

Il disturbo mentale

Descrivi una persona con turbe psichiche

Descrivi una persona "normale"

Descrivi i comportamenti che secondo te sono tipici di una persona con turbe psichiche

Descrivi i comportamenti che secondo te sono tipici di una persona "normale"

La follia è stata valutata nei secoli in modi diversi, è diventata un problema sociale solo con la trasformazione della famiglia da patriarcale a nucleare

La follia nel corso della storia dell'uomo è stata interpretata come una condizione individuale caratterizzata da comportamenti contrari alla ragione e alle regole sociali, oppure come uno stato psicologico dominato dalla presenza della divinità.

La psichiatria nasce in Europa tra la fine del 1700 e la prima metà del 1800: prima di allora la follia non rappresentava un problema pubblico e gli interventi erano di competenza di medici, religiosi o filosofi. Le soluzioni che venivano prese nei confronti dei folli consistevano nella chiusura e nell'isolamento dei soggetti in appositi istituti nei quali venivano inserite anche le persone incapaci di produrre, che infrangevano le regole e che disturbavano gli equilibri sociali. La funzione predominante della struttura manicomiale era la custodia dei soggetti; solo in un secondo tempo vi era la cura. Nel 1782 venne istituito a Firenze il primo reparto ospedaliero di "cura" del folle, liberato dalle catene.

Il manicomio come luogo di cura e di controllo sociale del folle è stato aperto nell'Ottocento

Verso la metà dell'Ottocento, un gruppo di medici diede vita al "manicomio" come struttura fondamentale per la cura e il controllo sociale del folle. Molto usata era l'*idroterapia*, mentre nel 1830 entrò in funzione una *macchina rotatoria* che imprimeva un movimento (rotatorio, appunto) alla sedia su cui era seduto il paziente, facendogli così perdere i sensi e l'orientamento. La *camera oscura* era una stanza priva di luci dove il paziente agitato veniva isolato e vi rimaneva finché non si era calmato. Strumento principale era la *camicia di forza*, che viene utilizzata tuttora in forme diverse.

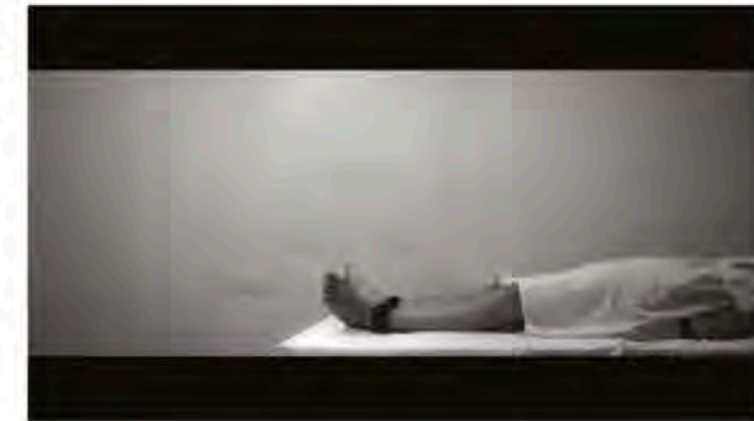


Foto di Emanuele Weichenberger

All'inizio del 1900 il manicomio raggiunse la massima espansione e vennero aperti anche i manicomi giudiziari

Verso i primi del Novecento il manicomio raggiunse la massima diffusione, mentre alla fine dell'Ottocento erano stati istituiti i manicomi giudiziari o criminali. Nei manicomi giudiziari venivano internati coloro che avevano commesso un delitto, ma che erano stati dichiarati non imputabili perché infermi di mente. I manicomi giudiziari sono stati chiusi nel 2014 e sono stati sostituiti dalle REMS.

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) è l'insieme delle strutture e dei servizi che si fanno carico delle richieste di cura, di assistenza e di tutela della salute mentale nel territorio di riferimento dell'ASL

Il DSM fornisce i seguenti servizi:

- servizi per l'assistenza diurna: **Centro di Salute Mentale (CSM)**;
- domiciliari, non residenziali (**Centro diurno** con funzioni terapeutiche-riabilitative);
- servizi residenziali che si distinguono in **residenze Terapeutico riabilitative e residenze socio-riabilitative**;
- **servizi ospedalieri (SPDC)** e **Day Hospital** (per prestazioni diagnostiche e terapeutiche a breve e medio termine).



Disturbo mentale e pregiudizio

La riforma Basaglia e il CSM

Negli anni '60-'70 la psichiatria tradizionale entrò in crisi e si incominciarono ad attuare esperienze di rinnovamento

In Italia la psichiatria entrò in crisi verso gli anni '60-'70, quando emerse, fra gli operatori del settore, una critica generale al sistema psichiatrico in vigore e all'intero sistema socio-culturale che lo determinava. L'introduzione degli psicofarmaci per la cura delle malattie mentali trasformò radicalmente il sistema di approccio, assistenza e cura dei malati di mente. Le prime esperienze di rinnovamento si sono sviluppate nell'ospedale psichiatrico di Gorizia su iniziativa dello psichiatra Franco Basaglia. Uno degli strumenti utilizzati per avviare la trasformazione si fonda sulla **Comunità Terapeutica (CT)**: in essa l'organizzazione della vita quotidiana del paziente si avvicina alle sue esigenze e tende a responsabilizzare tutti coloro che partecipano alla vita interna. Le regole di vita nella CT sono frutto di discussioni fra tutti i membri; il ricovero ospedaliero diventa una soluzione estrema ed i pazienti non rappresentano più un "caso", ma una "situazione" complessa di cui fanno parte i loro problemi lavorativi, psicologici, familiari ed economici.

La legge 431 del 1968 introdusse cambiamenti importanti nella vita dei reparti

Una prima modifica della legislazione psichiatrica si ebbe con la legge n. 431 del 1968, che introdusse importanti novità:

- la malattia mentale non veniva più annotata nel casellario giudiziario del soggetto;
- vennero cambiate le modalità di ammissione e dimissione, in quanto un cittadino italiano poteva farsi curare volontariamente nell'ospedale psichiatrico, poteva uscirne per proprio desiderio e poteva conservare i propri diritti civili.

Negli anni '70 vennero incrementati i **Centri salute mentale** e l'apertura al territorio venne definita un momento fondamentale per la gestione delle risorse.

Nel 1978 viene approvata la legge 180, conosciuta anche come Legge Basaglia, che chiuse definitivamente i manicomi concedendo però un lasso di tempo necessario per la definitiva attuazione

La legge 180 del 13 maggio 1978 anticipa quella sulla riforma sanitaria del 28 dicembre 1978 n. 833, con la quale si decreta che la psichiatria fa parte del servizio sanitario e non ha più alcun rapporto con la polizia e con la giustizia; anche il personale è prettamente sanitario. La legge 833 ha come fine la prevenzione, la cura e la riabilitazione e si allaccia alla legge 180, che definisce i malati di mente curabili a meno che i loro problemi mentali non derivino da fattori genetici o da lesioni cerebrali. Il paziente non va più "segregato", ma curato attraverso i servizi che sono previsti dal Servizio Sanitario Nazionale. La riforma prevede che vengano aboliti gli istituti tradizionali di ricovero dei pazienti psichiatrici, gli ospedali perdono la loro funzione e devono essere **gradualmente superati**. Si passa dal controllo sociale del malato di mente alla promozione della salute e alla prevenzione dei disturbi mentali, spostando il punto focale dagli interventi fondati sul ricovero ospedaliero a quelli incentrati sui servizi territoriali: una **rete di servizi** che permetta ai soggetti che necessitano di assistenza psichiatrica di potervi accedere. L'obiettivo primario di tale legge è quello di ridare dignità e diritti ai malati, fuori dai manicomi.

Le ASL programmano e gestiscono interventi finalizzati al superamento del disturbo mentale

Le aziende sanitarie orientano i loro interventi attuando varie strategie, promuovendo:

- attività di "promozione" della salute quale strumento di prevenzione del disturbo mentale;
- attuazione di interventi mirati per particolari aree problematiche, con particolare attenzione all'età evolutiva;
- interventi assistenziali mirati al recupero della qualità della vita dell'assistito e all'attivazione delle sue risorse, anche attraverso progetti sperimentali;
- sviluppo dell'integrazione degli interventi sanitari e sociali;
- opportunità lavorative per gli utenti dei servizi;

- definizioni di criteri di verifica e di valutazione del grado di raggiungimento dei risultati, della qualità degli interventi e della soddisfazione degli utenti.

Il Centro di Salute Mentale (CSM) prende in carico sia le richieste urgenti che quelle programmate

A occuparsi delle persone che presentano turbe psichiche è il **Centro Salute Mentale** che, con i suoi ambulatori, assicura la progettazione, l'attuazione e la verifica degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione, e reinserimento sociale del soggetto.

Il **Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)** garantisce il trattamento sanitario in condizione di degenza ospedaliera, svolge le funzioni di ricovero in trattamento sanitario volontario (TSV) e trattamento sanitario obbligatorio (TSO) e gli utenti non possono lasciare la struttura per tutto il tempo della degenza. Il SPDC è situato presso il presidio ospedaliero di zona o presso il presidio che assicura, per la zona, le prestazioni di ricovero per l'area medica. Al suo interno vengono ricoverati i soggetti che manifestano al momento una fase acuta della malattia. Il marito che insegue la moglie con un bastone per picchiarla fino a ucciderla, quello che esce sul balcone di casa al quinto piano e minaccia di buttarsi di sotto con il bambino o quello che, in un eccesso d'ira, distrugge tutti gli oggetti che trova in giro per casa, sono tutte persone che manifestano una fase acuta del loro stato di salute mentale. I malati di mente in fase acuta e quelli in fase cronica presentano due fasi differenti della malattia: è considerata acuta la fase in cui la malattia è al culmine, mentre si definisce cronica quella in cui la malattia si **stabilizza e cronicizza**. A rendere operativo il ricovero presso il SPDC in regime di TSO è, per soggetti maggiorenni, il sindaco, responsabile della salute dei cittadini, che firma l'atto di notifica del ricovero e viene attuato tramite i vigili urbani. Il ricovero tramite TSV non richiede nessun coinvolgimento istituzionale poiché è lo stesso paziente che lo decide di sua spontanea volontà. I pazienti rimangono ricoverati presso l'SPDC per un minimo di dieci giorni ed un massimo di trenta.



I servizi che hanno sostituito i manicomi sono vari e hanno tutti la funzione di reinserimento sociale

Il **CSM** è un servizio aperto ventiquattro ore al giorno e assicura al suo interno la presenza costante di psichiatri e psicologi.

Gli **ambulatori** presenti nel servizio forniscono supporto sia ai pazienti che ai familiari programmando anche **gruppi di auto-mutuo-aiuto**.

Il **Day Hospital Psichiatrico** è rivolto a pazienti in fase acuta e subacuta che necessitano di interventi prevalentemente sanitari, intensivi, di breve durata, per i quali si preferisce non attuare l'ospedalizzazione. A promuovere la cultura della guarigione e dell'auto-aiuto è stato **Ron Coleman**, il quale utilizzando la sua esperienza personale di malato di mente all'interno del sistema psichiatrico inglese ha sviluppato un approccio alla malattia mentale finalizzato a riprendere il controllo della propria vita e avviare un percorso verso la guarigione.

