

SOTTOLINEATURE

-
- 1 Andare oltre questo dualismo superando le contrapposizioni e immaginando un sistema di forti correlazioni tra sfera neurologica e psicosociale della vita degli individui

 - 2 Prendersi in carico la persona nella sua totalità e originalità

 - 3 Agire in uno spirito sinergico tra tutti gli attori del territorio

 - 4 Garantire a tutti pari equità e dignità, e pari diritto al raggiungimento della propria autonomia

 - 5 Stimolare a una ricerca sempre più attenta e condivisa.

Report della sessione del 13 marzo 2009 - Sala Saturnia, ore 12.30

“Nuovi scenari e riorganizzazioni necessarie”

Relatori: Mariano Loiacono, Franco Taverna, Mario Dondi, Giovanni Greco, Claudio Cippitelli, Emanuela Andreoni

Moderatore: Riccardo C. Gatti

Si è trattato, come ci si poteva aspettare, di una sessione complessa. Ciò che, invece, non era scontato è che abbia rappresentato più domande che risposte. Si tratta di domande che, in modo diverso, hanno attraversato tutte le relazioni. Sorprendentemente (visto che i relatori non lo avevano concordato anticipatamente e che non conoscevano le diverse relazioni) sembravano collegate da un “filo comune” che ha incontrato l'accordo del pubblico. Più che presentare, quindi, il riassunto delle singole relazioni, cosa impossibile in una sintesi conclusiva che deve svolgersi in un tempo molto limitato, mi sembra utile rappresentare proprio quel “filo comune” che le ha legate, assieme agli interrogativi che sottende.

Molti interrogativi collegati

Partirei da alcune domande nate come premessa ad una relazione e riguardanti ciò che poteva essere il “nuovo scenario” rappresentato dalla Conferenza Nazionale e dalle aspettative conseguenti. La domanda e l'aspettativa sottesa era: “Governo e Regioni si parleranno?” avranno cioè, reciprocamente, un rapporto costruttivo? La risposta è stata negativa: “non si è fatto un passo in avanti ma un passo indietro”.

Il rapporto Governo e Regioni

Per quanto riguarda l'analisi dei fenomeni, invece, tutti i relatori hanno precisamente sottolineato come ormai ci si muova in un contesto completamente cambiato rispetto al passato non solo per quanto riguarda le droghe illecite ma anche per quanto riguarda l'abuso di sostanze lecite, come ad esempio l'alcool.

Il nuovo scenario

Sebbene su modelli istituzionali e sperimentali diversi è risultato chiaro che se nel nostro Paese esiste un sistema di cura manca, invece, un sistema di prevenzione, dove la frammentazione è totale. È cioè come se si tentasse di giocare una partita in difesa mentre, per essere vincenti, bisognerebbe non solo avere una buona difesa ma, anche e assolutamente, un buon attacco.

Dal punto di vista della difesa la tenuta generale è ancora accettabile anche se ci si muove su proposte non univoche (ma questa potrebbe essere una ricchezza).

Si passa, cioè, dalla sperimentazione di servizi generalisti per la “fragilità”, dove gli stessi terapeuti attraversano in gruppo, con pazienti eterogenei e le loro famiglie, la frammentazione della patologia e del mondo che la contiene, (quasi come se gli stessi terapeuti fossero in trattamento), alla proposta di modelli di rete composti da segmenti ad alta specializzazione con la chiara idea che un lavoro da costruire è la coniugazione operativa tra “Servizi tradizionali” inevitabilmente poco flessibili e “Servizi di prossimità”, naturalmente ed originariamente molto flessibili, cercando, contemporaneamente, modelli di programmazione in grado di valorizzare soprattutto i percorsi nei diversi segmenti.

Diversi modelli di proposte

Il tutto perché il mondo su cui si interviene è cambiato e pone domande e necessità variegata e nuove. Basti pensare, ad esempio, all'uso di droga che si colloca trasversalmente alla società creando nuovi problemi che non sono semplicemente connessi a situazione di devianza o di emarginazione. L'emergenza educativa, citata in questi giorni, cioè, non riguarda il mondo dei "ragazzi" ma quello degli adulti.

Chi, ad esempio, si sta occupando dal punto di vista preventivo ed educativo della questione "droga e mondo del lavoro?". Perché gli adulti sono lasciati completamente soli da questo punto di vista? Perché il tema delle donne è così poco affrontato? Basta a risolvere il tutto l'affermazione che i pazienti dei SERT sono soprattutto uomini? Uomini e donne, quindi, e non solo ragazzi.

Vita quotidiana che si interseca con luoghi atipici di consumo perché sono i luoghi in cui tutti viviamo, che frequentiamo ogni giorno: i luoghi di lavoro, le nostre case. Il tutto con tanti mondi paralleli che si intersecano compreso quello dell'alcol di cui ci sembra di conoscere tutto ma che in realtà rimane inesplorato alle coscienze ed alla conoscenza visto che la maggior parte delle persone, tanto per esporre solo un esempio, "nemmeno sa come si arrivi a superare i limiti di legge" per mettersi alla guida.

