

- FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE (FeDerSerD): Dott. Pietro Fausto D'EGIDIO, Dott. Felice NAVA, Dott. Guido FAILLACE, Dott. Alfio LUCCHINI, Dott. Maurizio FEA
- FEDERAZIONE ITALIANA COMUNITÀ TERAPEUTICHE (FICT): Dott. Luciano SQUILLACI, Paolo MERELLO
- FORUM DROGHE
- INTERCEAR, Dott. Umberto PAIOLETTI, Dott. GRILLO, Dott. SOLLINI
- LA TENDA, Dott. Marco BRUCI

COMPOSIZIONE DEL TAVOLO TECNICO INTERISTITUZIONALE

Istituzioni

Presidenza del Consiglio dei Ministri:
Dipartimento Politiche Antidroga
Dipartimento per le Politiche della Famiglia
Dipartimento delle Gioventù e del Servizio Civile Nazionale
Ministero della Salute
Ministero dell'Interno
Ministero della Difesa
Ministero degli Affari Regionali e delle Autonomie
Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca
Ministero della Giustizia
Garante Nazionale dei Diritti Delle Persone Detenute o Private Della Libertà Personale
Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT)
Gruppo Tecnico Dipendenze della Conferenza delle Regioni e Province Autonome della
Commissione Salute
Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR)
Istituto delle Nazioni Unite per la Ricerca sul Crimine e la Giustizia (UNICRI)

Associazioni dei servizi pubblici e privati

Associazione Italiana per le Cure delle Dipendenze Patologiche (ACuDIPA)
Associazione Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza (CNCA)
Coordinamento enti ausiliari regionali (INTERCEAR)
Associazione Luca Coscioni
Centro Italiano di Solidarietà don Mario Picchi ONLUS (CeIS)
Comunità Incontro
Comunità di S. Egidio
Federazione Italiana Comunità Terapeutiche
Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze (FeDerSerD)
Fondazione San Patrignano
Fondazione Villa Maraini Onlus

PAGINA BIANCA

CONTRIBUTI DEL PRIVATO SOCIALE

Relazione Annuale al Parlamento 2016
sullo stato delle tossicodipendenze in Italia

PAGINA BIANCA

| | |
|--|-----------|
| ACUDIPA – Progetto Reducron | 3 |
| CEIS – Reti di Comunità Terapeutiche | 12 |
| FICT – Prevenzione, Interventi specialistici, Gap e Riduzione del Danno | 19 |
| CNCA – FICT – INTERCEAR: Contributo | 24 |
| Co.N.O.S.C.I. Onlus, Forum Droga, Associazione La Tenda, Cooperate: Le Certificazioni Medico-Legali | 28 |
| FEDERSED - Medicina generale della prevenzione: cura delle dipendenze | 40 |
| FEDERSED - Gioco Responsabile | 44 |

ACUDIPA

Associazione Italiana per la cura delle dipendenze patologiche

Progetto Reducron. Osservazione diagnosi e disintossicazione -disassuefazione protetti e” Recovery” nelle dipendenze patologiche . Contributo alla Relazione al Parlamento 2016

a cura dell'Associazione Italiana per la cura delle dipendenze patologiche (ACUDIPA)

redatta da Giuseppe Mammana ,Patrizio Lamonaca,Giorgio di Lauro,Marcello Grasso con la collaborazione di Comunità Martinelli,Comunità S.Maurizio,Fondazione Nuovo Villaggio del fanciullo,Comunità Incontro,Comunità in Dialogo,Comunità Mondo Nuovo,Comunità Pars,Comunità Il Delfino di Taranto,Comunità Il Delfino di Cosenza ,Comunità Il Risorto,Comunità Spazioesse .

G.di Lauro V.Presidente Acudipa ,Direttore DDP Asl Napoli2 NORD,Resp .Progetto Reducron

G.Mammana Presidente Acudipa ,Direttore DDP Asl Foggia Sez Foggia Lucera

M.Grasso V.Presidente Acudipa, Già Direttore DDP Asl Palermo Sert Bagheria

P.Lamonaca Segr.Org.Acudipa Direttore generale Fondazione Nuovo Villaggio del fanciullo .Ravenna

