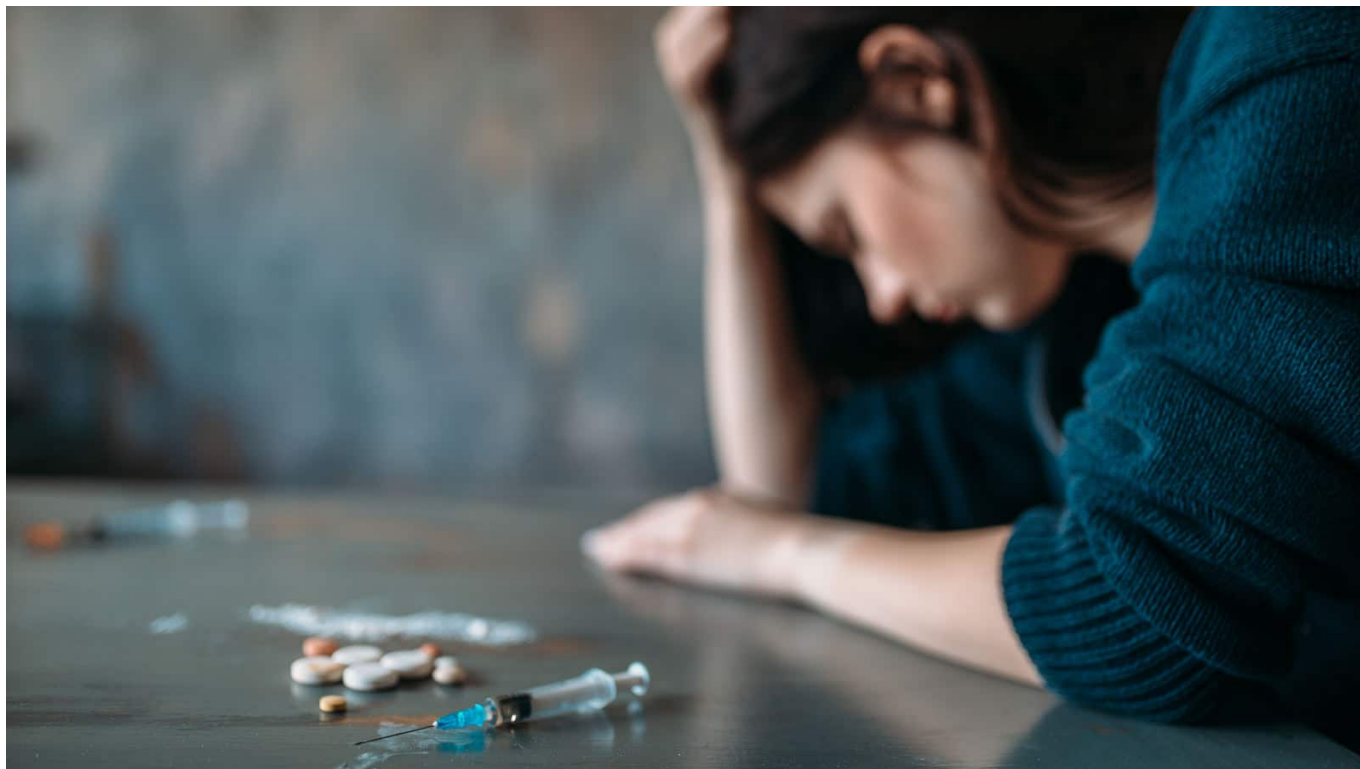


DIPENDENZE: GATTI, “NON C’È VERA RETE DI CURA”. “PER PAZIENTI RESTANO SOLO SERD E COMUNITÀ”

19 Ottobre 2026



L'AQUILA – “Il peccato originale del sistema italiano di cura delle dipendenze è stato mettere insieme due cose che dovrebbero stare su piani diversi: curare e controllare. Da una parte dici alla persona: vieni da me, affidati, io provo ad aiutarti con gli strumenti della medicina e della scienza; dall'altra continui a trattarla come qualcuno da verificare, sorvegliare, controllare. Questo doppio mandato è diventato un imprinting e il sistema se lo porta dietro ancora oggi. Il risultato è che, soprattutto nei casi più complessi ma non soltanto in quelli, quella che chiamiamo rete finisce troppo spesso per restringersi a due sole risposte: il SerD e la comunità terapeutica. E tutto il resto resta fuori”.