Mondi paralleli che sono quelli dei ragazzi, ma anche quelli degli adulti, degli uomini e delle donne ma anche quelli degli stranieri e dei migranti che appartengono a tutte le categorie e vivono in modo diverso, per esperienza, culture ed etnie, le questioni connesse all'uso di droghe e di alcol. Mondi paralleli di differenti generazioni in cui i più vecchi, parlando di droghe, parlano, sempre e comunque, di tossicodipendenza mentre gli altri ... di consumo. Mondi paralleli di chi usa droghe e di chi non le userà mai, se non sono legali. Mondi paralleli che rischiano di diventare "inconoscibili" proprio per la superficialità con cui li si ritiene conosciuti e compresi, quando non è così. E, intanto, "si allarga la zona grigia tra dipendenza e non dipendenza". E, mentre il mondo adulto manifesta la sua estrema fragilità al manifestarsi di forme di dipendenza, le reti educative extrascuola sembrano scomparire.

Mentre i rischi in ambito scolastico, lavorativo e ricreativo aumentano (per i consumatori di droghe e per chi interagisce con loro, "ragazzi" o "adulti che siano") mentre aumentano i "pazienti" sempre più giovani ma anche quelli "sempre più anziani" ... gli interventi appaiono difficilmente coordinati e mirati a target sempre più differenziati. Il sistema di intervento è strozzato e sofferente tanto non solo nei SERT ma anche a livello di piccole Comunità si sente la necessità di strutturare programmi differenziati in alternativa ai soliti programmi standard: lavori per piccoli gruppi resi impossibili dalla necessità di far quadrare il bilancio.

Insomma si avverte forte la necessità di riorganizzare e ristrutturare e di uscire da stereotipate logiche in cui "centro destra significa rafforzamento delle Comunità e "centro sinistra" rafforzamento della riduzione del danno" ma si avverte altrettanto forte l'esigenza (oltre che di risorse) di luoghi e di interlocutori che mancano o che sembrano molto lontani e che, con particolare riferimento, allo Stato ed alle Regioni, paiono anche distanti fra loro e bloccati nell'interazione, nella comunicazione, nella capacità di operare scelte complesse e di mettere a disposizione luoghi di pensiero e di programmazione partecipata.

La necessità della prevenzione

"Tossicodipendenza" e "consumo"

La necessità del coordinamento

La necessità di nuove logiche

Ci si rifugia così, ingessati dagli accreditamenti, dalle norme e dagli alti pronunciamenti etici di parte, nel microcosmo degli ambiti locali. Legati con una fune doppia alla idea estemporanea ed alla buona o cattiva volontà del singolo sindaco o del singolo assessore; si auspica l'interazione di distretto, di quartiere, si costruiscono social-network della sofferenza di chi cerca cura ma anche di chi la offre, ma si sente la mancanza di una strategia condivisa e di una programmazione partecipata più ampia e più alta che è fatta di risorse ma anche di obiettivi comuni per permettere di volare alto.

Come concludere? La sezione da me coordinata, come premesso, ha portato più domande che risposte ma ha anche convenuto che l'attraversamento di questa Conferenza ha dato una sensazione strana. Oltre le singole relazioni ed i singoli momenti, anche di grande interesse, è quasi come se, la scena generale fosse più legata al passato che proiettata nel futuro.

Per noi tutti, per le Organizzazioni di settore e soprattutto per chi ha la funzione di sintesi politica, di programmazione e di governo (nazionale o locale che sia) questo è un grave problema ed una grande responsabilità. In estrema sintesi ecco il tema su cui ci si interroga e che rimando all'assemblea: "In un mondo così veloce restare fermi è come andare indietro. È questo il nuovo scenario che stiamo costruendo? Si stanno predisponendo le condizioni per un reale progresso anche attraverso adeguate politiche di settore?" Personalmente sono convinto che queste domande debbano trovare risposte al più presto.

Quale scenario costruire

SOTTOLINEATURE

- 1 Governo e Regioni si parleranno? Avranno cioè, reciprocamente, un rapporto costruttivo? La risposta è stata negativa
- 2 Un contesto diverso dal passato non solo per quanto riguarda le droghe, ma anche per l'abuso di sostanze lecite, come ad esempio l'alcol
- 3 I luoghi atipici di consumo sono i luoghi in cui tutti viviamo, che frequentiamo ogni giorno: i luoghi di lavoro, le nostre case
- 4 Gli interventi appaiono difficilmente coordinati e mirati a target sempre più differenziati
- 5 In un mondo così veloce restare fermi è come andare indietro
- 6 Le reti educative extrascuola sembrano scomparire
- 7 Si allarga la zona grigia tra dipendenza e non dipendenza

Report della sessione del 13 marzo 2009 - Sala Oceania, ore 10.30

“Strategie ed interventi di prevenzione”

Relatori: Angelo Mari, Lucia D'Ambrosio, Gianna Sacchini, Rossella De Paolis, Manuela Martoni, Mario Sapia, Francesco Guarino.