Key Words

La riduzione della cronicità e la cronicizzazione nelle dipendenze patologiche nell'ambito dell'approccio del recovery . Le strade per l'appropriatezza ed efficacia delle cure finalizzate al miglioramento e alla guarigione delle persone dipendenti (Recovery) Il caso dei Codd (centri di osservazione diagnosi e disintossicazione-disassuefazione

Abstract

Le dipendenze sono una patologia complessa che ha implicazioni neurobiologiche, mentali, comportamentali, sociali, economiche e culturali: la dipendenza da droghe, da alcol e da altri oggetti e comportamenti si evolve ad alta velocità e si modifica in continuazione.nelle sue manifestazioni fenomenologiche

I servizi deputati alla cura delle persone dipendenti si trovano anzitutto di fronte alla necessità di trattare e ridurre il sintomo e decodificarlo in termini di osservazione clinica e diagnosi in ambiti protetti dal contatto con gli oggetti co-autori della dipendenza. Questo appare ancora più necessario in considerazione della mutata qualità delle intossicazioni e delle dipendenze attuali e della sempre più frequente coesistenza di problemi di comorbidità psichiatrica e doppia diagnosi. Per realizzare trattamenti efficaci nel medio e lungo periodo ,soprattutto nei casi ,più gravi diventa molto importante una prima osservazione che si accompagni a disassuefazione e diagnosi

*in condizioni protette e drug free e che non separi i problemi acuti della cura e del trattamento medico dalla progettazione ed avvio della riabilitazione psicosociale (Recovery) . Da questo buon avvio possono derivare programmi terapeutici appropriati,svolti in sede protetta o semiprotetta ambulatoriale , ben impostati dal punto di vista della integrazione degli interventi e capaci di ridurre la tendenziale cronicità della patologia e la cronicizzazione che possono essere indotta da approcci clinici non appropriati ,monocentrati sul farmaco o sulla sola permanenza contenitiva in comunità .In tal senso si vanno diffondendo sempre più in tutta Italia le esperienze di Centri di osservazione, diagnosi e disintossicazione protetta variamente denominati ed organizzati nelle varie regioni (Codd,Centri crisi ecc).La loro realtà nazionale è disomogenea e limitata anche per lo scarso peso assegnato nel nostro Paese ad una spesa di assistenza clinica e riabilitativa finalizzata ad un pieno recupero dei pazienti tossicodipendenti .Questi Centri sono accomunati dalle modalità di accoglienza dei pazienti per periodi limitati fino ad un massimo di 90-120 giorni, con l'obiettivo di ben trattare il paziente nella fase più acuta di disassuefazione e di formulare una adeguata diagnosi ed osservazione sulla base della quale si avvia , progetta e programma l'intervento riabilitativo psicosociale secondo una logica di recovery (miglioramento e guarigione) .**Il tutto viene realizzato in un ambito unico(di solito in comunità residenziali o semiresidenziali)capace di garantire interventi di disintossicazione-disassuefazione ,diagnosi ed osservazione ,completi , coordinati,competenti, orientati alla persona ,in continuità tra di loro, e con le fasi successive della riabilitazione psicosociale . Il Progetto è stato condotto tra gli associati alla rete nazionale dell'Acudipa ,Società scientifica nazionale particolarmente interessata allo sviluppo di tali strutture e programmi e istituzionalmente vocata alla scelta riabilitativa .Queste strutture e questi programmi possono inquadrarsi tra le azioni dedicate alla riduzione del rischio***

IL PROGETTO REDUCRON

*Il Progetto Reducron si è proposto anzitutto di individuare le varie esperienze italiane di Centri di osservazione, diagnosi e disintossicazione-disassuefazione in sede protetta di tipo residenziale o semiresidenziale-diurna e/o notturna.individuando questi luoghi come quelli più idonei alla prima costruzione di interventi di recovery nella rete dei servizi operanti in Italia **Le finalità** di questi Centri sono quelle di superare soprattutto per i pazienti più gravi le modalità di trattamento centrate sulla sola somministrazione ambulatoriale di farmaci in favore di una presa in carico complessiva dei pazienti che avviene per un periodo limitato in un centro protetto o semiprotetto dedicato ad attività di disintossicazione-disassuefazione,osservazione,diagnosi e progettazione ed avvio di programmi riabilitativi successivi . **I compiti** di tali centri sono centrati sulla realizzazione di una efficace disintossicazione-disassuefazione ,diagnosi e progettazione riabilitativa .**Le risorse** di cui essi dispongono sono quelle di Comunità terapeutiche “integrate” con personale medico,psicologico ,educativo e sociale ed organizzate in Centri specifici oppure in moduli di Comunità terapeutica ,dedicati ad un limitato numero di pazienti e per un periodo di tempo limitato che va in prevalenza dai 30 ai 90 giorni . Spesso questi Centri integrano i loro interventi con quelli dei Sert territoriali L'Associazione italiana per la cura delle dipendenze patologiche , dopo aver*

