallimento del precedente.

Alcune "cattive pratiche" fanno parte del passato e non dovrebbero essere nemmeno più considerate residuali.

Tra queste "il giro dell'oca" in comunità, che obbligava la persona a ricominciare da capo il percorso, quando chiedeva di rientrare; o la sospensione temporanea del trattamento dopo il fallimento di un programma "a scalare" del farmaco agonista, quando l'approccio terapeutico con il farmaco agonista "a mantenimento" non era ancora affermata e incontrava ostacoli istituzionali.

Scorie di quelle esperienze rieducative-punitive sopravvivono in altre forme e con altre modalità. Emergono ad esempio nel modo di trattare il disaccordo terapeutico che nel paziente con disturbo da uso di sostanze si esprime in prevalenza con un agito.

Oggi l'estromissione dal trattamento è considerato un errore professionale, e non c'è "interruzione" di qualsiasi programma che non sia seguita da una proposta più congrua e accessibile.

La continuità della cura ha il sopravvento su tutto.

La competenza dell'operatore gioca un ruolo essenziale: non solo nella capacità di individuare nuovi obiettivi e definire un nuovo programma a misura delle motivazioni e capacità del paziente, ma soprattutto nel modo di porsi, nel proprio atteggiamento.

L'obiettivo è che, nonostante gli ordinari e ripetuti fallimenti nella cura, l'esperienza con i servizi non replichi e riproduca la narrazione "tossica" che relega le persone con maggiori difficoltà in un angolo sempre più racchiuso, in cui si sentono sbagliate, diverse da tutti, irrecuperabili.

Richiamo ancora l'acuta distinzione che Fea ci propone, sottolineando la differenza tra un atteggiamento indulgente e uno comprensivo.

La de-stigmatizzazione all'interno dei servizi richiede anche il farsi carico della "clinica dello stigma" e delle micro-aggressioni (Sue, 2022), che significa comprendere quanto lo stigma interiorizzato incida nella vita del paziente, come aiutarlo a farci i conti e a "neutralizzare" le auto attribuzioni negative. L'apprendimento di risposte efficaci da parte del paziente per contrastare le discriminazioni rientra tra i compiti del servizio.

Il farsi carico a livello terapeutico di questi aspetti non è da considerarsi un di più, ma un'esigenza protocollare.

Conclusioni

Lo stigma è da considerarsi l'equivalente di un'ingiustizia sociale.

Come tale va trattato: sul piano legislativo, istituzionale e della collettività.

Solo in nome di una lotta all'ingiustizia possono essere pienamente compresi sia il fenomeno della de-umanizzazione a cui può condurre la discriminazione nelle sue conseguenze più estreme, sia il meccanismo della vittimizzazione secondaria, in particolare nei confronti delle donne con disturbo d'uso di sostanze.

L'insieme di azioni, anche diverse, di contrasto alla lotta alla disuguaglianza e alla sofferenza aggiuntiva generata dallo stigma, trovano la chiave di lettura unitaria nella affermazione concreta dei diritti sanitari e sociali.

Minacciati i primi, spesso ridotti a "diritti di carta" i secondi.

La funzione di "advocacy" dei servizi acquisisce oggi un'utilità non secondaria.

Bibliografia

Corrigan P.W. *et al.* (2012), "Challenging the public stigma of mental illness: a meta analysis of outcome studies", published online 1 Oct, <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100529>, American Psychiatric Association Publishing.

Corrigan P.W. *et al.* (2017), "Developing a research for understanding the stigma of addiction: lessons from the mental health stigma literature", *American Journal of Addiction*.

Corrigan P.W., Nieweglowskj K. (2018), "Stigma and the public health agenda for the opioid crisis in America", *International Journey of Drug Policy*, 59.

EMCDDA (2017), *European Drug Report 2017: Trends and developments*, europa.eu.