Moderatore: Cesare Di Carlo

La necessità di individuare strategie efficaci di prevenzione nel nostro Paese deriva dalla amara considerazione che tutti i dati epidemiologici recentemente pubblicati dimostrano che i *trend* attuali relativi all'uso/abuso di sostanze stupefacenti e/o psicotrope hanno un andamento inesorabilmente ascendente.

La Comunità Scientifica, come pure i Governi Nazionali, ritengono che, a tutt'oggi, la Prevenzione sia un pilastro insostituibile nella lotta alle droghe.

In questi ultimi anni si è privilegiata, in Italia, la strategia dell'informazione, vuoi rivolta a singoli gruppi, vuoi rivolta alla collettività. Tale strategia muove dall'assunto che non conoscere o minimizzare gli effetti legati alle droghe possa essere un fattore che induca a farne uso, mentre l'aumento della consapevolezza in ordine alle conseguenze correlate al consumo di sostanze sarebbe in grado di influenzare il comportamento, riducendo la probabilità dell'uso. Le evidenze di cui disponiamo dimostrano, però, esattamente il contrario.

La Prevenzione Universale (già Pr. Primaria) si rifà, ancor'oggi, agli editti dell'O.M.S., quali la Carta di Ottawa del 1986, che individuano nella Prevenzione lo strumento per la promozione della salute intesa come benessere psico-fisico e sociale dell'individuo inserito nella sua collettività. Si impone pertanto l'esigenza di intervenire non solo sulla popolazione “target” bensì anche sui contesti ambientali (scuola-famiglia-ambiente di lavoro-contesti di socializzazione di vario tipo).

Infatti, per sviluppare e potenziare i cosiddetti “fattori di protezione” è indispensabile intervenire a più livelli al fine di:

- Veicolare messaggi positivi che vadano a supportare modelli e stili comportamentali positivi e “vincenti”;
- Distinguere chiaramente i messaggi informativi da quelli educativi; i primi dovranno avere le caratteristiche della correttezza scientifica, della immediatezza e comprensibilità dei contenuti, della adeguatezza dei linguaggi utilizzati, della appropriatezza degli strumenti che li veicolano che dovranno appartenere al back-ground del target interessato (internet etc.). I secondi (messaggi educativi) rimangono di assoluta pertinenza delle uniche due centrali educative “accreditate”: la scuola e la famiglia;
- È necessario affiancare e supportare le centrali educative accreditate attraverso un sistema di “RETI” relazionali e funzionali che, partendo dalle specifiche competenze, riesca a mobilitare le risorse positive degli operatori dei Servizi Pubblici, di quelli del Privato sociale, degli insegnanti, delle famiglie e di tutte quelle realtà significative che costituiscono l'habitat

**La Prevenzione,
pilastro della
lotta alle droghe**

**La prevenzione
nei diversi
contesti
ambientali**

**Scopi dei “fattori
di protezione”**

dell'individuo. Solo in questo modo si potrà superare la condizione di isolamento e di marginalità che caratterizzano oggi le famiglie "in difficoltà" ma anche gli insegnanti "abbandonati alla loro sorte", attraverso strategie sinergiche di empowerment;

- Per quanto riguarda il target giovani (dall'infante al preadolescente all'adolescente), è indispensabile operare con metodologie "di supporto" che sappiano valorizzare le risorse dell'individuo attraverso un processo squisitamente maieutico: *- bisogna creare le condizioni ambientali per permettere al germoglio di diventare una piantina e, quindi, una florida pianta attingendo la linfa vitale dalle sue radici e dalla sua struttura organica; non si può constatare solamente che l'ecosistema non è più in grado di supportare adeguatamente il germoglio e, quindi, decidere di preservarlo con antiparassitari e con anticrittogamici-*

Per potersi muovere correttamente in questa direzione è necessario:

1. Costruire un data-base delle esperienze "di eccellenza" che in alcuni casi sono condotte da decenni nelle specifiche realtà territoriali ma non sono né conosciute né condivise a livello nazionale;
2. Definire delle linee guida che vadano ad individuare un "disciplinare" di base per la progettazione, realizzazione e conduzione degli interventi di Prevenzione; in particolare devono essere individuati gli strumenti essenziali per operare una efficace valutazione di processo e di esito, condizioni necessarie per la validazione di ogni intervento;
3. Costruire percorsi formativi specifici per ricostruire un Know-how aggiornato ed una efficace cultura della Prevenzione;
4. Investire sulla costruzione di un Sistema Portante degli interventi di prevenzione che possa supportare interventi CONTINUATIVI e DURATURI, NON EPISODICI. E questo non solo per dare forza e capacità di penetrazione alle strategie di prevenzione ma, anche e soprattutto, per garantire un attento e corretto monitoraggio delle stesse, per implementare una seria valutazione dei processi e degli esiti e per permettere la ricerca "in progress" di soluzioni sempre più attuali ed efficaci;
5. Vanno potenziate e valorizzate le RETI FUNZIONALI, favorendo al loro interno la genesi di progettualità condivise; solo attribuendo pari dignità ai soggetti protagonisti della rete ed esaltandone le specifiche competenze, si potranno realizzare progetti condivisi, capaci di "penetrare" il target di riferimento;
6. Inoltre, per poter costruire un Sistema continuativo e duraturo è necessario prevedere, nella ridefinizione e/o aggiornamento dei L.E.A., specifiche voci dedicate alla Prevenzione in modo da poter supportare, con risorse adeguate, un sistema che altrimenti rischia di essere "riservato" a poche e fortunate esperienze "pilota".