GLOSSARIO

Gradualmente superati = sebbene la legge sancisca la chiusura dei manicomi, vennero concessi circa venti anni per renderla definitivamente operativa. Tale lasso di tempo era necessario per trovare per tutti i degenti delle varie strutture una diversa collocazione, poiché molte famiglie erano scomparse, o non erano disposte a farsi carico di un familiare istituzionalizzato da anni. Le persone che al termine del periodo non avevano trovato collocazione furono inserite nei Centri protetti.

Stabilizza e cronicizza = la malattia non progredisce né regredisce, rimane cioè stazionaria.



Prendersi cura della persona

Le diverse manifestazioni del disturbo mentale



La schizofrenia

Le cause principali dei disturbi mentali sono legate a fattori ereditari e ambientali

I disturbi mentali nell'uomo hanno varie origini: possono derivare da danni causati dall'uso di droghe, da ritardo mentale dovuto a fattori ereditari e non, da nevrosi, depressione, ecc.

Nell'individuo il ritardo mentale può essere causato da fattori ereditari, organici ed ambientali.

I fattori ereditari e le anomalie cromosomiche (50-60% dei casi) sono al primo posto nell'insufficienza mentale: la più diffusa delle anomalie è la sindrome di Down, o Trisomia 21.

I fattori organici (25-50% dei casi) comprendono i traumi da parto (durante il parto si possono verificare lesioni cerebrali, che provocano danni irreversibili) e la nascita prematura (il bambino nato prima del tempo può presentare organi non completamente formati).

I fattori postnatali possono essere responsabili di ritardo mentale e difficoltà di apprendimento e consistono in una serie di condizioni in grado di colpire il bambino nel primo anno di vita (febbri molto alte in tale periodo possono portare a convulsioni, encefaliti, malattie infettive, denutrizione precoce, ecc.). I fattori ambientali, legati alla famiglia e al contesto sociale e culturale in cui il ragazzo vive, possono incidere positivamente o negativamente sul suo sviluppo, colmando l'eventuale deficit intellettuale o accentuandolo.

Le insufficienze mentali vengono classificate in base alla loro gravità. La più diffusa è quella di grado lieve, ma gli utenti cui si rivolgono i servizi presentano un'insufficienza di grado medio e grave

L'insufficienza mentale viene classificata in ritardo lieve, medio e grave.

I soggetti con *insufficienza mentale lieve* (80-85% delle persone con ritardo mentale) presentano una sufficiente autonomia e da adulti possono raggiungere discrete capacità di adattamento sociale e professionale. La loro età mentale è riferibile a 8-11 anni.

I pazienti con *insufficienza mentale di grado moderato* (10-14% della popolazione con ritardo mentale) hanno una memoria meccanica e una sufficiente autonomia. Da adulti presentano discrete capacità di comunicazione, autonomia sociale e adattamento alla vita comunitaria. La loro età mentale è riferibile ai 6-9 anni.

I soggetti con *insufficienza mentale di grado grave* durante il periodo scolastico possono apprendere autonomie relative alla vita quotidiana in ambienti protetti. Si esprimono attraverso la parola-frase. Da adulti presentano minime competenze di autonomia e possono svolgere semplici attività in ambienti protetti. La loro età mentale è riferibile ai 4-6 anni. I casi gravissimi presentano un'età mentale inferiore ai 4 anni e necessitano di assistenza e sorveglianza anche da adulti.

I disturbi mentali vengono suddivisi in:

- Disturbi caratteristici dell'infanzia. Ne fanno parte i deficit di attenzione, i disturbi di ansia, gli attacchi di panico, l'autismo infantile, l'anoressia, la bulimia, i tic, la balbuzie e l'enuresi.
- Disturbi caratteristici dell'adulto. La demenza e le alterazioni ad essa collegate sono disturbi caratteristici dell'anziano.
- Disturbi organici. Comprendono danni cerebrali transitori o permanenti. I danni cerebrali possono derivare da malattie, come il restringimento delle arterie, o da sostanze (droga o altro) che distruggono le cellule cerebrali, ma anche da demenza e da delirio.
- Disturbi non organici, riferibili a cause psicologiche.
- Disturbi psicotici. Ne fanno parte l'autismo e la schizofrenia, caratterizzata da uno stato di disgregazione della personalità.
- Disturbi nevrotici. Comprendono fobie, attacchi di panico, depressione, disturbi del sonno, ecc.

La schizofrenia è contraddistinta spesso da deliri e allucinazioni

La *schizofrenia* è caratterizzata dall'inventarsi (fissarsi) e/o crearsi problemi che non esistono ("...lei mi guarda sempre male..."), al punto che il soggetto può arrivare a vendicarsi. I deliri e le allucinazioni ac-

compagnano tale patologia, tanto che il soggetto sente sovente delle voci. La schizofrenia colpisce prevalentemente gli uomini in età adolescenziale e le donne in età adulta ed è il più comune dei disturbi psicotici.

La schizofrenia porta alla dissociazione dei pensieri dalle emozioni, tanto da creare disturbi dell'affettività e l'estraniamento dall'ambiente circostante, evitando lo scambio con la realtà (lo schizofrenico, nei casi più gravi può restare silenzioso ed immobile per giorni interi). Chi soffre di schizofrenia può essere in certi casi così immerso nel proprio mondo fantastico da perdere il senso dello spazio e del tempo; non sa che giorno e che ora siano, né dove si trovi.

L'autismo rappresenta un'estrema forma di distacco dalla realtà

L'autismo porta il soggetto a estraniarsi dalla realtà e a crearsi una vita interiore fantastica: colpisce in Italia 1 bambino su 77 nati. *Autòs* è la parola greca da cui deriva il termine "autismo" che significa "se stesso", per sottolineare il ripiegamento su se stessi. Si manifesta nei primi tre anni di vita con deficit che coinvolgono l'immaginazione, l'interazione sociale e la comunicazione. Gli autistici evitano il contatto fisico e non vogliono essere presi in braccio. L'autismo è una disabilità che coinvolge diverse funzioni cerebrali e dura tutta la vita. Studi sui comportamenti dei bambini autistici hanno dimostrato che essi sono più disponibili a instaurare un rapporto se si trovano in acqua. Tale terapia prende il nome di TMA (Terapia Multisistemica in Acqua) ed è stata ideata dallo psicologo Giovanni Ippolito di Foggia: egli afferma che l'acqua è al tempo stesso fonte di gioia e di paura. Spesso è proprio la paura la molla che porta questi bambini a compiere il primo passo e a scoprire che si possono fidare degli altri.

La terapia ABA è ritenuta una cura valida per l'autismo

Esiste anche una terapia chiamata ABA (Analisi Comportamentale Applicata) che si è dimostrata efficace e significativa sui bambini con disturbo autistico. La ricerca ha dimostrato l'efficacia del metodo ABA nel ridurre comportamenti legati al malessere, nel migliorare la comunicazione e l'apprendimento di comportamenti socialmente appropriati.

L'obiettivo di questo metodo è quello di migliorare nel bambino autistico le competenze linguistiche, cognitive e adattative ed in particolar modo la qualità della vita e le relazioni con gli altri. L'utilizzo del metodo ABA è suggerito dall'Istituto Superiore della Sanità nella Linea Guida n. 21. Il metodo consiste nel fare eseguire degli esercizi specifici al bambino seguendo un programma definito e personalizzato (ogni bambino è trattato individualmente in relazione alle sue specificità). Il *metodo ABA* comprende l'osservazione del comportamento, le reazioni comportamentali anche delle persone che lo circondano e viene eseguito con la collaborazione tra logopedista, psicologo, insegnanti, genitori, famiglia e amici. All'interno delle scuole, per esempio, l'insegnante di sostegno e l'insegnante delle materie disciplinari, vengono appoggiati da un professionista ABA. Fuori dalla scuola, invece, lo psicologo ABA collabora con i genitori e familiari del bambino autistico per aiutare il bambino ad integrarsi nell'ambiente scolastico, familiare e sociale. La terapia varia per ogni paziente, data la diversità dei sintomi e delle situazioni, e la guarigione completa della patologia si ottiene molto raramente. I terapeuti operano sullo sviluppo del linguaggio e delle capacità sociali mediante un training altamente strutturato. L'utilizzo dei farmaci ha l'obiettivo di ridurre o eliminare patologie associate, come l'epilessia e il deficit di attenzione.

I disturbi dello spettro autistico interessano in Italia tra le 300 e le 500mila persone

Il numero di persone autistiche non è ben definito, poiché l'autismo genera disordini di varia natura e anche complessi. Questa tipologia di disturbi comprende la sindrome di Asperger o autismo ad alto funzionamento, che è caratterizzata da difficoltà nel rapporto con gli altri, nella comunicazione sociale e da interessi e attività limitati e ripetitivi. L'Istituto Superiore di Sanità spiega che lo spettro autistico è più diffuso tra i maschi che nelle femmine, il rapporto è 4 a 1. Negli anni '70 si verificava un caso su 5000 nati, oggi si verifica 1 caso ogni 110, tra i 7 e i 9 anni. Attualmente la diagnosi che prima veniva fatta sui 3-5 anni ora viene fatta in modo attendibile dai 18 mesi di vita.

I disturbi mentali, l'inserimento lavorativo e le REMS

Esiste confusione su cosa sia il disturbo mentale e come riconoscerlo

Lo stereotipo in base al quale il ricorso a uno psicologo sia legato alla malattia mentale è ancora molto diffuso; in realtà il disagio esistenziale e la sofferenza psichica sono sempre più diffusi. Il pensionamento, l'insicurezza economica, l'instabilità nelle relazioni familiari, ecc. causano reali difficoltà di adattamento e di gestione delle emozioni. L'intervento dello psicologo consente di soddisfare il bisogno di ascolto e comprensione e, a livello cognitivo, permette di individuare diversi modi di affrontare il problema e di trovare nuove soluzioni. A livello emotivo si prende carico delle emozioni difficili da gestire, in modo da comprendere l'origine e utilizzarle come risorse anziché ostacoli.

La depressione nell'adolescenza è dovuta a una non elaborazione del dolore

L'adolescenza rappresenta un passaggio nel quale il soggetto non è più un bambino, ma non è ancora un adulto. Questo periodo è contraddistinto da cambiamenti, separazioni e perdite che il ragazzo deve saper elaborare. Il dolore mentale depressivo è un'emozione sana e adeguata che la persona sperimenta in seguito alla perdita di qualcosa di amato, di importante e buono; la depressione si manifesta nel momento in cui la persona non è in grado di vivere il dolore e lo evita, lo tiene lontano, rimanendone però dolorosamente coinvolto. Nell'adolescenza i sintomi di tale patologia possono essere poco evidenti, lasciando il posto a noia, dolori addominali, esibizionismo, ecc.

La depressione colpisce più le donne degli uomini poiché la dimensione femminile coinvolge gli aspetti ormonali, psicologici e sociali

Studi statistici sulla distribuzione del disturbo depressivo hanno messo in evidenza che tale patologia colpisce le donne con più frequenza rispetto agli uomini. Ciò può essere determinato da:

- motivi socio-economici;
- maggiore disponibilità a parlare del disturbo della sfera emotiva;
- motivi biologici di tipo ormonale.

La sindrome pre-mestruale, la gravidanza, il post-partum, la menopausa sono le situazioni in cui si può insinuare la depressione. A renderla un vero e proprio disturbo è la durata e l'intensità della manifestazione dello stato depressivo.