individuato queste realtà operative ,tutte accreditate nel SSN , tra i propri associati ha confrontato :

i meccanismi di autorizzazione ed accreditamento regionali;

il tipo di pazienti accolti;

i metodi diagnostici e clinici con particolare riferimento al tipo di dipendenze trattate, ai trattamenti farmacologici, psicoterapeutici ed educativi utilizzati ed alle loro modalità di integrazione ;

le modalità di integrazione operativa con i Sert ed i Ddp;

l'esito dei periodi di trattamento anche in relazione alla prosecuzione dei trattamenti in differenti sedi riabilitative;

la formazione più utile per il personale operante in queste strutture;

Il costo complessivo della struttura o dell'intervento.

Il rapporto annuale di Reducron definisce attualità e prospettive per questa tipologia di interventi nei servizi pubblici e privati istituzionalmente deputati alla cura dei tossicodipendenti ,soprattutto in termini di capacità attuale e di potenzialità future, di riduzione dei fenomeni di cronicità e cronicizzazione nelle dipendenze patologiche e di proposizione di modelli positivi di cura orientati alla riabilitazione psicosociale ed al recovery . I risultati sinora ottenuti ci indicano una strada complessa ,ma importante da perseguire nei tentativi di ridurre cronicità e cronicizzazione nelle dipendenze patologiche .La riduzione di questi fenomeni negativi può incidere anche positivamente sulle ricadute economiche dei trattamenti in materia di dipendenze e sembra quindi opportuno affrontare il problema anche in termini di governance dei sistemi di cura delle dipendenze

METODOLOGIA

Il Progetto ha individuato una rete di centri italiani residenziali o semiresidenziali che prendono in carico pazienti con problemi di dipendenza patologica per un trattamento di disassuefazione diagnosi ed osservazione eventualmente seguito da un programma riabilitativo realizzato in sede residenziale ,semiresidenziale o ambulatoriale . I centri selezionati all'interno della rete Acudipa sono tutti autorizzati e accreditati nel SSN negli Albi Regionali degli enti Ausiliari ed in alcuni casi prevedono l'integrazione operativa coi Sert e Ddp. Attraverso conferenze nazionali, incontri ,focus group più ristretti e report analitici sono stati analizzati:

i sistemi di accreditamento ed autorizzazione,

le tipologie di pazienti accolti,

le modalità di integrazione con Sert e DDp.

L'analisi di 100 casi in trattamento nell'ambito di un periodo di almeno dodici mesi anche in relazione ai programmi riabilitativi successivamente seguiti ha fornito lo spunto per alcune riflessioni sulla utilità di questi Centri e sul loro sviluppo all'interno della varia articolazione degli interventi di cura e riabilitazione ,

lo studio dei sistemi formativi più adatti al personale operante e quello sul costo degli interventi hanno completato la ricerca.

Primi Risultati del progetto

Un rapporto definitivo potrà essere prodotto al termine del Progetto che deve realizzare una sua seconda annualità .Quelli che riportiamo sono i dati sinora acquisiti ,parziali ,ma significativi soprattutto rispetto alla definizione di questa tipologia di strutture ed interventi , alle loro caratteristiche realizzative ed alle loro possibilità di sviluppo.