**Le azioni
necessarie**

Analoghe considerazioni metodologiche possono essere argomentate per gli interventi di prevenzione selettiva.

Questi hanno avuto un maggiore sviluppo negli ultimi anni (rispetto a quelli di prevenzione universale). Essi sono infatti risultati molto più assoggettabili a metodologie ed a strumenti di valutazione (sia di processo che di esito), ampiamente descritti nella letteratura scientifica internazionale.

**La prevenzione
selettiva**

Sono pertanto risultati più misurabili anche sul piano della appropriatezza.

Su questo terreno va oggi operato uno sforzo importante per individuare i target più attuali; vanno scandagliate ed approfondite le nuove fragilità, le nuove marginalità, i nuovi fattori di rischio.

**La necessità
di individuare i
target attuali**

La costruzione di RETI SOCIALI, che si vadano a collocare all'interno di queste criticità e ne sappiano interpretare e tradurre gli elementi costitutivi, rappresenta una condizione fondamentale per la costruzione di risposte efficaci e capaci di rispondere ai nuovi bisogni ed alle nuove marginalità.

Anche per questa tipologia di interventi sarebbe auspicabile la costruzione di una banca dati che vada anche ad evidenziare le esperienze di eccellenza.

Sarebbe inoltre importante favorire la circolazione e condivisione delle esperienze attraverso momenti formativi specifici favoriti e patrocinati dalle Amministrazioni Regionali e delle Aziende Sanitarie Locali.

**Circolazione e
condivisione
dei dati**

In ultima analisi, oggi più che mai, è necessario che le Regioni e le ASL esprimano una posizione chiara rispetto alle politiche ed agli interventi di prevenzione che intendono attuare nel loro territorio e, soprattutto, rispetto a quanto intendono investire in questo campo: *"i germogli del presente e del futuro sono nelle loro mani"*.

SOTTOLINEATURE

-
- 1 Prevenzione universale selettiva
Sviluppare e potenziare i cosiddetti "fattori di protezione" :
 - veicolare messaggi positivi che vadano a supportare modelli e stili comportamentali positivi e "vincenti";
 - distinguere chiaramente i messaggi informativi da quelli educativi;
 - affiancare e supportare le centrali educative accreditate attraverso un sistema di "RETI";
 - per quanto riguarda il target giovanivalorizzare le risorse dell'individuo attraverso un processo squisitamente maieutico

 - 2 Costruire un data-base delle esperienze "di eccellenza"

 - 3 Definire delle linee guidaper la progettazione, realizzazione e conduzione degli interventi

 - 4 Costruire percorsi formativi specifici

 - 5 Costruzione di un Sistema Portante degli interventi che possa supportare interventi continuativi e duraturi, non episodici

 - 6 Potenziate e valorizzate le reti funzionali, ...favorendo la genesi di progettualità condivise

 - 7 Prevedere nella ridefinizione e/o aggiornamento dei L.E.A., specifiche voci dedicate alla Prevenzione

Report della sessione del 13 marzo 2009 - Sala Vulcania 1, ore 12.30

“Le comorbidità: le patologie correlate alla tossicodipendenza”

Relatori: Luigi Cancrini, Pietro Canuzzi, Matteo Iori, Stefano Lucesoli, Giustino Parruti.

Moderatore: Antonello Taranto

Il tema è stato brillantemente sviluppato da Cancrini, Canuzzi, Iori, Lucesoli, Parruti che, oltre ad essere molto precisi e informati, sono stati anche capaci di rispettare i tempi limitati loro concessi. La chiarezza non ha bisogno di molte parole.

Le aree correlate alle tossicodipendenze

Il dato principale scaturito dalla disamina è che le patologie correlate alle tossicodipendenze appartengono, sostanzialmente, a due grandi branche specialistiche: l'infettivologia e la psichiatria.

Ciò non deve far sottovalutare, ha sottolineato Canuzzi, altri tipi di comorbidità, cardiaca e respiratoria, che frequentemente impegnano i medici di pronto soccorso.

Per quanto riguarda la comorbidità infettivologica, Canuzzi ha illustrato i dati di uno studio sulla trasmissione dell'infezione da HIV. L'interessante conclusione è che sembra che stia aumentando significativamente, fra i tossicodipendenti, la trasmissione per via sessuale. Parruti, invece, ha descritto un sistema di assistenza precoce e di presa in carico dei pazienti tossicodipendenti degenti in reparto di malattie infettive. Attraverso questo sistema ha evidenziato che quando il ricovero è appropriato per gravità della malattia infettiva, il paziente è anche più motivato rispetto al mantenimento di una condizione tox-free. Al contrario, quando la malattia infettiva è poco grave ed è utilizzata per ottenere un ricovero inappropriato, finalizzato ad altro, il paziente tende ad usare sostanze non terapeutiche durante la degenza.