La psicoterapia di comunità ha il fine di mettere le persone in grado di affrontare i propri problemi con altri individui

La psicoterapia di comunità permette di affrontare insieme agli altri i propri problemi ragionando e riflettendo mentre si conversa, facilitando lo stare insieme e la fiducia reciproca. I progetti di inclusione lavorativa sono rappresentati dalle cooperative sociali di tipo B o dalle fattorie solidali, dove le persone, nonostante i loro problemi, hanno voglia di fare qualcosa insieme, non solo per se stessi ma anche per gli altri membri della comunità.

I gruppi di Auto-mutuo-aiuto hanno lo scopo di far sviluppare la consapevolezza che la malattia può essere curata

Il gruppo di Auto-mutuo-aiuto, attraverso la sua progettualità e il suo modo di fare concreto e quotidiano, porta alla consapevolezza che la malattia può essere emarginata, per lasciare spazio alle potenzialità che vengono espresse e che richiedono maggiore attenzione.

Lo psicoterapeuta può portare la persona a cambiamenti stabili del proprio modo di pensare, della gestione delle emozioni e del proprio comportamento.

L'inclusione socio-lavorativa è molto importante nel processo di guarigione del disturbo mentale grave

La legge 180 ha decretato il riconoscimento della cura delle persone con sofferenza psichica all'interno della comunità. In Italia l'inserimento lavorativo, se gestito dal DSM, può avere diverse finalità ed è diversificato a seconda dei bisogni e delle caratteristiche dell'utente. L'educatore professionale è la figura che fa da referente per i percorsi di formazione e di inserimento lavorativo attivati da organizzazioni esterne al DSM. Con l'educatore professionale, l'infermiere e l'assistente sociale collaborano figure di supporto all'assistenza e all'inserimento professionale, al fine di integrare la persona e limitare un eccessivo assistenzialismo che impedisce la loro integrazione sociale.



Il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, noto con la sigla DSM, è il sistema descrittivo della malattia e classificazione più utilizzato sia in ambito medico che nella ricerca

La sigla DSM, ossia Dipartimento Salute Mentale, indica il dipartimento che si occupa di persone affette da turbe psichiche. Il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, noto anch'esso con la sigla DSM (derivante dal titolo originale dell'edizione statunitense, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) ha visto la sua prima edizione nel 1952 (DSM-I), mentre l'ultima edizione, la quinta, è del 2013 ed è intitolata DSM-V. In tale volume i disturbi mentali vengono definiti in base a sintomatologie e raggruppati su basi statistiche. Per esempio, la malattia dell'Alzheimer è inserita nel DSM-IV, mentre il Disturbo bipolare è stato inserito nel DSM-V.

L'Ospedale Psichiatrico Giudiziale (OPG), così denominato dal 1975, è stato chiuso definitivamente con la legge n. 81 del 30 maggio 2014; la data della chiusura è stata prorogata a maggio 2015 per permettere l'inserimento dei detenuti, che non possono essere dimessi, nelle REMS

La legge n.81 del 2014 chiude gli OPG e attiva le REMS (*Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza*). Si tratta di strutture ricettive a carattere sanitario che rispondono anche a criteri di custodia poiché rivolte a pazienti con disturbo mentale, autori di reati, ritenuti non dimissibili dagli OPG. Gli internati nelle REMS sono sottoposti a misure di sicurezza giudiziaria, ma la custodia passa dal DAP (Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria) alla Sanità (Dipartimento Salute Mentale). La confusione tra competenze sanitarie e quelle giudiziarie, tra cura e custodia, rischia di modificare l'identità professionale dell'infermiere. Le Regioni, come previsto dalla legge, hanno organizzato percorsi di formazione per gli operatori delle REMS, i cui docenti sono medici psichiatri e criminologi. Le REMS sono istituite in ogni Regione. L'OPG di Castiglione delle Stiviere, che accoglie al suo interno "mamme assassine", ha sempre avuto un'impostazione di cura più che di detenzione, tanto che si è trasformata essa stessa in REMS. La legge 81/2014 stabilisce che le misure di sicurezza detentiva, comprese le REMS, non possono superare il tempo stabilito dalla pena detentiva prevista per il reato commesso. Tale situazione cambia se la persona viene considerata a rischio di ricaduta e di pericolosità.

Servizi/interventi rivolti alla salute mentale

Secondo l'OMS l'insufficienza mentale dipende da varie patologie, caratterizzate da un non completo sviluppo intellettuale

Varie sono le cause dell'insufficienza mentale (demenza, pazzia): tale termine, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), indica un insieme di condizioni e situazioni cliniche a evoluzione e patologie assai variabili, caratterizzate da uno sviluppo non completo della psiche. Nei quadri clinici sono presenti, in misura e gravità diversa, alterazioni neurologiche e sensoriali, instabilità psicomotoria, difficoltà di comunicazione e di linguaggio, pensiero infantile, incapacità o difficoltà di comprendere pensieri astratti.

Riconoscere di avere un problema psichico porta al superamento della malattia

Il problema principale che si incontra nelle persone che presentano turbe psichiche è l'ammissione di avere dei problemi mentali. Difficilmente il soggetto accetta di avere un disagio psichico; solo nel momento in cui riconosce di averlo si può dire che la guarigione è vicina. Lo stereotipo che accompagna l'idea del malato di mente è quello di una persona sporca, trasandata: le donne amano le bambole e le collane, gli uomini i pantaloni più corti del normale e non curano l'igiene personale. Molte volte le turbe psichiche sono dovute a un condizionamento: se c'è un malato in casa, quando questo muore, spesso accade che un altro componente della famiglia presenti dei disturbi psichici.

I programmi di recupero rivolti alle persone con disturbi mentali prevedono strutture residenziali e non residenziali



Il Centro diurno svolge funzioni terapeutico-riabilitative sulla base di programmi individuali tesi a promuovere maggiore autonomia e competenze sociali. Allo scopo di evitare la solitudine e l'isolamento, al suo interno vengono svolte attività di pittura e ceramica e vengono promosse varie iniziative di "incontro e scontro" con il mondo. Le attività di laboratorio vengono utilizzate come punto centrale per il sostegno della sofferenza, la conquista di nuove autonomie e cura della persona e per mantenere relazioni positive con gli altri. Le Strutture residenziali e/o Residenze assistite hanno il compito di realizzare programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi personalizzati, di esclusiva competenza psichiatrica, per pazienti che necessitano di residenzialità e per i quali risulta inutile il ricovero ospedaliero. L'acces-

so e la dimissione dei pazienti avvengono sulla base di uno specifico programma definito dall'**unità funzionale** (UF), in accordo con il paziente e i familiari. In assenza o difficoltà della rete familiare o sociale di supporto, le strutture residenziali rappresentano il punto principale dell'intervento; devono essere organizzate per un numero limitato di utenti, con una quantità di posti letto comunque non superiore a venti, e collocate nel contesto urbano.

Le Residenze terapeutico-riabilitative forniscono assistenza continua nelle ventiquattro ore. Le Residenze socio-riabilitative assicurano un'assistenza limitata nell'arco delle dodici ore diurne. I Gruppi appartamento, con assistenza limitata a specifiche fasce orarie, si rivolgono ad un'utenza in fase avanzata di reinserimento sociale e dotata di maggiore autonomia.

L'unità funzionale di neuropsichiatria infantile prende in carico i soggetti dell'età infantile e adolescenziale

L'unità funzionale per l'infanzia e l'adolescenza svolge incarichi di prevenzione, diagnosi, cura, presa in carico, riabilitazione ed integrazione sociale nei confronti di soggetti dell'età infantile e adolescenziale che presentano sintomatologie e disturbi psichici, malattie neurologiche e psichiatriche, disturbi dell'area psicologica e relazionale, familiare e sociale, situazioni di disagio psico-sociale nell'età evolutiva.

La legge 180/78 a volte viene criticata perché solo una parte delle persone con disagio psichico accettano di farsi curare

Nonostante la legge 180/1978 abbia cambiato l'idea di pericolosità delle persone con turbe psichiche e abbia riconosciuto loro il diritto di essere cittadini come gli altri, a volte si aprono discussioni sulla difficoltà che si incontra nell'aiutare chi ha bisogno, senza l'approvazione della stessa persona.

Ogni tanto si discute sulla necessità di riforma della legge 180: alcuni psichiatri propongono un'eventuale riapertura della struttura manicomiale, in quanto sostengono che allo stato attuale solo una persona su dieci, tra quelle che avrebbero bisogno di aiuto, viene curata. Secondo loro, molti malati rifiutano le cure e solo i pazienti che presentano crisi violente vengono ricoverati: gli unici casi in cui la legge 180 prevede il ricovero senza la propria volontà.

La malattia mentale più diffusa è la depressione, le cui origini possono essere cercate nell'infanzia

La depressione è presente anche nell'infanzia, ma emerge in modo particolare nella fase adolescenziale; essa può avere due forme: leggera e maniaco-depressiva.

La depressione maniaco-depressiva si può curare anche con l'elettroshock, terapia usata ancora oggi per alcune malattie psichiatriche: si basa su stimolazioni elettriche del cervello, che provocano nel paziente una crisi epilettica e una leggera perdita di memoria, che diviene irreversibile. Le cause che favoriscono la depressione sono molteplici: una certa influenza può derivare dal rapporto madre-figlio che si ha nella prima infanzia. Un buon rapporto madre-figlio crea nel bambino un senso di fiducia e sicurezza, mentre un rapporto non gratificante fa sviluppare un senso di sfiducia e insicurezza. Il rapporto che si instaura fin dalla nascita è fondamentale per lo sviluppo sociale del bambino.

I raptus sono squilibri mentali improvvisi: si manifestano solitamente durante le feste

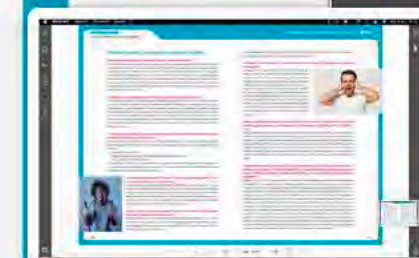
Anche i raptus, squilibri mentali improvvisi, sono da ricercarsi nei problemi legati all'infanzia, e si manifestano solitamente in periodi particolari come le festività, cioè in quei periodi in cui il soggetto avverte maggiormente l'abbandono, la solitudine, l'insoddisfazione. Non si possono prevedere, anche se a volte il soggetto presenta campanelli d'allarme come inquietudine, nervosismo ed esasperazione.

All'inizio i familiari difficilmente accettano la manifestazione di tali turbe psichiche e tendono ad adirarsi perché la situazione non corrisponde alle loro aspettative

La demenza può scatenare nei familiari dell'ammalato vergogna, rifiuto della diagnosi, ansia, stress, depressione e di conseguenza scarsa o mancata stimolazione. L'accettazione della malattia richiede l'elaborazione del lutto.

GLOSSARIO

Unità Funzionale = l'Unità Funzionale è formata da psichiatri, infermieri professionali, operatori socio-sanitari e tecnici di assistenza.