A parlare in esclusiva ad *AbruzzoWeb.it* è Riccardo Carlo Gatti, medico, psichiatra e psicoterapeuta, è da oltre quarant'anni una delle voci più autorevoli a livello nazionale nel campo delle dipendenze e dell'organizzazione dei sistemi di cura, professionista di comprovata competenza che ha diretto servizi pubblici nell'area milanese e che oggi, dopo il pensionamento dal Servizio sanitario, coordina il Tavolo tecnico regionale della Lombardia, continuando a occuparsi di studio, formazione e supervisione.

Quella che Gatti ha imbastito come analisi frutto di decenni di esperienza non è una requisitoria contro i SerD o contro le comunità terapeutiche: egli sostiene che proprio i servizi delle dipendenze siano stati tra quelli costretti a cambiare di più negli ultimi decenni; eppure, a suo giudizio, non è stato costruito sistema nel suo complesso.

In Abruzzo, del resto, come purtroppo accade anche in molti territori del Paese, quando un caso diventa particolarmente complesso e alla dipendenza si sommano o possono sommarsi problemi psichiatrici, organici e sociali, le possibilità concrete rischiano di restringersi, visto che troppo spesso restano soltanto il SerD e la comunità come strutture a cui rivolgersi.

Mentre ospedale, psichiatria, medicina territoriale e altri servizi entrano nel percorso soltanto per singoli pezzi. E per Gatti è esattamente qui che la parola “rete” mostra tutti i suoi limiti.

Dottor Gatti, lei per spiegare il presente parte dalla nascita stessa dei servizi. Perché?

Perché bisogna capire da dove arriva il sistema che abbiamo oggi. La questione delle droghe e delle dipendenze, se la inseriamo nella storia del Paese, è relativamente recente. Fino agli inizi del secolo scorso l'uso di sostanze, che pure esisteva, veniva considerato sostanzialmente un fatto individuale. Poi si sono posti progressivamente problemi soprattutto di regolamentazione, sicurezza, divieti e controllo. Prima degli anni Ottanta, tra l'altro, esistevano molte dipendenze da sostanze lecite che si compravano tranquillamente in farmacia, come la simpamina o certe anfetamine, che la gente spesso non considerava neanche particolarmente preoccupanti. Poi sono arrivate le prime leggi, i centri medici e di assistenza sociale, i presidi metadonici e, con il Servizio sanitario nazionale, i SerT, diventati successivamente SerD. Le comunità terapeutiche nascono invece con una storia diversa. Io ricordo a Milano don Mazzi, don Rigoldi: vedevano persone per strada, cercavano di accoglierle e di fare qualcosa.

Non bastava, evidentemente.

C'era molto di caritatevole e poco di scientificamente strutturato. Poi c'era chi costruiva il percorso sulla fede, chi sulla creatività, chi sul lavoro. San Patrignano è l'esempio più noto. Rispetto a quello che c'era prima, il cambiamento era enorme, perché in certi casi l'alternativa si riduceva al manicomio oppure a poco o nulla. Il problema è che il sistema pubblico è cresciuto con un doppio mandato: da una parte il rapporto dovrebbe essere quello tra terapeuta e paziente, libero, fondato sulla fiducia; dall'altra è rimasta una funzione di controllo. Pensi anche soltanto a come sono organizzati i controlli degli stupefacenti nelle urine, in alcuni servizi, ed a come sono vissuti da chi cerca cure: se lei va dal suo medico per un altro problema, non è che il rapporto parte dal verificare se ciò che lei racconta corrisponde al vero. I controlli servono anche per capire cosa una persona assume davvero, perché non è detto che il paziente lo sappia, visto cosa è distribuito nel mercato dello spaccio, ma se non c'è una grandissima attenzione, nel proporre il tutto, si rischia di alzare una barriera. Talvolta questa attenzione manca. L'esame diventa un controllo, più che una alleanza terapeutica. È soltanto un esempio, ma serve a capire quanto quel lascito culturale sia condizionante. Anche perché nel SERD convivono utenti che cercano di curarsi con altri che cercano di limitare sanzioni o conseguenze penali o, comunque, legali, di comportamenti legati all'uso di droghe. Nel frattempo il sistema, nato essenzialmente intorno all'eroina, si è trovato davanti cocaina, crack, alcol, gioco d'azzardo, dipendenze senza sostanza e oggi un mercato che cambia ancora. E qui c'è un'altra questione: abbiamo costruito servizi specializzati, ma non necessariamente specialistici.