1 Sintesi dei dati amministrativi raccolti

- Sono state individuate varie esperienze italiane di Centri di osservazione, diagnosi e disintossicazione in sede protetta di tipo residenziale o semiresidenziale-diurna e/o notturna. Esse sono elencate nella tabella acclusa a questo report .
- Sono stati confrontati i meccanismi di **autorizzazione** ed **accreditamento** regionali
- I comportamenti amministrativi regionali in materia di CODD sono risultati assolutamente disomogenei tanto nella denominazione che nella operatività di tali centri, pur mantenendo essi il minimo comune denominatore delle funzioni operative di osservazione ,diagnosi e disintossicazione e del periodo breve di trattamento (90-120 gg) in cui sono associati il trattamento farmacologico e primi elementi di progettazione e programmazione di riabilitazione psicosociale .
- Nello studio effettuato si rileva che non esiste una formazione specifica per gli operatori ed i professionisti di questi Centri ,pur trattandosi di una funzione operativa complessa ed abbastanza dissimile da quella tradizionale sia dei Sert che delle Comunità terapeutiche .Il recovery è un approccio metodologicamente ben definito che richiede una formazione specifica degli operatori che lo utilizzano .Il cambiamento operativo in questa area dei servizi per le dipendenze potrebbe influenzare in senso positivo l'intero sistema dei servizi
- I costi complessivi dei CODD sono diversi da Regione a Regione spesso per la stessa tipologia di servizio
- I CODD sono riconosciuti ed accreditati come tali solo in alcune regioni. Ad esempio :

Piemonte – Sono denominati Centro crisi

Calabria – Sono variamente denominati e la normativa risulta molto articolata

Emilia-Romagna – Sono denominati Centro per la gestione della crisi e la rivalutazione diagnostica

- In altre regioni poi operano come Codd alcune comunità accreditate, genericamente come tali, oppure moduli di osservazione ,diagnosi e disintossicazione all'interno di comunità educative o terapeutiche .I Codd non sono accreditati come tali in un generale quadro di mancata applicazione dell'accordo quadro Stato-Regioni del 1999 che prevedeva l'esistenza di strutture con tali funzioni .
- I COSTI sono differenti a seconda che i CODD vengano strutturati come strutture a sé stanti o come moduli in comunità terapeutiche .Esemplificando :

I CODD come struttura a sé stante hanno il seguente costo medio : €111,43

I CODD come modulo in Comunità terapeutiche modificate hanno il seguente costo medio: €80,4

2 Sintesi dei dati clinici raccolti

I dati sono stati raccolti in comunità terapeutiche in 9 regioni italiane .

| N° casi analizzati 111 di cui 2 donne CENTRI PARTECIPANTI AL PROGETTO | | N CASI |
|---|-----------------|--------|
| CENTRO MARTINELLI AGRATE (MN) | LOMBARDIA | 1 |
| CERCHIO DI GESSO PRATO(FI) | TOSCANA | 5 |
| CT IL DELFINO TARANTO | | 6 |
| COMUNITA IL RISORTO TARANTO | PUGLIA | 9 |
| CT IN DIALOGO TREVIGLIANO (FR) | LAZIO MOLISE | 13 |

| | | |
|---|------------------------|----|
| CT PARS CORRIDONIA (MC) | MARCHE | 11 |
| CT SAN MAURIZIO BORGHI (FC) | EMILIA- ROMAGN A | 28 |
| CT SPAZIO ESSE LOSETO (BA) | PUGLIA | 11 |
| MONDO NUOVO CIVITAVECCHIA(RM) | LAZIO ABRUZZO | 23 |
| VILLA NINA-FONDAZIONE VILLAGGIO DEL FANCIULLO RAVENNA | EMILIA- ROMAGN A | 4 |

Sono stati analizzati 111 casi trattati dall'1-6-12 al 30-6-13 . 101 casi sono stati ammessi nel campione progettuale . I casi dei pazienti che sono stati analizzati mostrano le seguenti caratteristiche :

- L'utenza prevalente CODD viene dal Sud Italia in cerca di soluzioni esistenziali e cliniche verso il Centro ed il Nord Italia. Analogamente ad altri fenomeni di “migrazione terapeutica” anche in questo campo come in quelli di altre malattie croniche o che richiedono interventi più specialistici ,complessi e multidisciplinari i pazienti provenienti dal Sud Italia si recano in strutture del Nord Italia .In questo campo la migrazione è giustificata sia dalla necessità di allontanarsi da ambienti familiari e sociali vissuti come immodificabili, sia dalla realtà o dal mito di possibili inclusioni socio lavorative teoricamente più possibili in Nord Italia che in Sud Italia .
- Molti pazienti provengono da precedenti esperienze di trattamento e ricadute cliniche .
- In tali Centri è presente una scarsa popolazione alla prima esperienza di detossicazione . I nuovi ingressi giovanili sono mancanti per scarso invio da parte dei Servizi territoriali come se questa strada venisse indicata solo a pazienti già cronicizzati . I pazienti difatti mostrano 'età avanzata e tendono a muoversi in questi servizi con la modalità delle porte girevoli e dei pazienti cronici .Questo indica una particolare modalità di funzionamento dei servizi ambulatoriali territoriali che dovrebbe essere attentamente analizzata e forse modificata
- Negli interventi realizzati si manifestano scarsa integrazione centrata sulla persona degli stessi interventi ,scarsa continuità terapeutica ,scarsi ponti relazionali istituzionali tra servizi territoriali e comunità terapeutiche modificate (CODD)
- Nei pazienti accolti sono presenti importanti patologie e loro esiti spesso misconosciuti anche dai servizi territoriali . Soprattutto sono rilevate patologie collaterali infettive come HBC . Si rilevano in questi centri e precedentemente nei Sert scarse azioni terapeutiche specialistiche realizzate nei confronti di queste patologie gravemente invalidanti. I CODD