Le dipendenze patologiche

La dipendenza è caratterizzata dal bisogno assoluto e irrefrenabile di una sostanza, di un oggetto o di una situazione

Il termine "dipendenza" sta ad indicare un legame molto forte che si instaura tra il soggetto e fattori a lui esterni. La dipendenza porta a un'alterazione del comportamento che, da semplice abitudine, diventa una ricerca esasperata, persino patologica, cioè la persona perde ogni possibilità di controllo sull'abitudine. Varie sono le dipendenze, alcune delle quali non sono state considerate tali per molto tempo, come quelle da videogame, shopping, lavoro, Social Network, gioco d'azzardo, ecc.

La dipendenza può essere fisica o psichica, e nelle forme gravi porta a crisi di astinenza

È importante distinguere la dipendenza in:

- fisica, provocata essenzialmente da condizionamenti **neurobiologici**;
- psichica, provocata da un alterato stato psichico e comportamentale. Questo genere di dipendenza richiede interventi terapeutici lenti e ad ampio raggio, che coinvolgono spesso i familiari più vicini alla persona dipendente.

Le forme più gravi di dipendenza fisica e psichica portano a crisi di astinenza.

Le dipendenze patologiche possono essere di vario tipo, a seconda della sfera personale che coinvolgono e dei comportamenti che ne derivano

Si può dipendere patologicamente da varie cause, fra cui:

- sostanze tossiche, in cui rientrano alcol e fumo
- cibo, con conseguente bulimia, dipendenza da zuccheri, ecc.
- shopping
- internet
- videogiochi
- televisione
- altro

Nel 2006 è stata pubblicata in Italia un'ipotesi di nuovi criteri diagnostici delle dipendenze patologiche, prese in carico dal SerD (Servizio Dipendenze Patologiche), che prende in esame vari punti, tra cui ossessività, impulsività, irrequietezza, ansia, problemi del sonno e irritabilità o agitazione quando non è possibile mettere in atto la propria dipendenza.



L'oms e l'alcol

La droga non è un fenomeno contemporaneo perché ha origini molto antiche

Con il termine "tossicodipendenza" l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) definisce una "Malattia ad andamento cronico e recidivante che spinge l'individuo, in maniera coatta, ad assumere sostanze a dosi crescenti o costanti per avere temporanei effetti benefici soggettivi, la cui persistenza è indissolubilmente legata alla continua assunzione della sostanza".

Le prime notizie sull'uso di droga risalgono alla civiltà pre-cristiana e riguardano l'uso dell'**oppio**; solo nel 1790 in Cina si cominciò a supporre che l'uso di tale sostanza fosse fonte di problemi, ma gli interessi economici sia cinesi che delle potenze coloniali (Francia e Inghilterra) ne tutelarono la produzione ed il commercio. Attualmente i principali Paesi produttori di droga sono quelli che possiedono una situazione politica, economica e sociale disastrosa. Gli Stati principali produttori di droghe sono: Colombia, Perù e Bolivia, Afghanistan, Pakistan e Libano.

Il termine "droga" si riferisce a sostanze, naturali e non, che creano dipendenza

Il termine "droga" fa paura in quanto chi decide di percorrere questa strada si ritrova poi a dover affrontare enormi problemi sociali come essere accettato dagli altri o trovare casa e lavoro.

Nella nostra cultura tale termine si riferisce a determinate sostanze, composti chimici e naturali, che

hanno trovato diffusione nel nostro Paese dopo il 1970; allo stato attuale, il transito, il traffico e lo spaccio di droga sono pari a quelli di altre nazioni.

La prima legge italiana sulla produzione, spaccio e uso di sostanze risale al 1954

Con la legge 1041 del 1954, l'Italia considera il consumatore, lo spacciatore e il produttore di sostanze stupefacenti allo stesso livello, applicando così la disposizione della Convenzione di Ginevra del 1936, che reprimeva il traffico illecito degli stupefacenti con particolare riferimento all'oppio. Il fenomeno acquista proporzioni notevoli dopo che nel 1968, per contestazione ideologica, si diffonde la rivoluzione culturale degli Hippy o Figli dei Fiori, che diffondono tra i giovani l'uso "dell'erba" come simbolo di rottura con i vecchi stereotipi.

Il boom economico porta benessere a tutti ma, per cambio di costumi e/o tipologia familiare, anche momenti di vita alienante ed emarginante

Chi fa uso di droga? Il fenomeno e le cause sono molto più complessi di quello che, a prima vista, può sembrare. Non sempre il tossicodipendente è portatore di disagio; basti pensare a quanti attori, sportivi, persone con buon reddito e posizione sociale facciano uso di cocaina per reggere i ritmi stressanti o le performance che vengono loro richieste.

I "ricchi" si drogano per noia o per provare nuove ebbrezze (la cocaina del sabato sera fra gli uomini d'affari è in grande diffusione), i meno **abbienti** lo fanno per contesto familiare e socio-culturale.

I cambiamenti della società hanno inciso sull'uso delle sostanze e sull'età di chi le utilizza

È cambiata, negli ultimi anni, l'età dei tossicodipendenti. Ciò è dovuto a nuove forme di emarginazione e fallimenti personali, come la perdita del lavoro o la separazione coniugale e il conseguente allontanamento dei figli dalla propria casa. L'uso prolungato di droghe favorisce e **radica** processi di emarginazione già in atto e sviluppa comportamenti di criminalità semplice e quotidiana, come scippi e furti.

La società attuale ha portato, in alcuni contesti, ad assumere atteggiamenti devianti

La società attuale a volte porta la persona debole e insicura a voler apparire ciò che non è; il ritardato ingresso nel mondo del lavoro, la mancanza, a volte, di figure di riferimento all'interno della famiglia, un profondo e sofferto senso di abbandono, le insicurezze ed incertezze che contraddistinguono certi caratteri, la spinta contrastante nell'adolescenza tra autonomia e dipendenza, i rapporti interpersonali trovano in alcuni individui terreno fertile e rendono prevedibili delle situazioni di devianza.

L'individuo, come per l'alcool, viene "iniziato" all'uso della droga da amicizie devianti o per curiosità; egli è fermamente convinto di poter smettere in qualsiasi momento lo voglia, nonostante le diffuse informazioni contrarie, sottovalutando il problema della dipendenza che certe sostanze danno, non considerando che chi ha cominciato a prendere una certa droga (cocaina, eroina, cannabis, ecc.) aumenta gradatamente la quantità poiché la capacità di risolvere i problemi diminuisce man mano che l'organismo si abitua alla presenza di sostanze chimiche. La droga diventa l'unica cosa importante della sua vita.

GLOSSARIO

Neurobiologici = la neurobiologia studia il sistema nervoso.

Oppio = succo condensato ottenuto per incisione delle capsule ancora verdi dei frutti del papavero indiano. Può essere mangiato o fumato.

Droga = sostanza stupefacente, che altera temporaneamente le funzioni sensoriali dell'individuo.

Alienante = che estranea l'individuo dal suo mondo interiore.

Emarginante = che crea emarginazione, esclusione di un individuo rispetto a una comunità o una società e di conseguenza lo allontana dai benefici che esse garantiscono.

Abbienti = in condizioni economiche agiate.

Radica = inserisce profondamente.



I comportamenti devianti

La droga: provenienza e classificazione

L'assuefazione fisica alla droga ha una durata limitata, a differenza di quella psicologica

La droga in sé dà un'assuefazione fisica relativa, in quanto nel giro di 15/30 giorni la dipendenza cessa: a scattare invece è la dipendenza psicologica, dalla quale si esce con grande determinazione e stima di se stessi.

È stato dimostrato che minuscole quantità di alcol o droga provocano nell'organismo residui organici che vengono eliminati facilmente dalla maggior parte dei tessuti organici, ma possono rimanere intrappolati per anni nei tessuti grassi del corpo. Se un tossicodipendente cerca di smettere, tali depositi tossici possono entrare in circolazione, stimolando un desiderio irrefrenabile di droga e innescando i sintomi dell'astinenza.

La tossicità di una droga è strettamente connessa con la droga stessa e presenta molteplici variabili, che comprendono il danno fisico e psichico provocato direttamente o indirettamente dall'assunzione delle droghe. L'intossicazione acuta, od overdose, è l'assunzione in dose eccessiva della sostanza tossica ed è una condizione legata all'assuefazione della persona.

La legge 685 del 1975 è la prima legge sulle sostanze psicotrope, cioè quelle sostanze che agiscono sulla mente

Le sostanze psicotrope sono quelle sostanze che influiscono sul pensiero del soggetto che le assume, condizionandone le scelte.

Le droghe che possono dare dipendenza fisica e psichica sono:

- oppioidi naturali: morfina, eroina e codeina;
- oppioidi sintetici: metadone, alcol, barbiturici.

Danno solo dipendenza psichica e in alcuni casi una certa dipendenza fisica:

- anfetamina e derivati, cocaina, Lsd e derivati, ecstasy (Mdma), cannabis, tabacco, caffè e tè.

I maggiori produttori di droghe sono:

- l'Afghanistan che produce il 90% dell'oppio mondiale;
- la Colombia è il maggior fornitore mondiale di cocaina; una buona parte dell'eroina consumata nell'est degli USA proviene dalla Colombia;
- il Messico è uno dei più grandi produttori di eroina e marijuana destinata agli USA;
- il Brasile è il secondo consumatore di cocaina al mondo dopo gli USA;
- il Marocco è il primo produttore di cannabis al mondo;
- la Spagna è uno dei Paesi dell'Unione Europea dove è maggiore il consumo di cocaina, hashish e nuove sostanze;
- in Russia il consumo di eroina e derivati provoca 80.000 morti all'anno.

Le droghe generano guadagni a breve termine per pochi e perdite a lungo termine per molti

Più un paese produce droga e più è condannato al sottosviluppo, perché l'instabilità dello Stato, dell'economia e della società civile impedisce lo sviluppo del paese e incrementa il narcotraffico.

L'Italia è uno dei Paesi che ha il numero di decessi per uso di droghe più bassi in Europa, mentre le percentuali più alte sono quelle del Nord Europa con più di 40 morti per ogni milione di persone: Paesi scandinavi, baltici, britannici e anche Germania e Spagna.

Il termine "droga", dall'olandese *Droog* (secco) sta ad indicare una sostanza che provoca un'alterazione delle funzioni biologiche dell'organismo, modificando il comportamento di chi la assume

Secondo l'OMS, "Sono da considerare stupefacenti tutte quelle sostanze di origine vegetale o sintetica che, agendo sul sistema nervoso centrale, provocano stati di dipendenza fisica e/o psichica, dando luogo in alcuni casi ad effetti di tolleranza (bisogno di incrementare le dosi con l'avanzare dell'abuso) e in altri casi a dipendenza a doppio filo, cioè dipendenza dello stesso soggetto da più droghe". La droga è dunque una sostanza psicoattiva di origine vegetale oppure sintetizzata chimicamente, capace di provocare modificazioni più o meno temporanee e dannose sull'equilibrio psico-fisico di chi le assume.

L'OMS ha definito la tossicodipendenza come uno "stato di intossicazione periodico o cronico generato dal consumo ripetuto di una droga"

I consumatori di droga si suddividono in tre tipi:

- **occasionale** = colui che fa uso di droghe in modo non continuativo;
- **abituale** = colui che ha sviluppato una dipendenza psichica, ma è ancora in grado di integrarsi nella società e mantenere i propri interessi;
- **tossicodipendente** = colui che vive in funzione della droga e che impiega la maggior parte del tempo a cercare di procurarsela e ad assumerla.