Si spieghi meglio.

Se va in un reparto di cardiologia, trova cardiologi formati per essere cardiologi; nei servizi per le dipendenze trova spesso persone che hanno imparato moltissimo sul campo, il che non significa che non siano preparate, tutt'altro, anzi, in questi decenni è stata accumulata un'esperienza enorme, ma questa esperienza è stata capitalizzata solo in parte dall'università e dalla ricerca. Non esistono scuole di specialità dedicate. Non basta neppure dire che la risposta è la psichiatria, perché uno psichiatra non è automaticamente formato a curare le dipendenze. Chi lavora in questo settore deve sapere di psichiatria, ma anche di medicina interna, malattie infettive, conseguenze organiche delle sostanze. In un grande servizio puoi mettere insieme professionalità differenti; in uno piccolo servizio hai quello che hai e arrivi dove puoi arrivare. Contemporaneamente, e questo è il punto più importante, gli altri pezzi della sanità si sono progressivamente tirati fuori dalla questione. All'inizio, la cura avrebbe dovuto coinvolgere il sistema ospedaliero, quello ambulatoriale, il territorio. Poco alla volta i servizi per le dipendenze sono rimasti molto più soli e quello che oggi viene definito sistema integrato, quasi sempre, significa in pratica SerD e comunità. Tutto il resto entra se succede qualcosa di particolare, ma non fa stabilmente parte della rete.

Ed è per questo che lei dice che non esiste una vera regia?

Sì. Noi usiamo la parola "sistema", ma un sistema dovrebbe essere come un'orchestra, dunque avere una direzione. In realtà abbiamo degli standard, abbiamo soggetti che collaborano e si interfacciano perché uno ha bisogno dell'altro, ma più che una rete abbiamo spesso un insieme di solisti. Non c'è una vera direzione dei percorsi. E questo pesa ancora di più oggi, perché il nucleo di queste attività nasce in un secolo molto più lento: adesso, in tempi relativamente brevi, possono arrivare sostanze nuove, casi differenti, scenari che cambiano rapidamente. Se non hai un sistema capace di comunicare e di decidere in fretta, fai fatica a stare dietro a ciò che accade.

Inoltre, esiste un limite molto concreto: i cittadini sono fortemente vincolati ai servizi ambulatoriali del territorio di residenza, cosa che non avviene necessariamente per altre patologie. Faccio un esempio volutamente banale: se un servizio ha costruito una determinata offerta, mettiamo una convenzione per l'ippoterapia, e una persona che ne avrebbe bisogno appartiene territorialmente a un altro servizio che non la offre, rischia di non poterne beneficiare. L'esempio è semplice, ma il meccanismo è quello. Dal punto di vista dei servizi, se sei chiuso dentro il tuo pezzo di territorio, devi occuparti di prevenzione, terapia e riabilitazione con le professionalità che hai e magari con i rapporti che hai costruito con due o tre comunità. Ed è evidente che sei più limitato, ma è anche limitato l'utente che, per mille ragioni, potrebbe voler scegliere il

luogo di cura. La rete, allora, dovrebbe essere il meno possibile geografica e il più possibile una rete di servizi nella quale la persona sceglie il percorso ed il luogo di cura che va bene per lei. Altrimenti il percorso viene costruito sulla base di quello che hai sì ha a disposizione, non necessariamente di quello che serve.