Infettivologia

Sugli aspetti psichiatrici della comorbidità, la c.d. “doppia diagnosi”, hanno illustrato le loro importanti esperienze Cancrini, Iori e Lucisoli. Il quadro emerso dalle brillanti esposizioni è, innanzitutto, che i luoghi di cura dei tossicodipendenti sono posti ove si pratica, possiamo dire, la “psichiatria di asse II del DSM IV”.

Psichiatria

Infatti è estremamente diffusa, fra i tossicodipendenti, la diagnosi di disturbo di personalità. Cancrini ha sottolineato che quando si usano tutto il tempo e gli strumenti necessari per formulare questo tipo di diagnosi si rileva un ampio ventaglio di diagnosi possibili che vanno dal Border Line al Disturbo istrionico, disturbo dipendente e disturbo di evitamento. Ciascuna di queste diagnosi corrisponde ad una storia personale e, quindi, ad un progetto terapeutico individualizzato.

Il disturbo della personalità

A tal proposito Lucesoli ha riferito che la diagnosi categoriale del DSM IV non è sempre esaustiva. Occorrerebbe una diagnosi che, in qualche modo racconti la storia della persona, cioè, secondo lo scrivente, una diagnosi dimensionale e descrittiva di tipo psicologico-clinico. Il concetto è stato affrontato anche da Iori che vede nell'individualizzazione dei progetti terapeutici l'inevitabile via per il miglioramento

della qualità delle prestazioni di cura delle tossicodipendenze. Sostiene l'ori, inoltre e trovando ampia condivisione, che una reale ed efficace individualizzazione dei progetti terapeutici deve necessariamente passare attraverso una grande integrazione operativa fra operatori dei servizi e operatori delle comunità, così come già avviene in alcune illuminate realtà.

Le relazioni sono state tutte stimolanti, tanto che il dibattito è stato ricco, dinamico e ancora produttivo. È stato interrotto solo dall'inesorabile arrivo dell'orario di chiusura della sessione.

**Quanto emerso
dal dibattito**

Indubbiamente la curiosità scientifica più intensa, in questo momento, è legata alla comorbidità psichiatrica. Scrimieri, Iraci, Marras, Grandi e Nardi hanno, infatti, impegnato gli psichiatri con domande sulla compatibilità fra sostanze d'abuso, psicofarmaci e psicoterapia, domande sui processi patogenetici dei disturbi di personalità e sull'importanza di ben curare la personalità più che l'uso di sostanze in sé. In merito alla compatibilità fra sostanze e psicoterapia (in passato l'uso di psicofarmaci era considerato controindicante per la psicoterapia) Cancrini è stato chiarissimo: l'uso trasgressivo di qualsiasi sostanza non va d'accordo con il setting di cura della mente, ma una buona cura del corpo, fatta anche a mezzo di psicofarmaci, è certamente compatibile con la psicoterapia.

PROPOSTE

1. incentivare protocolli operativi di collaborazione fra SerT e UUOO di medicina e di malattie infettive **Le proposte**
2. potenziare le capacità diagnostiche e di presa in carico psichiatrica:
 1. aumentando le risorse di personale di profilo psicologico e educativo;
 2. fornendo specifica formazione per i disturbi di asse 2 del DSM IV
3. favorire l'integrazione professionale (per altro già prevista da DPR 309/90) fra SerT ed Enti Ausiliari, attraverso convenzioni che consentano interventi di personale SerT all'interno delle Comunità Terapeutiche e di personale degli Enti Ausiliari all'interno dei SerT

SOTTOLINEATURE

- 1 Le patologie correlate alle tossicodipendenze appartengono, sostanzialmente, a due grandi branche specialistiche: l'infettivologia e la psichiatria
- 2 È estremamente diffusa, fra i tossicodipendenti, la diagnosi di disturbo di personalità
- 3 La curiosità scientifica più intensa, in questo momento, è legata alla comorbidità psichiatrica
- 4 Favorire l'integrazione professionale fra SerT ed Enti Ausiliari

Report della sessione del 13 marzo 2009 - Sala Saturnia, ore 17.00

“Trattamenti e percorsi di cura, integrazione dei trattamenti”

Relatori: Rappresentante Narcotici Anonimi, Enrico Mancini, Maria Grazia Giannantonio, Fausto D'Egidio, Simone Feder, Giovanni Addolorato, Edoardo Polidori

Moderatore: Massimo Clerici

Il lavoro emerso dalla Sessione in oggetto ha visto la partecipazione di 7 relatori provenienti da aree molto diverse (Servizi pubblici, realtà del privato - singole e di network - istituzioni di auto-mutuo-aiuto, Società Scientifiche e Università).

L'approccio più generale al lavoro di gruppo è stato caratterizzato dai seguenti elementi:

- (a) Il primo elemento emerso riguarda l'esigenza di un reale confronto sulle singole realtà del trattamento: ben 5 relatori su 7 hanno presentato specifici Servizi o dati e riflessioni derivanti dalla pratica clinica e organizzativa del sistema terapeutico di appartenenza.
- (b) Il secondo elemento proposto richiama la necessità di una costante progressione verso una maggiore professionalizzazione dei Servizi e il mantenimento di una necessaria multi-professionalità.
- (c) Il terzo elemento rilevante riguarda una proiezione netta verso la valutazione e la misurazione di efficacia, elementi considerati imprescindibili per un miglioramento dei percorsi di cura e delle metodologie di trattamento.