Il tossicodipendente sviluppa:

- **dipendenza**, cioè il bisogno di continuare ad assumere la droga;
- **assuefazione**, cioè la tendenza ad aumentare le dosi;
- **dipendenza psicologica** e fisica dagli effetti della droga;
- **effetti nocivi** per l'individuo e per la società.

Le droghe possono essere classificate in base ad alcuni criteri:

- **legislativo** = droghe leggere e illegali;
- **preparazione** = sostanze naturali e sintetiche;
- **chimico** = struttura chimica del principio attivo;
- **sintomatologico** = modificazioni psico-fisiche prodotte dalle droghe.

In base ai sintomi, si classificano in:

- **droghe deprimenti**, che comprendono oppio, morfina, eroina, metadone e farmaci come barbiturici e tranquillanti;
- **droghe stimolanti**, che comprendono cocaina, anfetamina e crack, ma anche caffeina e farmaci antidepressivi;
- **droghe allucinogene**, che comprendono mescalina, LSD, DOM (STP), ecstasy o MDMA;
- **cannabis e derivati**, che comprendono marijuana, hashish, olio di hashish.

Nella sindrome da astinenza si distinguono tre fasi.

- **crash (caduta)**, che si presenta dopo 30 minuti dall'assunzione. I sintomi sono: insonnia, inappetenza, stanchezza e agitazione.
- **craving (intenso desiderio)**, successiva alla prima fase, può durare fino a 5 settimane. I sintomi sono: sbalzi d'umore, grande sonnolenza, mancanza di energia, ansia, sintomi depressivi accompagnati da idee di suicidio.
- **estinzione**, è l'ultima fase, nella quale i sintomi delle prime due iniziano a scomparire. L'umore della persona diventa sempre più normale.



L'ecstasy



La tossicodipendenza

La droga provoca la fine della libertà e della dignità della persona

L'assunzione di droga è una potenziale scelta di morte per: overdose, AIDS, violenza, suicidio, incidenti e malattie.

La droga lede la dignità della persona e porta nell'individuo manifestazioni di:

- disagio nelle relazioni fra le persone;
- mancanza di comunicazione fra genitori e figli;
- povertà morale e culturale dei consumatori, molti dei quali sono costretti al crimine o alla prostituzione per procurarsi la dose quotidiana.

La cocaina, droga di grande diffusione, nasce dalla raffinazione della pianta di coca

Sebbene gli indigeni del centro e del sud America anticamente la usassero per alleviare gli effetti della fame e della fatica, la cocaina ottenuta dalla raffinazione delle foglie è stata scoperta da Albert Nieman nel 1860. Per il potere stimolante venne consigliata in Francia agli operai per aumentare la produzione nelle fabbriche, mentre negli USA si utilizzava per la disintossicazione degli alcolisti e dei morfinomani e in Germania fu somministrata ai nascosti ai soldati per migliorare l'efficienza e la resistenza dell'esercito alla fatica e alla fame. Sigmund Freud nel 1880 l'ha sperimentata per curare i suoi frequenti stati depressivi. Il patologo Ernst Fleischl, che aveva sviluppato una fortissima dipendenza, incominciò ad avere spaventosi effetti paranoici, allucinazioni e deliri nei quali lottava contro morsi e aggressioni di insetti. Ciò fece spegnere l'entusiasmo sulla cocaina.

Il suo aspetto è simile allo zucchero o al sale fino e viene sniffata, fumata o iniettata. Negli anni '50 veniva chiamata "neve" per il suo aspetto; oggi si trova anche in cristalli che si fumano e prende il nome di *crack*. Gli effetti danno una sensazione di forza e di energia, euforia e scarsa sensibilità alla fame e al dolore. L'uso massiccio e continuo provoca insonnia e depressione. Tipici segni di intossicazione comprendono pupille dilatate, tremori, ulcere al naso e manie persecutorie. Non si ha la sindrome di astinenza, mentre è elevata la dipendenza psichica.

La droga più diffusa fra gli adolescenti è la cannabis, che apre spesso la strada a sostanze più pesanti



La cannabis è la prima sostanza assunta dagli adolescenti, che successivamente hanno iniziato ad usare droghe quali la cocaina e l'eroina. L'ASL svolge un ampio servizio di prevenzione, anche se la prima agenzia di protezione rimane la famiglia. Per orientare meglio le strategie di prevenzione sui giovani è necessario considerare che le prime cause di morte e di invalidità, nella fascia d'età compresa tra i 14 e i 18 anni, sono da imputare all'uso di sostanze stupefacenti e agli incidenti correlati ad alcol e droga. Nel 2019 un gruppo di ricercatori americani, ha riportato gli esiti degli studi effettuati sull'uso di fumare cannabis, in modo regolare, prima dei 21 anni: è stato dimostrato che provoca danni al quoziente intellettivo e cambiamenti apparentemente irreversibili nel modo in cui si sviluppa il cervello.

Per aiutare l'eroinomane ad uscire dal giro della droga, nel periodo in astinenza, viene somministrato il metadone

Il **metadone** è uno stupefacente simile alla morfina, impiegato da anni nella terapia di mantenimento dei tossicomani da "Eroina". Recentemente il Consiglio Superiore della

Sanità ha confermato che il metadone è uno stupefacente di media tossicità, in grado di causare tossicodipendenza. Il ricorso terapeutico, allo scopo di mitigare la sindrome di astinenza da derivati della morfina, deve essere sempre praticato in idonei ambienti di cura, tenendo conto delle controindicazioni. Il metadone è una polvere cristallina bianca, amara, solubile in acqua. Può essere assunto per via orale od anche per iniezione intramuscolare o sottocutanea. Gli effetti sono quelli di un potente analgesico (più efficace anche della stessa morfina) che può provocare sonnolenza, sudore, vertigini, vomito, etc.



Il D. Lgs n.34 del 2014 ripristina la distinzione fra droghe leggere e pesanti

Il D.L. n. 34 del 20 marzo 2014, convertito in legge il 16 maggio 2014, n. 79, entrata in vigore il 21 maggio 2014, prevede l'introduzione di nuove tabelle per la classificazione delle droghe e reintroduce la distinzione fra droghe leggere e pesanti che era stata abolita dalla legge Fini-Giovanardi.

Tabella di classificazione delle droghe

Le tabelle I e III raggruppano le droghe pesanti, la II e la IV quelle leggere, la V le droghe a uso terapeutico.

Nella tabella I, relativa alle **droghe pesanti**, rientrano gli **oppiacei** naturali o sintetici, le foglie di coca e gli alcaloidi derivati, le anfetamine, tutte le **droghe sintetiche** a base di Thc (principio attivo della cannabis) e tutte le sostanze che producono effetti sul sistema nervoso e determinano dipendenza fisica o psichica.

Nella tabella II, relativa alle **droghe leggere**, rientra la **cannabis** senza distinzione tra indica, sativa, rudelaris o ibrida.

Nella tabella III rientrano i barbiturici

Nella tabella IV rientra il Benzodiazepine

Nelle **prime quattro** tabelle, collegate al sistema sanzionatorio per gli usi illeciti, sono elencate le sostanze stupefacenti e psicotrope poste sotto controllo internazionale e nazionale.

Nella **tabella dei medicinali** sono indicati i medicinali a base di sostanze attive stupefacenti e psicotrope di corrente impiego terapeutico ad uso umano o veterinario ed il regime di dispensazione ad uso di medici, farmacisti e operatori del settore farmaceutico. **Il 26 Dicembre 2019 la Corte Costituzionale ha depenalizzato la coltivazione di piantine sul terrazzo, purché siano limitate a pochi vasetti, vengano consumate da chi le produce e non alimentino lo spaccio. Per la Suprema Corte la salute pubblica non può risultare pregiudicata dal singolo che fa crescere in casa una piantina di marijuana.**

Fonte: www.salute.gov.it

Il tossicodipendente che viene condannato da 4 a 6 anni di carcere, a seconda del reato commesso, può chiedere di convertire la pena con una misura alternativa al carcere, ad esempio arresti domiciliari presso una struttura come una Comunità Terapeutica, affidamento sociale, ecc.

La droga e i servizi collegati

Lo Stato riconosce il drogato come persona affetta da malattia cronica e che necessita di cura

Il drogato viene ritenuto una persona affetta da malattia cronica, ma tale malattia risulta trattabile e guaribile. Il trattamento deve essere personalizzato e rispettare il cambiamento della persona, delle sue caratteristiche, della libera scelta del luogo e del modo di cura all'interno delle prestazioni offerte dai servizi sanitari. Il percorso di trattamento deve prevedere la soluzione dei problemi sanitari, sociali, educativi e legali.

Il recupero avviene solo se c'è una grande motivazione e determinazione. Solitamente le donne riescono a farcela da sole perché stimolate affettivamente, mentre gli uomini hanno bisogno di essere spronati da qualcuno di cui si fidano e ricorrono, per raggiungere lo scopo, alle Comunità terapeutiche.

Le Comunità Terapeutiche, servizi no profit con finalità di recupero, sono un valido mezzo per aiutare il tossicodipendente ad uscire dal giro della droga

Nonostante le critiche che vengono rivolte alle Comunità Terapeutiche (CT), esse rimangono la più valida risposta al problema delle droghe. Le comunità sono gestite a seconda delle correnti di pensiero e le valutazioni del fenomeno a cui si appoggiano; ci sono comunità che reputano il soggetto guarito se non fa più uso di sostanze ma rimane in terapia, altri lo ritengono tale anche se continua ad usare il metadone anche dopo la comunità. Allo stato attuale le percentuali di recupero rimangono più basse degli anni precedenti, perché sono aumentate le utenze con turbe psichiche da danni da droga.

La CT fornisce un trattamento sistematico per il raggiungimento del recupero e della riabilitazione in rapporto ad un modo di vivere corretto ed adeguato. Si cerca di rafforzare la conoscenza del proprio Io, si lavora sull'autostima, si definiscono routine essenziali nel rispetto di se stessi e degli altri e si cerca di insegnare un lavoro alle persone in terapia.

La Comunità Terapeutica non solo è un servizio no profit ma si finanzia, oltre che grazie ai contributi dello Stato, con il lavoro delle persone che sono al suo interno

Rendere il tossicodipendente rispettoso delle regole comunitarie è un percorso lungo e difficile, a volte dura anni e necessita di grande volontà e determinazione. La comunità viene intesa come il principale fattore terapeutico e la disintossicazione dalla droga è una condizione per essere inseriti nella struttura, non l'obiettivo del trattamento. Il percorso, che varia a seconda delle comunità, si concentra sul mantenimento di uno stile di vita caratterizzato da autonomia personale e da libertà dalla dipendenza. Importante è il processo di crescita della personalità e di risocializzazione.

I valori che vengono insegnati si basano sul rispetto degli altri e sulla lealtà, riutilizzando termini dimenticati, come onestà e verità. Viene incoraggiata la capacità di vivere il presente e si rafforzano le motivazioni all'autorealizzazione, infatti tutti gli utenti delle CT devono lavorare, a seconda dell'impiego assegnato loro dagli educatori che lavorano all'interno del servizio.

L'inserimento abitativo e quello lavorativo sono le prime tappe della reintegrazione sociale

Prima di completare il percorso di recupero, il soggetto viene avviato alla vita "normale" attraverso **l'inserimento lavorativo e abitativo**. Poiché entrambi gli inserimenti fanno parte delle strategie di recupero, egli non riceve direttamente, fino a quando vive in comunità, i soldi del salario, che vengono gestiti insieme agli educatori, a seconda delle necessità del ragazzo.