È qui che si arriva alla comunità. Quando il caso è difficile viene spesso presentata come l'unica soluzione possibile. Lo è davvero?

Le comunità non sono tutte uguali. Ce ne sono di più orientate alla doppia diagnosi, altre maggiormente al sociale, altre al lavoro, ma essenzialmente una comunità è un gruppo, piccolo o grande, di persone che fa un percorso guidato per uscire da una dipendenza patologica e cambiare il proprio stile di vita, avendone gli strumenti. Un percorso che non dipende soltanto dagli operatori o dall'orientamento della struttura: dipende anche dalle persone che in quel momento costituiscono quel gruppo. Se una persona entra, per esempio, in una comunità che punta molto sul lavoro agricolo mentre la sua esigenza sarebbe completare gli studi, il percorso può diventare più problematico.

Per questo bisogna scegliere. La comunità, se a una persona serve, può funzionare; se non le serve, è inutile mandarcela. Se una persona ha realmente bisogno di distaccarsi dalla propria realtà quotidiana e di intraprendere un percorso residenziale con altre persone, può avere bisogno di una comunità, magari di un tipo diverso di comunità. Esistono anche le cliniche, comprese strutture che fanno ricoveri per periodi determinati, anche dalle convenzioni, eventualmente, rinnovabili, ma nemmeno quelle sono "l'alternativa" alla comunità: sono una scelta diversa, che deve essere fatta in relazione alle problematiche della persona ed inserite in un percorso che deve avere un prima e un dopo. Non si può ragionare dicendo: proviamo prima la comunità, poi la clinica, poi qualcos'altro e vediamo cosa funziona.

Non dovrebbe funzionare così. Prima viene la persona, poi il percorso. E una rete costruita bene sarebbe utile anche alle comunità stesse. Se dentro un gruppo inserisci una persona che non è adatta a quel tipo di percorso, quella presenza può diventare un problema per tutto il gruppo. Poi magari dopo un po' quella persona se ne va. E così hai speso soldi, energie, hai creato difficoltà a chi era già dentro e non hai risolto nulla. Per questo continuo a dire che le reti dovrebbero essere il meno possibile semplicemente geografiche e il più possibile reti di servizi nelle quali la persona possa trovare il percorso che va bene per lei, in relazione alla diagnosi ed alle esigenze personali. Se come servizio sei chiuso nel tuo pezzo di territorio, devi occuparti di prevenzione, terapia e riabilitazione con le professionalità che hai e magari hai rapporti soltanto con due o tre comunità, è evidente che sei più limitato. A quel punto il percorso viene costruito sulla base di quello che hai a disposizione, non necessariamente di quello che serve davvero a quella persona.

C'è poi un'altra questione molto forte che lei pone: gli esiti. Sappiamo quanti entrano, molto meno che fine fanno.

Questo rientra pienamente nel peccato originale di cui parlavo. Noi abbiamo costruito, in buona parte, un sistema di controllo a contenitore. E quindi sappiamo soprattutto quanta gente contiene. Il destino della gente contenuta, invece, lo conosciamo molto meno. Se una comunità mi comunica che ha trattato trecento persone, la domanda è: quante hanno completato il programma? Quante hanno lasciato dopo, che so, un mese o due? E quando sono uscite, che cosa è successo? Sono ricadute? Sono tornate al SerD? Hanno iniziato un altro trattamento? Un po' di dati esistono, ma rispetto a quello che servirebbe sono una goccia nel mare e vengono studiati troppo poco. Manca, insomma, un feedback allo stesso sistema su quello che succede dopo. E vale per tutto, non soltanto per le comunità. Ma c'è anche un'altra distinzione che considero importante: i servizi leggono molto bene la domanda, ma non necessariamente il bisogno. Chi lavora in una comunità o in un servizio vede le persone che arrivano, ascolta le loro storie, conosce i loro problemi, a tutti quelli che non si rivolgono ai servizi, per mille ragioni, chi sono? Non lo sappiamo. Così può arrivare una persona alla quale non riesci a dare una risposta e tu pensi che il problema sia quella singola persona. Magari fuori ce ne sono altre cento con le stesse caratteristiche che nemmeno si presentano, perché sanno che lì non troverebbero la risposta di cui hanno bisogno. Lo stesso ragionamento vale per molti progetti. Penso al gioco d'azzardo: cresce l'attenzione, anche mediatica sul problema, nasce un progetto, vengono intercettate persone con problemi di gioco e alla fine si fa la conta di quante ne sono state trovate, ma che il problema esistesse lo sapevamo già. Bisognerebbe chiedersi se quel progetto ha cambiato qualcosa, quali risultati ha prodotto, se la situazione delle persone è migliorata. Se alla fine dell'anno il problema principale diventa rifinanziare il progetto per non lasciare a casa chi ci lavora, entri in un altro meccanismo. Non sto dicendo che quei progetti non vadano attuati. Dico che dovrebbero stare dentro una capacità di analisi di fenomeni, programmazione e valutazione dei risultati molto più complessa. Da questo punto di vista siamo ancora in una fase molto artigianale.