Le priorità

I differenti interventi proposti dai relatori si sono caratterizzati per i seguenti elementi:

- Giuseppe M. (Narcotici Anonimi) ha descritto il programma e la *mission* dell'istituzione di appartenenza portandone a confronto le peculiarità con omologhe esperienze internazionali.
- Mancini, Giannantonio, D'Egidio e Polidori (area SerT) hanno fornito informazioni su esperienze di:
 - a) integrazione pubblico-privato (definizione di requisiti di base, “fronti di lavoro” basati su concetti quali territorialità degli interventi, passaggio dalle risposte agli strumenti delle risposte e articolazione nonché individualizzazione delle risposte),
 - b) riflessione sulla percezione della qualità delle offerte erogate dai Servizi (accoglienza, diagnosi e valutazione, trattamenti, monitoraggio, follow-up) da parte del gruppo di operatori vs gruppi di professionisti indicati dalla Direzione Generale aziendale e loro ricadute per l'organizzazione e la riorganizzazione dei percorsi di cura.
 - c) appropriatezza delle cure negli ambiti della cronicità, della riabilitazione e dell'efficacia dei trattamenti.
 - d) capacità delle offerte di trattamento di incidere sulla Società in termini di salute collettiva.
- Feder (coordinamento residenzialità lombarde) ha fornito dati su una ricerca-

Confronto tra esperienze diverse

intervento realizzata in programmi diversi e finalizzata alla derivazione di indicatori predittivi sia nell'area psicodiagnostica che del follow-up degli interventi con l'obiettivo di definire modelli organizzativi congruenti con i risultati della ricerca.

- Addolorato (SIA, Università) ha trattato il tema della terapia farmacologica dei disturbi indotti da alcool, verificandone efficacia e indicazioni cliniche utili per i Servizi

In conclusione, dalla Sessione sono derivabili alcuni elementi di criticità ancora aperti nelle aree indagate. **Le criticità**

Questi sono riferibili a:

1. Scarsa attenzione alle reali e fondanti differenze tra i concetti di trattamento, strategie di intervento, metodologie terapeutiche, approccio rivolto alla "presa in carico" e/o alla "presa in cura", nonché – nello specifico – ad uno sviluppo coerente con la letteratura EBM e mirato alla differenziazione dei percorsi di cura.
2. Tendenza alla valutazione del concetto di integrazione dei trattamenti come richiamo quasi esclusivo alla "rete" senza una particolare attenzione alle diverse caratteristiche della funzione integrativa (singolo operatore, servizio, sistema d'intervento, rete...) e alle diverse opzioni che si riferiscono ai modelli organizzativi che attribuiscono tale funzione.
3. Più in generale, limitatezza dello sguardo alle inesauribili potenzialità cliniche che l'integrazione determina ma, nel contempo, anche ai rischi di una esclusiva "sovrapposizione" di programmi, singole metodologie o sistemi di intervento che concorrono alla costruzione di fattive risposte per l'utente.

Infine, non ancora adeguata valutazione del ruolo svolto, nei percorsi di integrazione, dai singoli operatori e dalle équipes versus la più generale modellistica organizzativa, cioè di quanto realmente il gruppo di lavoro del Servizio o della rete dei Servizi possa incidere rispetto a certa rigidità derivante da legislazioni, norme e procedure locali, regionali e nazionali predefinite che, non di rado, possono "ingessare" o rallentare il contributo evolutivo che arriva dalla periferia alla costruzione di un fattivo percorso di integrazione.

SOTTOLINEATURE

-
- 1 Esigenza di un reale confronto sulle singole realtà del trattamento
 - 2 Necessità di una costante progressione verso una maggiore professionalizzazione
 - 3 Valutazione e la misurazione di efficacia, elementi considerati imprescindibili
-

Report della sessione del 13 marzo 2009 - Sala Saturnia, ore 9.00

“Cronicità o cronicizzazione?”

Relatori: Claudio Leonardi, Laura Tidone, Achille Saletti, Donatella Peroni, Roberta Balestra, Gerardo Guarino