Alle Comunità Terapeutiche si accede perché inviati dal SerD.

Altri servizi importanti sono il **Centro crisi**, gestito da SerD e Cooperative sociali che ha il fine di aiutare i tossicodipendenti nei momenti di grave crisi e di primo approccio al recupero. In questi

centri il tossicodipendente rimane per qualche mese. Terminato il periodo nel centro crisi, il soggetto viene orientato a iniziare il percorso di recupero presso la struttura ritenuta più idonea per lui. Il **Centro diurno** è utilizzato dal SerD per le persone che rivelano una certa autonomia e hanno alle spalle famiglie collaborative.

Il progetto "Life Street, No Drugs" ha il fine di far rilevare in modo attendibile dalla Polizia Stradale l'uso o meno di sostanza quando si è alla guida

Non è sempre possibile dare un nome ad alcuni tipi di droghe come si fa con l'eroina o i cannabinoidi, perché sono sostanze non sempre conosciute anche dagli scienziati. Si presentano come Sali da bagno o fiori, si comprano online, non sono riconosciute dai test e si possono acquistare su internet. Nel 2015 è stato realizzato il progetto nazionale, di durata triennale, "Life Street, No Drugs" al fine di trovare e mettere a disposizione delle Forze dell'Ordine innovativi metodi e strumenti di identificazione precoce, che possono essere facilmente utilizzati su strada e che permettono una conferma che possa garantire l'affidabilità dei risultati. Il progetto prevede una durata triennale, con una valutazione quantitativa e qualitativa costante dei risultati raggiunti, ed è stato fatto in collaborazione con la Polizia Stradale. Le nuove sostanze possono provocare rigidità muscolare, crampi, nausea, vomito, ansia, tachicardia e, quando si esagera con le dosi, anche collasso cardiocircolatorio. La cocaina rende spericolati, la cannabis modifica la percezione delle distanze, mentre le nuove sostanze entrano nel mercato in continuazione e altrettanto velocemente vengono sostituite.

La Relazione 2019, Pubblicata dal Dipartimento per le Politiche antidroga della Presidenza del Consiglio sui dati riferiti al 2018 riporta la spesa per l'uso di sostanze in crescita e superiore ai 15 mld. Aumenta, in media, la quantità di principio contenuto nelle anfetamine, nell'eroina e nell'hashish sequestrati. Incremento dei decessi direttamente droga-correlati che, dai 296 casi del 2017, sono passati a 334 nel 2018, particolarmente rilevante tra le donne over 40 (+92%)

I dati ISTAT non differenziano le cause di incidenti stradali, perché le rilevazioni dei dati non vengono ritenute particolarmente attendibili

I dati ISTAT 2019 riportano che nel 2018 sono stati 172.553 gli incidenti stradali con lesioni a persone in Italia, in calo rispetto al 2017 (-1,4%), con 3.334 vittime (morti entro 30 giorni dall'evento) e 242.919 feriti (-1,6%).

Tra le vittime risultano in aumento i pedoni (612, +2%), i ciclomotoristi (108, +17,4%) e gli occupanti di autocarri (189, +16%). Sono in diminuzione, invece, i motociclisti (687, -6,5%), i ciclisti (219, -13,8%) e gli automobilisti (1.423, -2,8%).

Gli incidenti derivano soprattutto da comportamenti errati. Tra i più frequenti si confermano la distrazione alla guida, il mancato rispetto della precedenza, l'uso del telefono cellulare alla guida, ecc.; in diminuzione le contravvenzioni per eccesso di velocità.

L'Arma dei Carabinieri e la Polizia Stradale hanno elaborato i dati di incidenti avvenuti nel 2017 a causa dell'uso di sostanze

La collaborazione con il Comando Generale dell'Arma dei Carabinieri e del Servizio di Polizia Stradale ha reso possibile conoscere i dati sulle violazioni al codice della strada per la guida sotto l'effetto di alcol e sulle contravvenzioni fatte per guida in stato di ebbrezza e sotto l'effetto di stupefacenti in occasione di incidente stradale. Da tali dati emerge che in totale sono 4.575 gli incidenti stradali per i quali almeno un conducente era in stato di ebbrezza e 1.690 per uso di droghe.



Il SerD e la dipendenza da alcol

Il termine "tossicodipendenza" sta ad indicare l'uso di sostanze tossiche per l'organismo e che danno assuefazione. Si occupa di tale dipendenza il SerD

Ad occuparsi di tossicodipendenze è il SerD, istituito con la legge 162 del 1990 come SerT che, per l'incremento di diverse tipologie di dipendenza, ha modificato il suo nome in SerD.

Il SerD è un servizio socio-sanitario delle ASL, che si occupa di dipendenze come:

- eroina
- cocaina
- anfetamine
- allucinogeni
- hashish
- marijuana
- nuove droghe
- alcol
- psicofarmaci
- tabacco
- gioco d'azzardo

Il SerD garantisce l'anonimato e sostegno alle famiglie delle persone con dipendenze patologiche

Il SerD prende in carico le persone che si rivolgono al servizio garantendo l'anonimato e accerta il loro stato di salute sia psicologica che sociale, le orienta nella scelta di interventi e di recupero.

I compiti principali del SerD sono:

- definire i programmi personalizzati e realizzare programmi terapeutici in collaborazione con le Comunità Terapeutiche;
- valutare periodicamente i programmi effettuati da tossicodipendenti e alcol-dipendenti;
- effettuare interventi di prevenzione dell'HIV, delle epatiti e da altre patologie correlate alla tossicodipendenza;
- svolgere attività di ricerca nel territorio delle aree di intervento della prevenzione, cura e riabilitazione;
- attuare interventi di prevenzione nel territorio;
- svolgere interventi domiciliari.

L'OMS definisce alcoliste quelle persone che fanno uso continuo ed eccessivo di bevande alcoliche danneggiando la propria salute fisica e psichica e presentano difficoltà nei rapporti relazionali

La definizione di alcolismo messa a punto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità è la seguente: "Si definisce alcolista quella persona che fa uso continuo ed eccessivo di bevande alcoliche e nella quale la dipendenza dall'alcol è tale da portare ad alterazioni psichiche o danni della salute psichica e fisica, fino a creare ulteriore difficoltà nei rapporti con gli altri e problemi sociali ed economici non indifferenti. Vengono inclusi in questa categoria anche coloro che già accusano i primi sintomi di tali alterazioni."

L'OMS classifica l'alcol fra le droghe e afferma che in Europa si ha il più elevato consumo alcolico del mondo

Secondo l'OMS l'alcol è una droga giuridicamente legale, ma è una sostanza molto tossica per la cellula epatica, più di molte droghe illegali; crea inoltre una dipendenza superiore rispetto alle droghe più conosciute. Come le droghe, l'alcol modifica il funzionamento del cervello, l'uso prolungato nel tempo porta all'assuefazione e per ottenere lo stesso effetto bisogna aumentare la dose.

In Europa il consumo alcolico è il più elevato del mondo: quello per abitante è il doppio rispetto alla media mondiale.

Secondo l'OMS l'alcolista soffre di un disturbo comportamentale cronico, che si manifesta nell'ingestione ripetuta di bevande alcoliche in misura eccedente al normale consumo della comunità, tale da compromettere sia la salute del bevitore che la sua vita sociale ed economica.

L'alcolismo è una sindrome patologica costituita dalla dipendenza da alcol: ha origine da varie cause, fra cui il disagio esistenziale

Un proverbio giapponese dice "Prima l'uomo beve un bicchiere, poi il bicchiere beve un bicchiere, infine il bicchiere beve l'uomo". Nell'uso continuo delle sostanze ad un certo punto non è più l'uomo che regola il "gioco", ma a farlo è la sostanza.

Le cause che scatenano la voglia di bere sono varie.

Si beve per:

- imitazione di chi ci sta vicino;
- sentirsi grandi;
- essere accettati nel gruppo;
- contesto culturale e ambientale: nei paesi freddi l'alcolismo è molto diffuso;
- disagio esistenziale;
- fragilità psicologica.

A rifugiarsi nell'alcol sono persone che vogliono apparire diverse da quello che sono, si lasciano influenzare dalla pubblicità, si fanno affascinare dalla voglia del rischio o hanno difficoltà ad affrontare la propria vita e i propri problemi.

Il modo e la quantità del bere influiscono in modo diverso nel tempo e la dipendenza compare in modo subdolo

Spesso si inizia a bere il fine settimana con gli amici, poi si passa a bere anche durante la settimana, magari a casa e da soli, e a poco a poco la bottiglia diviene un'amica insostituibile, che fa rinunciare alla vita sociale e al lavoro. I sintomi che danno il primo segnale di dipendenza sono a carico del sistema nervoso: tremore alle mani, malinconia e difficoltà a concentrarsi. Ad un certo punto della dipendenza fisica e psicologica da alcol insorgono l'insonnia, stati di ansia, attacchi di panico, difficoltà respiratorie. Gli effetti inebrianti tipici del consumo di sostanze alcoliche a lungo andare provocano conseguenze negative sulla vita sociale dell'alcolista, che spesso si trova isolato dagli affetti e può assumere atteggiamenti che lo portano a compiere reati.



GLOSSARIO

Subdolo= ambiguo, che non si manifesta in modo chiaro.

L'abbuffata alcolica

Il termine abbuffata alcolica indica l'assunzione di diverse bevande alcoliche in pochissimo tempo e può creare dipendenza

Il binge drinking, meglio conosciuta come abbuffata alcolica, è l'assunzione di diverse bevande alcoliche, almeno cinque, in un breve intervallo di tempo, dove non importa cosa si beve ma piuttosto ottenere, in breve tempo, con una quantità di alcol superiore alle capacità fisiologiche, uno stato di ubriachezza al fine di non pensare e perdere velocemente il controllo.

Questo modo di bere ha origine nel Nord Europa e si è diffuso in Italia in maniera stabile dal 2013. Il rapporto del Ministero della Salute indica che circa un terzo degli adolescenti abusa in maniera critica di alcolici con abbuffate il sabato sera e che il 6,9% ha solo 11 anni, il fenomeno rimane molto diffuso fino ai 24 anni. Questi dati trovano riscontro nella fascia d'età 21-24 che è la più coinvolta per gli incidenti stradali del sabato sera, considerati fra i più importanti indicatori di danno indirettamente causato dall'alcol.

Più ci si abbuffa di drink in modo veloce più i disturbi da abuso e dipendenza sono frequenti. I rischi dell'abbuffata alcolica si hanno fin dall'inizio, poiché l'elevata ingestione di alcol altera la pressione sanguigna creando ipertensione. I livelli di colesterolo possono favorire l'ipercolesterolemia e gli zuccheri nel sangue l'iperglicemia, un insieme di condizioni che possono causare problemi cardiaci e cerebrovascolari, neurologici, muscolari, epatici, mentali e di dipendenza.

Esagerare con l'alcol è un fenomeno in crescita che vede particolarmente coinvolte le regioni del Nord Italia

È in aumento l'abitudine di consumare alcolici lontano dai pasti: l'aperitivo è ormai un rito irrinunciabile e coinvolge più i laureati dei meno istruiti.