- Fea M. (2023), “Stigma: solo i pazienti ne sono colpiti?”, *Mission - Italian Quarterly Journal of Addiction*, 59.
- Glass G.E. *et al.* (2001), “Alcohol stigma and persistence of alcohol and other psychiatric disorders. A modified labelling theory approach”, *Drug and alcohol dependence*.
- Goffman E. (1972), *Stigma: identità negata*, Laterza, Bari.
- Heyman G.M. (2009), *Addiction a disorder of choice*, Harvard University Press.
- Kelly J.F., Wakerman S.E., Saitz R. (2015), “Stop talking dirty: clinicians, language and quality of care for the leading cause of preventable death in the United States”, *American Journal of Medicine*.
- Kitchener B.A. *et al.* (2006), “Mental health first aid training: review of evaluation studies”, *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40.
- Link B.G. *et al.* (1989), “A modified labeling theory approach to mental illness disorders: an empirical assessment”, *American Sociological Review*, vol. 54, n. 3.
- Lubman D.I. *et al.* (2017), “Australian adolescents’ belief and helpseeking intention towards peers experiencing symptoms of depression and alcohol misuse”, *BMC Psychiatry, Public Health*, 17.
- Pescosolido B. (2013), “The public stigma of mental illness; what do we think, what do we know, what can we prove?”, *Journal of Mental Health and Social Behaviour*, 51.
- Room R. (2008), “Stigma, social inequality and alcohol and drug use”, *Drug and Alcohol Review*.
- Schomerus G., Corrigan P.W. (2022), *The stigma of substance use disorders*, Cambridge University Press.
- Ser.D. Parma comunicazione (2019), *Ogni genere di sguardo*, convegno Palazzo del Governatore.
- Sorsdahl K. *et al.* (2012), “Negative attributions towards people with substance use disorders in South Africa: variation across by substances and by gender”, *BMC Psychiatry*.
- Sue D.W., Spanierman L.B. (2022), *Le microaggressioni*, Raffaello Cortina, Milano.
- Topkaya N. *et al.* (2021), “Stigmatization of people with alcohol and drug addiction among Turkish undergraduates students”, *Addictive Behaviours Reports*, vol. 14.
- Vigna Tagliati F. (2003), “Valutazione di efficacia dei trattamenti per le tossicodipendenze da eroina (studio Vedette): la ritenzione in trattamento e la mortalità. Risultati preliminari”, in *Atti del XXIII congresso Aie*.

3. I fattori che influiscono sulla accessibilità dei servizi e sull'adesione alla cura

di *Marco Riglietta**, *Cristina Stanic***

Il Servizio Sanitario Nazionale

Parlando di accesso alle cure è utile riproporre i due capisaldi rappresentati dall'art. 32 della Costituzione e dai principi fondanti del Servizio Sanitario Nazionale.

La salute è diritto di tutti, tutelato dalla Costituzione italiana con l'art. 32: “La Repubblica tutela la salute come **fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività**, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”.

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è un sistema di strutture e servizi che hanno lo scopo di garantire a tutti i cittadini, in condizioni di uguaglianza, l'accesso universale all'erogazione equa delle prestazioni sanitarie, in attuazione dell'art. 32 della Costituzione.

I principi fondamentali su cui si basa il SSN dalla sua istituzione, avvenuta con la legge 833 del 1978, sono l'universalità, l'uguaglianza e l'equità.

Universalità significa l'estensione delle prestazioni sanitarie a tutta la popolazione, in osservanza del nuovo concetto di salute introdotto dalla legge di istituzione del SSN.

La salute, a partire dal 1978, è stata intesa infatti non soltanto come bene individuale, ma soprattutto come risorsa della comunità.

Il SSN nella pratica applica questo principio attraverso la promozione, il mantenimento e il recupero della salute fisica e psichica di tutta la popo-

* Direttore SC Dipendenze, ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo.

** Dirigente infermieristica, Area Dipartimentale Dipendenze ASUGI, Trieste.

lazione con una organizzazione capillare sul territorio nazionale, che prevede servizi erogati dalle Aziende Sanitarie Locali, dalle Aziende Ospedaliere e da strutture private convenzionate con il SSN.

Devono essere garantiti, in modo uniforme sul territorio nazionale, i Livelli essenziali di assistenza (LEA) alla popolazione.

Uguaglianza: i cittadini devono poter accedere alle prestazioni del SSN senza nessuna distinzione di condizioni individuali, sociali ed economiche.

Ai cittadini che non appartengono a categorie esenti, è richiesto il pagamento di un ticket, che varia per ogni singola prestazione prevista dai LEA.

Equità: a tutti i cittadini deve essere garantita parità di accesso in rapporto a uguali bisogni di salute. Questo è il principio fondamentale che ha il fine di superare le disuguaglianze di accesso dei cittadini alle prestazioni sanitarie.

Per la sua applicazione è necessario:

- garantire a tutti qualità, efficienza, appropriatezza e trasparenza del servizio e in particolare delle prestazioni;
- fornire, da parte del personale sanitario, una comunicazione corretta al cittadino sulla prestazione sanitaria necessaria, con modalità adeguata al suo grado di istruzione e comprensione (consenso informato, presa in carico).

Le disuguaglianze di salute

Fatta questa necessaria premessa è per altro osservazione quotidiana come le disuguaglianze sociali nella salute rappresentano un problema complesso.

Diderichsen (Costa, Bassi, Censini, Marra, Nicelli, Zengarini, 2014) esplora la storia “naturale” della malattia: l’esposizione ai fattori di rischio (condizioni di lavoro e fattori psicosociali, condizioni ambientali e stili di vita insalubri), l’insorgenza del problema di salute, l’esito in termini di salute (morte, malattia, disabilità, infortunio, ecc.), prendendo in considerazione anche la dimensione sociale: come la posizione sociale può influenzare la storia naturale della malattia?

E quali sono le conseguenze sociali di una salute compromessa?

Le principali categorie che costituiscono lo schema di Diderichsen sono:

1. la posizione sociale, che si caratterizza dal grado di controllo che ognuno esercita sulle risorse – materiali, di status, di legami sociali – utili a soddisfare i propri bisogni;