Intanto, fuori dai servizi, il fenomeno cambia rapidamente. Non soltanto per l'arrivo di nuove sostanze. Secondo lei è cambiata la società nella quale quelle sostanze circolano, sono cambiate le forme del mercato e persino il significato stesso della parola dipendenza. Lei arriva a dire che la società nella quale viviamo è costruita per generare dipendenze.

È così. Il mass market si basa sul fatto di non mollare il cliente. Basta pensare all'entertainment continuo, allo scroll, allo smartphone, alle applicazioni che cercano di tenerti agganciato, alla pubblicità sulle bevande alcoliche. Questo concetto attraversa tutta la nostra cultura, non soltanto le droghe o l'alcol. Poi alla società dei consumi si è aggiunta la società interconnessa e l'interconnessione ha potenziato enormemente questi meccanismi. Quando ero bambino ascoltavo la radio con mio padre e mia madre, poi è arrivata la televisione, ma c'era comunque un passaggio generazionale, un tempo nel quale quello che arrivava veniva in qualche modo metabolizzato. Con la società interconnessa ci si ritrova di colpo con i nativi digitali, che di interconnessione ne sapevano più dei loro genitori e dei loro nonni. Questo ha prodotto anche una debolezza culturale, perché attraverso la rete sono passati usi, costumi e meccanismi sui quali non avevamo ancora costruito filtri. Quando parliamo continuamente del fentanyl, per esempio, rischiamo anche di fare pubblicità al fentanyl. Negli Stati Uniti alcuni esperti si interrogano sul fatto che presentare una sostanza come estremamente potente possa diventare persino un elemento di attrazione. Lo stesso vale per la "cocaina rosa", la "droga dei ricchi" ed altre definizioni del genere: sono messaggi che spesso non sappiamo leggere e filtrare quando ne siamo bombardati attraverso i nuovi media ed algoritmi che lavorano secondo logiche nate per favorire genericamente i consumi e la fidelizzazione. Ci spingono verso ciò che ritengono possa essere il nostro interesse, filtrando la realtà, amplificando alcuni elementi e cancellandone altri. E abbassando la nostra capacità critica.

E intanto anche il mercato cambia.