Recenti studi americani indicano che, quando l'alcol viene bevuto in maniera così veloce e concentrata, gli effetti sono più deleteri per l'organismo rispetto a quando la stessa quantità di alcol viene assunta in un periodo di tempo più lungo. Altri studi hanno riportato che l'alternanza fra le abbuffate nei giorni di festa e la sobrietà settimanale aumenta maggiormente gli effetti nocivi.

Secondo l'ISTAT a esagerare con l'alcol sono oltre 8 milioni di Italiani, di cui quasi 6 milioni sono uomini che hanno bevuto prevalentemente vino. Le Regioni più coinvolte sono quelle del nord: Trentino-Alto Adige, Friuli-Venezia Giulia, Valle d'Aosta e Veneto. Una delle conseguenze di questo fenomeno sono gli incidenti stradali, che sono in Italia la prima causa di morte tra i ragazzi fino ai 24 anni.

A livello territoriale, si preferisce ubriacarsi a casa propria al centro-nord. Nell'Italia insulare, rispetto alle altre zone del paese, si preferisce ubriacarsi a casa di parenti o amici o nei pub e bar. Nell'Italia meridionale si preferiscono ristoranti e pizzerie.

Bere quando si guida può avere conseguenze dirette sulla vita delle altre persone. Superare l'astinenza causata dall'alcol non è facile e può addirittura risultare fatale. La diminuzione dell'assunzione dell'alcol deve essere graduale e progressiva.

L'alcol dà origine a varie fasi nella persona che lo assume, che vanno dall'euforia alla depressione

L'assunzione di dosi elevate di bevande alcoliche (vino, birra, liquori, ecc.) dà, come primo effetto, l'ubriachezza che rende l'uomo incosciente, ridicolo e talvolta pericoloso per se stesso e per gli altri. Una volta ingerito, l'alcol rimane nel sangue, che lo porta in circolo fino a raggiungere il cervello, i reni, i capillari e tutte le parti del corpo. Oltre ad alterare l'umore

e il comportamento, questa sostanza esercita vari effetti sull'organismo; i danni peggiori sono quelli a carico del sistema nervoso centrale, su cui la sostanza ha effetto depressivo. Assunto in quantità moderata, l'alcol procura un senso di rilassatezza e di fiducia che può aiutare la persona timida a socializzare più facilmente. Una prolungata e abbondante assunzione di bevande alcoliche produce perdita della memoria, irritabilità, allucinazioni, tremore e tendenza al suicidio.

L'alcolizzato diventa insopportabile per la società e in particolare per i familiari, poiché il carattere irascibile e irrazionale lo porta a polemizzare con tutti, a litigare fino a diventare aggressivo nei confronti delle persone che gli stanno vicino e perfino manesco con i familiari.

Tra i giovani si riscontrano diversi stili del bere

I giovani attribuiscono al consumo di alcol diversi significati a seconda dello stile del bere:

- *dissetante alimentare* = legato alle abitudini alimentari e al gusto personale;
- *consumistico-conformista* = legato all'ambiente che si frequenta e alla disponibilità economica;
- *conviviale* = facilita le relazioni;
- *rituale* = si usa nelle feste;
- *omologante* = si beve per farsi accettare e per sentirsi adeguati;
- *affermativo maschile* = i ragazzi bevono per sentirsi più grandi e forti;
- *affermativo femminile* = le ragazze bevono per sentirsi più emancipate e disinvoltate;
- *trasgressivo* = si beve per darsi un tono e dimostrare di essere grandi;
- *sperimentale* = nell'adolescenza il gusto e gli effetti possono essere oggetto di esplorazione;
- *protagonistico* = può essere usato per attirare l'attenzione di persone dell'altro sesso, per essere più disinvolti;
- *dimenticare* = bere serve a dimenticare fatti che ci hanno fatto soffrire, difficoltà personali.

L'OMS indica quattro parametri per valutare le dimensioni dell'alcolismo in uno Stato

L'OMS definisce quattro parametri per valutare l'alcolismo:

- la produzione di bevande alcoliche;
- il consumo pro capite;
- la mortalità per cirrosi epatica;
- la percentuale dei ricoveri ospedalieri per problemi e patologie correlate all'alcol.

L'uso smoderato di alcol porta danni all'apparato digerente, cardiovascolare, riproduttore e al sistema nervoso centrale e periferico.

Per smettere di bere è essenziale il sostegno continuo della famiglia e degli amici; occorre inoltre trovare le cause che hanno scatenato tale dipendenza e che possono essere sociali, familiari o economiche. L'intossicazione acuta da alcol provoca uno stato clinico complesso di intossicazione, coma, paralisi respiratoria, perfino la morte.



I vari gruppi di aiuto

Molto spesso l'alcol crea problemi a se stessi e agli altri

Le cronache riportano molto spesso di incidenti stradali causati da abuso di alcol o droghe. L'euforia dovuta allo stato alcolemico fa credere al soggetto di potersi permettere qualsiasi cosa, poiché non si rende conto che l'alcol rallenta i riflessi e distorce la realtà.

La lotta contro l'alcol va condotta con energia per evitare l'isolamento sociale; essa denota la fragilità psicologica dell'individuo che lo assume oltre misura

Il clima freddo può giocare un ruolo determinante nell'uso dell'alcol: in montagna diventa quasi naturale ricorrere a un bicchierino di grappa, "un ombre", per scaldarsi; la povertà e l'ignoranza, insieme alla mancanza di interessi culturali, sportivi e sociali, fanno il resto.

Un ruolo importante nel bere è rivestito da fattori personali, come l'insicurezza, le frustrazioni; anche i lavori ripetitivi e poco gratificanti inducono le persone deboli a bere.

Il vizio di bere, negli ultimi anni, si è esteso anche alle donne, ma è più difficile da individuare perché le donne preferiscono bere in solitudine, mentre gli uomini lo fanno preferibilmente in compagnia e nei locali.

Non esiste un unico tipo di terapia adatta a tutti gli alcolisti

In Italia presso i SerD sono attivi gruppi di auto-aiuto che si stanno diffondendo in molti ambiti, fra i quali:

- fumo;
- disturbi alimentari;
- donne maltrattate;
- separati e divorziati;
- tossicodipendenza;
- persone con depressione, ansia, attacchi di panico;
- familiari di persone con disagio psichico;
- altri disagi.

Un settore in cui i gruppi di aiuto si stanno particolarmente sviluppando è quello legato al disagio psichico

I gruppi di aiuto, che presentano al loro interno la figura del facilitatore, si stanno diffondendo a causa della:

- diffusione del disagio;
- durata nel tempo del disagio;
- prevenzione del disagio fatta da molti servizi.



I termini auto-aiuto, mutuo-aiuto e auto-mutuo-aiuto (AMA) sono spesso usati erroneamente come sinonimi

Spesso si tende a considerare i termini auto-aiuto, mutuo-aiuto e auto-mutuo-aiuto simili, sebbene non lo siano. Il gruppo di auto-aiuto (*self-help*) si basa sul riconoscimento del problema e sull'attivarsi in cerca di aiuto. Il gruppo di mutuo-aiuto (*mutual-help*) condivide l'esperienza al fine di ricavare reciproco vantaggio per i partecipanti, si passa cioè dall'aiutare se stessi all'aiutare gli altri, arrivando al darsi aiuto reciproco.

I gruppi di auto-mutuo-aiuto sono costituiti da un gruppo limitato di persone o famiglie e si accede per libera scelta. I parteci-

panti al gruppo condividono un problema, si incontrano per darsi sostegno reciproco, cercando in questo modo di migliorare la qualità della loro vita.

Il gruppo per il recupero degli alcolisti che ha avuto più successo è quello degli Alcolisti Anonimi (AA)

La forma di recupero che ha avuto più successo è quella degli Alcolisti Anonimi, un'associazione mondiale di persone che riconoscono di essere state alcoliste e si aiutano reciprocamente a rimanere sobrie. L'associazione fu fondata negli Stati Uniti nel 1935 da un agente di borsa di *Wall Street*, di origine serba, e da un chirurgo del luogo, entrambi alcolisti, e oggi comprende circa 10 milioni di persone sparse in tutto il mondo. Le riunioni sono di due tipi: aperte e chiuse. A quelle aperte può partecipare chiunque lo desideri, compresi i familiari, e chi interviene descrive la propria vita di alcolista o di parente dell'alcolista. Alle riunioni chiuse partecipano solo gli alcolisti membri dell'associazione, che raccontano l'aiuto avuto dall'associazione per rimanere sobri.

Nel 1964 è stato aperto il Club degli Alcolisti in Trattamento (CAT), che considera l'alcolismo un errato stile di vita

Negli ultimi anni si è sempre più diffusa una nuova organizzazione per il recupero e la cura degli alcolisti: il CAT (Club degli Alcolisti in Trattamento), aperto nel 1964. L'idea di sconfiggere l'alcolismo attraverso il principio dell'aiuto reciproco venne al neuropsichiatra *Vladimir Hudolin* (1922-96), dell'università di Zagabria. Il medico riteneva che l'alcolismo non fosse un vizio né una malattia, bensì uno stile di vita che può essere modificato con la volontà della persona direttamente interessata dal problema, attraverso l'influenza della famiglia e del gruppo nel quale è inserita.

Il CAT e gli AA usano differenti forme di recupero, ma hanno lo stesso fine e tutelano l'anonimato dei singoli membri

Le metodologie terapeutiche degli AA e del CAT sono differenti sia nella forma che nella sostanza. Il CAT non si occupa esclusivamente di recupero di alcolisti, ma assiste anche i soggetti con problemi correlati all'abuso di bevande alcoliche, come chi soffre di disturbi psichici.

L'associazione Al-Anon ha come finalità quella di aiutare le famiglie degli alcolisti

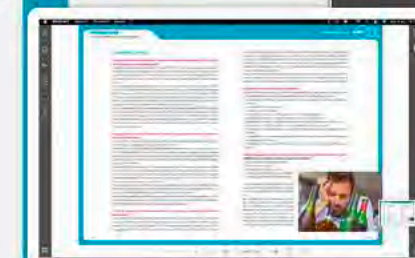
Al-Anon è una associazione di auto-mutuo aiuto, il cui fine è quello di aiutare le famiglie di alcolisti a riprendersi dalle conseguenze degli effetti negativi causati dall'alcolismo di un familiare o di un amico. Chiunque ritenga che la propria vita è stata condizionata dal rapporto con un alcolista può diventare membro dell'associazione. Al-Anon lavora in modo indipendente e i componenti del gruppo, a turno, svolgono il ruolo di conduttori.

Altra forma di aiuto per gli alcolisti è la Comunità terapeutica (CT)

I programmi farmacologici per uscire dall'alcol sono molto lunghi e rigidi e richiedono grande responsabilità da parte del soggetto che li deve seguire. Solitamente la famiglia sostiene l'alcolista in questo percorso, per cui il recupero può avvenire continuando a far permanere il soggetto all'interno della casa. Se la famiglia non c'è o non è in grado di aiutare l'alcolista, allora si rende necessario l'inserimento del soggetto in una Comunità terapeutica per attuare un orientamento e un rafforzamento delle motivazioni, attraverso una serie di interventi ed un monitoraggio dal punto di vista sanitario, psicologico, educativo e riabilitativo.