si rivelano tuttavia, a differenza dei Sert e per l'utenza considerata nella ricerca, un importante luogo di scoperta e diagnosi di tali patologie con efficacia mediamente superiore ai servizi territoriali quanto meno nella diagnosi di tali problematiche

- Nei CODD, rispetto ai servizi territoriali, migliora anche la diagnosi psichiatrica e quella tossicologica spesso assente all'ingresso dei pazienti nel CODD.
- Nei CODD, rispetto ai servizi territoriali, a seguito di una migliore diagnosi effettuata in condizioni drug free, migliorano anche la terapia tossicologica e quella psichiatrica. In tali contesti protetti o semiprotetti si può fare molto di più per migliorare i trattamenti, in particolare quelli farmacologici per le dipendenze e per le patologie collaterali e psichiatriche. Col potenziamento di queste tipologie di servizi si potrebbero ridurre molti trattamenti inappropriati e dare continuità agli interventi di tipo farmacologico e di riabilitazione psicosociale in un miglior rapporto complessivo e con una migliore integrazione con i Sert.
- Più precoce e più in giovane età è l'avvio di percorsi Codd da parte dei Sert, maggiore è l'esito positivo dei trattamenti identificato con il raggiungimento del fine della diagnosi, della disintossicazione-disassuefazione e della progettazione riabilitativa. Sembra pertanto opportuno favorire, da parte dei Sert, l'invio precoce in questi centri dei pazienti disponibili al trattamento, anziché dopo lunghi periodi di trattamento a volte solo farmacologici, come avviene spesso sinora.
- Quel che possono fare i Codd non possono farlo i servizi territoriali, gli ospedali, le comunità terapeutiche da soli. Insieme Sert e Codd potrebbero migliorare notevolmente la qualità dell'assistenza fornendo interventi più appropriati e dando, completezza, competenza, continuità ed integrazione all'intero sistema di cure.

3 Considerazioni sui Codd

Il Progetto realizzato nelle Strutture residenziali per la gestione delle crisi e la rivalutazione diagnostica (CODD) ci consente di affermare alcuni criteri generali utili a rendere omogenea l'esperienza nazionale di questi Centri ed a sviluppare e collocare questa esperienza nell'ambito della impostazione di nuovi servizi per le dipendenze orientati al recovery (miglioramento e guarigione).

- Nei Codd possono essere svolti interventi di disintossicazione, osservazione, diagnosi a carattere multidisciplinare integrato, finalizzati al compenso della situazione psico-fisica ed all'avvio della riabilitazione psicosociale del paziente che vi accede. Il periodo di trattamento è limitato, ma completo perché al trattamento medico viene contemporaneamente associato quello psicosociale. Il trattamento stesso prosegue successivamente in centri ambulatoriali, semiresidenziali, diurni, ambulatoriali secondo criteri di personalizzazione degli interventi.

- In questi CODD il personale deve garantire la valutazione diagnostica multidisciplinare (psichiatra, medico, infermiere, educatore, ...) , l'assistenza medico-specialistica ed eventualmente psichiatrica per il trattamento dello stato di intossicazione, la consulenza per le patologie collaterali e la progettazione e l'avvio delle prime fasi della riabilitazione psicosociale .Il tempo di osservazione va da 30 a 90 giorni .e contemporaneamente d'intesa coi Sert e con le altre strutture riabilitative operanti su periodi di tempo medio-lunghi si progettano e programmano i successivi interventi di trattamento psicosociale .
- E' importante definire procedure omogenee corredate da protocolli tecnici per la gestione delle crisi tossicomane, sociali-relazionali , psichiatriche.
- E' importante definire procedure per l'integrazione dei Codd nella rete dei servizi ambulatoriali e riabilitativi per tossicodipendenti e dei servizi ospedalieri al fine di garantire che tali azioni siano scisse e sordinate rispetto alla prospettiva della riabilitazione psicosociale .