Moderatore: Claudio Leonardi

1. Nell'affrontare i temi correlati alle sostanze stupefacenti, così come per l'alcol, è necessario distinguere nettamente tra *consumi* e *dipendenza* con il fine di evitare teorie confondenti e resistenze concettuali **Distinzione tra consumi e dipendenza**
 2. la tossicodipendenza è una condizione che può avere un decorso di tipo cronico, costellato da episodi di ricaduta e nel quale gli interventi possono essere finalizzati sia alla guarigione sia, ove non possibile, al raggiungimento di obiettivi parziali, alla prevenzione delle complicanze correlate ed al miglioramento continuo della qualità di vita **La cronicità**
 3. non esistono interventi e trattamenti *buoni* o *cattivi* di per sé, ma efficaci, efficienti e tempestivi se conseguenti ad una diagnosi multiprofessionale e puntuale **Diagnosi**
 4. la cronicizzazione può essere a carattere *attivo* o *passivo* e non è collegata ad una specifica tipologia di intervento. **La cronicizzazione attiva e passiva**
La cronicizzazione attiva è indotta dall'attuazione di una tipologia di trattamento inappropriato, non puntuale e non scaturito da un corretto percorso diagnostico. La cronicizzazione passiva si instaura nel momento in cui viene omesso sia per imperizia, sia per mancanza di risorse adeguate, che per ideologia un trattamento commisurato ai reali bisogni/risorse del soggetto ed agli obiettivi raggiungibili.
- Ai Decisori Politici sia del governo centrale che di quello regionale comunichiamo che:
- Le richieste al Governo**
- A) al di là di qualsiasi ideologia ed appartenenza politica, ricordiamo di non negare la storia naturale della tossicodipendenza e di distinguere costantemente tra consumi delle sostanze stupefacenti – problema culturale, sociale, storico ed economico - dagli stati di dipendenza – patologie che richiedono cure appropriate, efficaci ed efficienti. Le dipendenze sono patologie a carattere cronico e ad andamento recidivante, ovvero situazioni di sofferenza che possono ripresentarsi a fasi alterne per tutta la vita.
 - B) ogni tipo di trattamento codificato fra quelli studiati garantisce risultati superiori rispetto all'assenza di qualsiasi trattamento
 - C) per evitare cronicizzazioni è necessario creare le condizioni che consentano a tutti i cittadini di accedere a programmi personalizzati, efficaci ed efficienti in ogni particolare momento della loro storia tossicomane

- D) l'organizzazione dipartimentale, l'adeguatezza delle risorse umane e strutturali, il regolare finanziamento dei servizi del pubblico e del privato e lo sviluppo di modelli organizzativi territoriali integrati con altri servizi (Distretti, MMG, Specialisti ospedalieri e la rete dei Servizi Sociali) rappresentano gli elementi fondamentali che permettono di evitare interventi basati su *malpractice* e che conducono inevitabilmente verso uno stato di cronicizzazione.

SOTTOLINEATURE

-
- 1 Distinguere costantemente tra consumi delle sostanze stupefacenti dagli stati di dipendenza

 - 2 Il trattamento

 - 3 Programmi personalizzati,.....per evitare cronicizzazioni

 - 4 L'organizzazione dipartimentale, l'adeguatezza delle risorse umane e strutturali, il regolare finanziamento dei servizi del pubblico e del privato e lo sviluppo di modelli organizzativi territoriali integrati con altri servizielementi fondamentali che permettono di evitare ...cronicizzazione
-

Report della sessione del 13 marzo 2009 - Sala Vulcania 2, ore 12.30

“Reinserimento lavorativo e sociale”

Relatori: Don Chino Pezzoli, Ivana Ferrero, Emanuela De Domenico, Alberto Festa, Paolo Cimarosti, Teresa Marzocchi

Moderatore: Don Paolo Fini

“Educare attraverso il lavoro” - Intervento di don Chino Pezzoli

**Restituire la
dignità**

La relazione sottolinea l'importanza dell'ergoterapia in riferimento all'attività del corpo, per favorire la libertà psicologica, l'attivazione di energie profonde con l'accelerazione del ritmo di forze interiori.

Le energie si potenziano. È dignità lavorare; bisogna restituire la dignità.

Il lavoro facilita l'associazione di idee e permette al soggetto di prendere coscienza delle proprie attitudini.

Il lavoro è una dimensione necessaria nell'ambito della comunità terapeutica perché concorre alla dimensione pedagogica della comunità, che non può essere classificata meramente come comunità lavorativa.

Attraverso il lavoro in comunità ci sono tre obiettivi che vengono raggiunti:

1. la relazione con gli altri
2. la socializzazione
3. *imparare mestieri e professioni che spesso sono “scoperti” sul mercato del lavoro.*

La nostra esperienza con 12 minimarket gestiti dalla cooperativa diventa perciò un accompagnamento al lavoro e alla professionalità, spendibili sul mercato del lavoro.

“Strutturazione di un SIL - Servizio Integrazione Lavoro” – Ivana Ferrero ASL Urbino
L'esperienza parte dalla riflessione su tutte le utenze svantaggiate dei vari servizi in modo da rendere organico e funzionale l'approccio al territorio e al mondo del lavoro.

**Un esempio di
buona prassi**

L'esperienza presenta un organico percorso in cui si sviluppa un metodo complesso in grado di rendere funzionale un servizio e gli operatori delle varie agenzie coinvolte.

Tappe dell'esperienza

- Messa in discussione dei servizi
- Acquisizione di capacità di progettazione
- Fornire all'operatore strumenti su cui testare la persona
- Uso dei finanziamenti per portare avanti un progetto unitario e evitare i fenomeni di dispersione dei finanziamenti
- Arrivare ad accordi e protocolli con il territorio e con le aziende per progettare, realizzare, sviluppare un programma strutturato e continuativo.