Stiamo passando progressivamente dalle droghe di origine naturale a quelle sintetiche, e questo significa che puoi produrre sostanzialmente ciò che vuoi. Per ora siamo in una fase di transizione in cui il consumatore cerca la potenza a basso costo: è così che il crack, derivato dalla cocaina, in alcune realtà è già uno tsunami. Credo, però, che andremo sempre di più verso mix acquistati per l'effetto che producono, più che verso la singola sostanza. Sul fentanyl si concentra molta attenzione perché ha provocato un disastro in Nord America, spesso venduto in mix con altre droghe, ma non c'è soltanto il fentanyl: esistono altri oppioidi sintetici ad alta potenza e altre sostanze che possono produrre situazioni molto gravi. E dobbiamo anche stare attenti alla rappresentazione. Negli anni Ottanta ricordiamo soprattutto l'eroina perché l'eroinomane era visibile, poteva morire per strada, in certi ambienti c'erano moltissimi consumatori di cocaina che si vedevano molto meno. Oggi vediamo Rogoredo e giustamente vediamo un enorme problema di salute e di sicurezza. Però una piazza di spaccio è soltanto una piccola parte del mercato. Durante il periodo del COVID-19, il delivery delle droghe si è perfezionato come si è perfezionata la consegna a domicilio dei supermercati. Anche quando diciamo "i ragazzi si drogano" costruiamo una rappresentazione parziale. Certamente si drogano anche ragazzi, ma non possiamo immaginare che uno dei mercati più importanti del mondo sia sostenuto soltanto da loro. Dobbiamo dirci la verità: nessuno di noi è al riparo e nessuno lo è mai stato. Non c'è mai stata una categoria veramente protetta, ma l'abbiamo rappresentata così. E stanno tornando immagini che sembrano quelle degli anni Settanta e Ottanta: le madri coraggio, i sacerdoti, la droga uguale morte. Ma non è che la gente si droga solo perché vuole morire. Lo sballo può avere mille ragioni. E sta diventando sempre di più anche un atteggiamento consumistico.

Il paradosso, per lei, è dunque netto: il fenomeno cambia, il mercato cambia, la società cambia, gli operatori aumentano competenze e strumenti, ma il sistema complessivo continua a muoversi con un'architettura nata in un'altra epoca. Da qui la necessità di quello che definisce un "salto evolutivo".

Le competenze ci sono. Queste cose vengono comprese da chi lavora sul campo e spesso sono anche condivise: magari per molti non sto dicendo neppure qualcosa di nuovo. In molti sono convinti della necessità di una evoluzione. Il problema è attuarla. Un salto evolutivo non può farlo il singolo servizio. Deve essere un salto della rete, deve partire dalla legislazione, passare attraverso i governi regionali e arrivare fino alle singole unità. Se metti insieme comunità e SerD, in una situazione di difficoltà ognuno cerca comprensibilmente di difendere il lavoro che fa. Le comunità hanno un determinato orientamento più storicamente legato al sociale ed al riabilitativo, i servizi per le dipendenze ne hanno un altro, più legato alla clinica. Eppure, un "salto evolutivo" non può essere fatto da un singolo: sarebbe un salto nel buio. È qualcosa che deve essere governato nel suo complesso. E a livello politico, a mio parere, della necessità di questo salto non ci si è ancora accorti davvero. Se ascolto i dibattiti sulle droghe mi sembrano ancora, magari un po' aggiornati, quelli che facevano Muccioli e Pannella. Siamo rimasti a trent'anni fa. Gli elementi tecnici per cambiare ci sarebbero, ma manca un catalizzatore, manca la consapevolezza politica e manca anche la consapevolezza sociale. Di fronte ai cambiamenti emergenti ed ai nuovi scenari non basta dire "rafforziamo i SerD" o "rafforziamo le comunità". Puoi rafforzare quanto vuoi le singole componenti, ma se la rete resta debole continui ad avere una rete debole. Se la rete non è diffusa a tutto il sistema socio-sanitario e rimane circoscritta a SerD e Comunità, in una situazione di ambiguità, tra cura e controllo, la funzione terapeutico-riabilitativa ne viene soffocata e l'intervento precoce rimane una illusione. Bisogna avere chiaro da dove si parte e dove si vuole andare, e questo richiede una visione più da statista che da politico, una capacità di prevedere l'evoluzione degli scenari e dati sulla reale efficacia degli interventi che, oggi, non ci sono. Un "salto evolutivo" verso un sistema di nuova generazione è un

processo che dura anni e deve essere governato anche per risolvere alcune ambiguità strutturali importanti. Chi lavora, oggi, nei servizi spesso fa veramente il meglio che può ed ha sviluppato competenze importanti, ma lavora in un orizzonte troppo circoscritto. Il problema è che a un certo punto la strada finisce lì e non ne comincia un'altra.