Gli approfondimenti necessari per uno sviluppo del Progetto e delle strategie di

Recovery

Occorre implementare le conoscenze amministrativo-normative regionali e definire e possibilmente codificare almeno in linea di massima gli interventi CODD a livello nazionale al fine di ottenere :

- una loro maggiore omogeneità;
- **una forte integrazione tra gli interventi dei Sert e delle comunità terapeutiche favorito proprio dallo sviluppo di queste strutture o moduli di transizione** .Occorrerebbe rivedere con spirito riformatore le modalità di funzionamento di tali servizi affinché ambedue le aree possano contribuire concretamente a rafforzare ed evolvere i programmi di trattamento farmacologico e riabilitazione psicosociale e ridurre cronicità e soprattutto cronicizzazione nelle dipendenze patologiche
- **la misurazione più dettagliata e più strutturata** di ciò che i Codd possono produrre in termini di riduzione della cronicità e della cronicizzazione;
- **l'adozione di strategie formative specifiche** per il personale multidisciplinare addetto a tali servizi soprattutto nei campi del **counseling , del coaching specialistico e dell'empowerment** per le dipendenze patologiche .Tali sistemi formativi ed operativi a tutt'oggi sono assolutamente carenti.
- **una valutazione dei costi** comparati a quelli di analoghi interventi realizzati in sede ospedaliera;

- **la costituzione di una specifica offerta di servizio** nella rete nazionale e **di uno specifico network** di confronto e di scambio di esperienze
- una più chiara ed omogenea cornice normativa da discutere nel **Coordinamento delle Regioni** che valorizzi in tutto il paese l'esperienza dei Codd .
- **una considerazione adeguata della tematica dei Codd e degli altri strumenti tecnici di riduzione della cronicità e cronicizzazione e di recovery (miglioramento e guarigione)** all'interno delle più complessive ed articolate scelte governative in materia di Policy delle dipendenze patologiche



Il Centro Italiano di Solidarietà don Mario Picchi (CeIS) è una libera associazione senza scopo di lucro promossa alla fine degli anni '60, e costituita legalmente nel 1971, dal sacerdote Mario Picchi con il fine di affrontare i problemi derivanti dall'emarginazione e dal disagio giovanile e familiare.

All'inizio gli sforzi del Centro sono stati soprattutto tesi a sensibilizzare l'opinione pubblica sui temi delle guerre, della fame, della povertà e del disagio giovanile. Più tardi la diffusione del consumo di droghe raggiunse livelli allarmanti e il Centro accettò la sfida e iniziò a operare in questo campo.

Nasceva così, e a poco a poco andava sviluppandosi, un progetto per una nuova cultura della vita, articolato in diversi programmi educativi e terapeutici, la cui filosofia di riferimento è stata chiamata Progetto Uomo.

"Progetto Uomo" è l'insieme di principi e di valori che guidano il lavoro del Centro don Mario Picchi e ai quali si sono ispirati tanti gruppi e associazioni in Italia e nel mondo, in particolare per liberare i giovani dalla dipendenza della droga.

Progetto Uomo conserva una notevole forza innovatrice anche a distanza di anni, dal momento che nonostante gli avanzamenti medico-farmacologici, psicoterapeutici e socio-educativi che sono stati certamente determinanti per una evoluzione dei meccanismi di contrasto delle dipendenze, ancora non si è pervenuti ad una interpretazione così "umanistica" e "umanizzante" della cura.

1. RETI DI COMUNITA' TERAPEUTICHE. UNA SFIDA LOCALE E NAZIONALE

Il CeIS è da sempre al fianco delle agenzie pubbliche nell'impegno in favore di persone con problemi di dipendenza. Questo impegno non è stato mai vissuto come un mero adeguamento al presente, ma piuttosto come costante stimolo di riflessione e apprendimento reciproco, nell'ottica di una sussidiarietà quotidianamente praticata.