Il servizio si organizza in due gruppi:

- Gruppo guida (rappresentanti istituzionali, di ASL, Provincia e enti vari, con lo scopo di fare le strategie)
- Gruppo Tecnico, formato dagli operatori dei servizi e referenti delle aziende individuate, con lo scopo di fare mediazione con il territorio e con le aziende, abbinare azienda con tipologia di utente (utenti con problemi psichiatrici, ex tossicodipendenti, disabili, ecc...).

Il SIL ha 2 ordini di clienti: si colloca tra gli Enti locali, i Servizi Specialistici dell' ASL, e i soggetti inviati dagli stessi, mediante una presa in carico

Operatore Ser.T.	Operatore CPI (Centro per l'Impiego)	Tutor
------------------	--------------------------------------	-------

Le azioni con le aziende sono di 2 tipi:

1. promozione sociale, cioè rendere appetibili le persone da inserire superando il pregiudizio e favorendo la "prova"
2. sostegno alle aziende, presenza in azienda, conoscenza dei processi produttivi, in modo da "restituire" responsabilità sociale all'impresa.

Durante la relazione sono state presentati i dati relativi alle sessioni formative riservate negli anni agli operatori.

PROPOSTE

Creazione e diffusione dell'esperienza dei SIL – Servizio Integrazione Lavoro – sul territorio e valorizzazione di metodi e modelli operativi

"La dimensione del reinserimento sociale e lavorativo nell'esperienza dei Centri della Federazione Italiana delle Comunità Terapeutiche" - Emanuela De Domenico Ceis Messina

Gli interventi della FICT, programma "Progetto Uomo", sono interventi multidisciplinari con l'obiettivo di promuovere la persona ad affrontare la quotidianità della vita e sviluppare le competenze lavorative, culturali e sociali.

I percorsi formativi iniziano già nella comunità terapeutica, ma è soprattutto nelle comunità residenziali che si ottiene una maggiore presa in carico delle persone svantaggiate dal punto di vista sociale e personale.

Le comunità sono percorsi di recupero e, nella diversa configurazione sul territorio nazionale, lavorano in contatto con enti di formazione, tenendo presente che già la comunità è un ente di formazione.

Il reinserimento è una dimensione fondamentale della cura. La relazione approfondisce inoltre il tema del lavoro protetto, come reinserimento in attività lavorative che prepara il terreno per le seguenti opportunità di occupazione stabile. I tirocini lavorativi non sono dunque assistenzialismo ma un processo di evoluzione e cura per persone che spesso hanno grandi difficoltà di reinserimento sociale, e che

**Il reinserimento
come parte
fondamentale
della cura**

abbinano al problema della tossicodipendenza la mancanza di una professionalità e/o esperienze carcerarie pregresse.

Un'osservazione importante per quanto riguarda lo sviluppo complessivo della persona nel programma di cura e riabilitazione è rappresentata dalla concezione del lavoro commisurato al livello di autonomia. Un secondo aspetto importante del tirocinio lavorativo riguarda la necessità di monitorare ed eventualmente approntare una strategia per il problema delle ricadute.

Alcuni esempi di imprese cooperative di tipo B realizzate da centri FICT:

- Cooperativa per panificio (Centri FICT di Avellino e Varese)
- Cooperativa per aree verdi (Centro di Varese)
- Laboratorio di pelletteria (Ceis Messina)
- Progetto "Food Value" -recupero e redistribuzione di alimenti e pasti (Centro Torinese di Solidarietà Torino)

PROPOSTE

- Possibilità di mantenere aperta la cartella presso il SerT (certificazione dello stato di tossicodipendenza) fino al raggiungimento di un completo reinserimento sociale e lavorativo

Il lavoro in rete

- Possibilità di accesso delle Coop di tipo B a servizi appaltati da Enti locali, nella misura dell'1%

"Rete di Cooperative sociali di tipo A e B sul territorio bresciano" – Alberto Festa di gruppo Fratennità – Ospitaletto (Brescia)

L'intervento sottolinea la strutturazione di una rete composta da:

- n. 16 cooperative di tipo B
- n. 6 cooperative di tipo A
- 450 persone regolarmente assunte (di cui solo 150 svantaggiati)

In questa esperienza si realizza una osmosi tra persone inserite nelle comunità (cooperative di tipo A) e coloro che già fanno esperienza lavorativa. Gli ambiti di conoscenza reciproca e condivisione sono ambiti di vita quotidiana: es. il pasto consumato nelle stesse mense. Ciò consente una conoscenza e un graduale avvicinamento degli utenti all'esperienza del lavoro attraverso il racconto delle situazioni professionali dei loro colleghi.

I proventi sono così realizzati:

- mercato interno (1/3)
- mercato prossimo – parenti (1/3)
- mercato del territorio (1/3)

La filosofia è dalla devianza all'agio, dall'agio alla gestione di servizi qualificati.

Condivisione con la comunità locale; superamento delle paure e delle divisioni.

Usando la cooperativa di tipo B per il reinserimento c'è la possibilità di interloquire con le aziende, parlare lo stesso linguaggio e dare garanzie.