Gruppo al-anon



Le nuove dipendenze

Negli anni le tossicodipendenze sono state affiancate da dipendenze legate alla tecnologia e alla fragilità sociale

La dipendenza porta a un'alterazione del comportamento che, da semplice abitudine, può diventare una ricerca esasperata, a volte patologica, in cui la persona perde la razionalità necessaria per controllare l'abitudine. Varie sono le dipendenze delle quali non sempre ci rendiamo conto, come quelle da videogame, Social Network, gioco d'azzardo, shopping, slot machine, ecc.

Le dipendenze patologiche degli adolescenti riguardano prevalentemente:

- Smartphone
- Social network
- Shopping compulsivo
- Computer
- Televisione
- Email

La dipendenza da Internet, in inglese Internet Addiction Disorder, (IAD), è un disturbo collegato all'uso continuo di internet attraverso: navigazione sui social media, visione di film, gioco online, ecc.

I sintomi della dipendenza da tecnologie sono:

- Trascorrere sul web un tempo sempre maggiore;
- Perdere interesse per le attività della vita quotidiana e per le relazioni;
- Assumere atteggiamenti ansiosi, depressivi e ossessivi, se non riesce a collegarsi ad Internet;
- Continuare ad usare il web nonostante la consapevolezza di aver sviluppato dei problemi ad esso collegati.

I dati del report sull'utilizzo di internet nel 2019 riportano che nel mondo ci sono:

- 5,11 miliardi di utenti unici di telefonia mobile;
- 4,39 miliardi di utenti internet, con un aumento di 366 milioni rispetto al 2018, per un totale di 6 ore e trenta a testa al giorno;
- 3,48 miliardi di utenti dei social media;
- 3,26 miliardi di persone che utilizzano i social media dai dispositivi mobili.

I tre siti web più visitati nel mondo sono:

1. Google.com
2. Youtube.com
3. Facebook. Com

Al decimo posto si trova Instagram.com e all'undicesimo Amazon.com



Il Gioco d'Azzardo (GA), o Ludopatia, coinvolge la famiglia provocando difficoltà alla stessa

Il gioco d'azzardo, a cui è stata tolta la qualifica di patologico, è stato spostato dalla sezione sul mancato controllo degli impulsi a quella delle dipendenze. Il GA rappresenta l'unica dipendenza non da sostanza inclusa nel **DSM V**. È caratterizzato dalla persistente incapacità di controllare e di resistere all'impulso di mettere in atto comportamenti legati al gioco d'azzardo, che mettono in difficoltà l'area familiare, sociale, affettiva e lavorativa. Il giocatore è totalmente assorbito dal gioco e spende a causa di esso molto tempo e ingenti somme di danaro; a volte scommette sul proprio appartamento e sui beni di famiglia, facendo precipitare quest'ultima in situazioni di gravi difficoltà. L'assuefazione al gioco è data dalla necessità di aumentare la quantità di gioco d'azzardo per poter mantenere elevato il livello di euforia psico-fisica. Il gioco d'azzardo può aumentare la possibilità di sviluppare disturbi del comportamento, come il controllo dell'umore, dell'attenzione e dell'ansia.

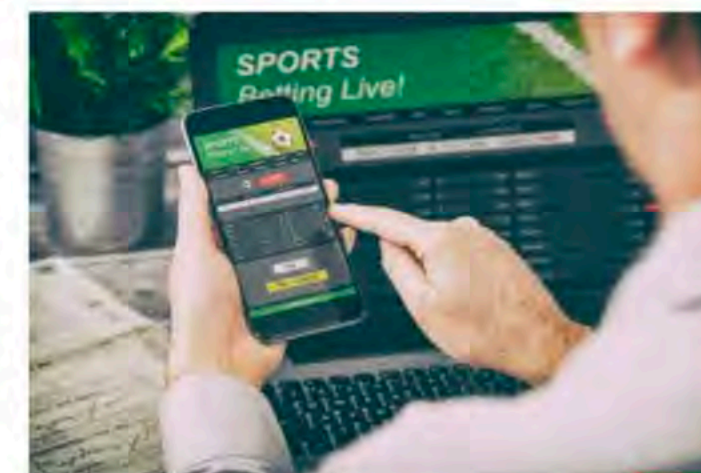


La dipendenza da videogame sostituisce ogni forma di relazione sociale e favorisce l'isolamento

Il *videogame*, se usato in modo corretto, stimola la comprensione dei compiti da svolgere, abitua a gestire gli obiettivi, favorisce la gestione delle emozioni e l'abilità di prendere rapidamente delle decisioni. L'uso protratto nel tempo dei videogiochi, cioè la prolungata e ininterrotta esposizione ad un videogame, porta all'abuso e a comportamenti non corretti, come la sedentarietà (con rischio di sovrappeso); la sostituzione del videogioco ad ogni forma di vita sociale favorisce l'isolamento e l'introversione del giocatore.

I giochi tradizionali stimolano l'identificazione con persone reali che interpretano ruoli diversi, nei videogiochi si corre il rischio di identificarsi con personaggi virtuali, spesso dotati di poteri magici, molte volte violenti, che nei casi più gravi possono portare a ricopiare le azioni pericolose.

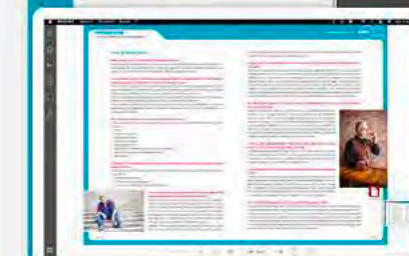
Esistono centri specializzati per la cura della ludopatia. Le ASL forniscono informazioni sui servizi per il trattamento del gioco patologico presenti nella propria zona di residenza o più facilmente raggiungibili. Si fanno carico di quest'attività i SerD o i servizi psichiatrici.



Il giocatore problematico

GLOSSARIO

DSM V = Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Il numero V sta ad identificare l'edizione; l'ultima ha introdotto nuove categorie di disturbi, come autismo, sindrome di Asperger, disturbi dell'umore, alimentari, ecc.



SCHEMA RIASSUNTIVO

SERVIZI/INTERVENTI RIVOLTI ALLA SALUTE MENTALE				
TIPO DI SERVIZIO E/O INTERVENTO	ENTE GESTORE EROGATORE	DESTINATARI SPECIFICI	FINALITÀ	PERSONALE
AMBULATORI	DSM	Persone che presentano grave disagio psicologico	<ul style="list-style-type: none"> Prevenire e curare il disagio e le turbe psichiche 	<ul style="list-style-type: none"> Psicologi Psichiatri Assistenti sociali Educatori
CENTRO DIURNO	DSM ASL	Persone che presentano disturbi mentali	<ul style="list-style-type: none"> finalità terapeutico-riabilitative Superare l'isolamento 	<ul style="list-style-type: none"> Psicologi Educatori Assistenti sociali
GRUPPI APPARTAMENTO E/O CASE FAMIGLIA	ASL CSM Comune	Persone che presentano gravi turbe psichiche Depressi Schizofrenici	<ul style="list-style-type: none"> Acquisizione dell'autonomia personale cercando di superare o riuscire a controllare la diversità 	<ul style="list-style-type: none"> Con prestazione esterna e di controllo: Assistenti sociali Personale addetto ai servizi Educatori Psicologi
SPDC (Servizio psichiatrico di diagnosi e cura)	DSM ASL	Persone che presentano turbe psichiche in fase acuta e vi accedono tramite trattamento di TSO e TSV	<ul style="list-style-type: none"> Superare la fase acuta 	<ul style="list-style-type: none"> Medici Infermieri Psichiatri Psicologi
DSM e CSM	ASL	Persone con turbe psichiche e loro familiari	<ul style="list-style-type: none"> Aiutare i malati nella cura della malattia, ridare loro fiducia nelle proprie capacità e sostenere le famiglie con gruppi di auto-aiuto 	<ul style="list-style-type: none"> Psichiatri Psicologi Infermieri Assistente sociale
COMUNITÀ SOCIO-RIABILITATIVE/ ASSISTENZIALI	DSM Cooperative sociali specializzate nel settore	Ex lungodegenti	<ul style="list-style-type: none"> Dare una casa a chi non ce l'ha Reinserire i soggetti con grave disagio 	<ul style="list-style-type: none"> Coordinatore di struttura Educatori OSS
DAY HOSPITAL PSICHIATRICO	ASL DSM	Malati in fase acuta ma non particolarmente gravi	<ul style="list-style-type: none"> Permettere accertamenti diagnostici Fornire trattamenti farmacologici Ridurre il periodo di ricovero o eliminarlo completamente 	<ul style="list-style-type: none"> Psicologi Psichiatri Infermieri

SCHEMA RIASSUNTIVO

SERVIZI/INTERVENTI RIVOLTI ALLA TOSSICODIPENDENZA				
TIPO DI SERVIZIO E/O INTERVENTO	ENTE GESTORE EROGATORE	DESTINATARI SPECIFICI	FINALITÀ	PERSONALE
SERD	AUSL	Coloro che fanno uso di sostanze o che hanno comportamenti che possono creare dipendenza	<ul style="list-style-type: none"> Aiutare le persone che presentano dipendenza ad uscire dalla situazione 	<ul style="list-style-type: none"> Psicologi Operatori sociali Medico Assistente sociale
CENTRO CRISI	SerD ASL Cooperative sociali	Tossicodipendenti che necessitano di cure disintossicanti	<ul style="list-style-type: none"> Far uscire il soggetto dalla dipendenza fisica Aiutare il tossicodipendente nei momenti di crisi di astinenza 	<ul style="list-style-type: none"> Psichiatra Psicologo Infermiere educatore
COMUNITÀ TERAPEUTICA	SerD ASL Enti privati Cooperative sociali	Tossicodipendenti che hanno iniziato una terapia di disintossicazione	<ul style="list-style-type: none"> Reinserimento nella società Svolgere attività lavorative finalizzate al potenziamento dell'auto-stima e all'integrazione sociale 	<ul style="list-style-type: none"> Infermiere Assistenti sociali (esterne) Psicologo Educatori Responsabile del servizio
CASA DI INSERIMENTO LAVORATIVO	ASL Comune Cooperative sociali tipo B	È un servizio che continua il percorso di recupero. Misura alternativa al carcere.	<ul style="list-style-type: none"> Reinserimento nel mondo del lavoro in modo protetto 	<ul style="list-style-type: none"> Assistenti sociali Educatori Operatori di prossimità
INSERIMENTO ABITATIVO	ASL Comune	Ex drogati usciti dalla comunità e privi di famiglia idonea	<ul style="list-style-type: none"> Fornire un'abitazione facilitando il recupero sociale 	<ul style="list-style-type: none"> Assistente sociale
AMBULATORI con: GRUPPI DI AIUTO GRUPPI DI AUTO-AIUTO ALCOLISTI ANONIMI	SerD ASL	Drogati e alcolisti che richiedono sostegno e aiuto	<ul style="list-style-type: none"> Recupero e superamento delle devianze 	<ul style="list-style-type: none"> Psicologi Facilitatori Operatori Educatori
CENTRO DIURNO	SerD	Persone che stanno uscendo dalla dipendenza e che hanno una famiglia collaborativa	<ul style="list-style-type: none"> Inserimento nella società attraverso attività lavorative Socializzazione e potenziamento dell'auto-stima 	<ul style="list-style-type: none"> Educatori Operatori SerD Responsabile del servizio