Il primo contributo che vogliamo portare all'attenzione è l'emersione, negli ultimi anni, di alcuni interessanti elementi di novità che prendono spunto da un rinnovato percorso di costruzione e consolidamento di reti territoriali.

Ad esempio, l'ambito territoriale della Regione Lazio ha visto nascere l'Associazione delle Comunità Terapeutiche Accreditate (ACTA LAZIO). Si tratta di 14 organismi laziali impegnati in favore di persone con problemi di disagio, anche psichico, dipendenza comportamentale e/o da sostanze d'abuso o di grave emarginazione sociale che hanno deciso di dare vita ad un nuovo soggetto. Complessivamente, ACTA Lazio offre servizi a oltre 745 utenti con 277 operatori e con la fornitura di 804 mila pasti all'anno. Fanno parte di ACTA Lazio: *Associazione Centro Italiano di Solidarietà don Mario Picchi, Associazione Comunità Mondo Nuovo, Associazione Comunità Emmanuel Onlus, Associazione Giacomo Cusmano Onlus, Associazione Comunità Massimo Onlus, Associazione L'Approdo Onlus, Centro di Solidarietà Ce.I.S. San Crispino di Viterbo, Comunità Fratello Sole, Comunità In Dialogo Onlus, Fondazione Exodus, Il Ponte Centro di Solidarietà Onlus - Civitavecchia, Associazione di Volontariato onlus Nuovi Orizzonti, Fondazione Villa Maraini Associazione Dianova Onlus.*

ACTA Lazio raccoglie culture, modelli e approcci differenti. Li unisce l'impegno assiduo, una storia comune, una professionalità riconosciuta. Tale patrimonio è stato valorizzato in molte occasioni di scambio sia a livello regionale che nazionale. A livello regionale, ad esempio,

ACTA Lazio ha concluso utilmente un'interlocuzione con l'amministrazione regionale in materia di adeguamento delle rette (che nel Lazio erano la metà della media nazionale) arrivando a concordare un sostanziale ritocco che ha preso il via proprio quest'anno. Il patrimonio di informazioni, metodologie e strumenti per la prevenzione e la riabilitazione delle persone che fanno abuso di sostanze e che è espresso da reti come ACTA Lazio ha la potenzialità di elevare la capacità complessiva di contrasto e prevenzione a livello nazionale.

2. GLI INTERVENTI SPECIALISTICI E L'EVOLUZIONE NELLA TRADIZIONE DELLO STRUMENTO "COMUNITA' TERAPEUTICA"

Circa a metà degli anni '60 nascono le prime risposte al fenomeno della tossicodipendenza in Italia, ascrivibili a quello che in seguito può essere chiamato il "movimento" delle Comunità Terapeutiche.

Fin da subito gli approcci seguiti si caratterizzano per riadattare modelli di accoglienza e di presa in carico in cui si privilegia l'identificazione con l'ex tossicodipendente ed un approccio ispirato a modelli nord-americani.

Ad esempio il Centro Italiano di Solidarietà, a cui capo c'è don Mario Picchi, sceglie alla fine degli anni '60 di adattare il modello "Daytop" che Monsignor O'Brien aveva ideato per i tossicodipendenti in larga parte reduci della guerra del Vietnam negli Stati Uniti. Nascono modelli che divengono dei punti di riferimento a livello mondiale (Progetto Uomo, San Patrignano, Comunità Incontro, ecc.).

In seguito i modelli evolvono verso una maggiore specializzazione, di matrice nord-europea. Gli approcci si qualificano sempre di più per inserire elementi terapeutico-riabilitativi al fianco dei tradizionali strumenti educativi e pedagogici. Sotto la spinta dei processi di accreditamento, infine, le Comunità Terapeutiche subiscono una ulteriore evoluzione sia sul versante dei modelli di trattamento sia per quanto concerne una progressiva qualificazione della componente professionale.

Da allora i modelli di Comunità Terapeutiche storicamente rilevanti hanno subito forti mutazioni, benché non abbiano mai perso la loro identità iniziale. L'attuale scenario mostra un movimento tuttora in grado di innovare su molti dei nuovi fronti che si sono aperti sul campo del contrasto alle dipendenze.

Ad esempio, emergono negli ultimi anni problematiche nell'area della salute mentale e della doppia diagnosi. Alcune Comunità Terapeutiche si organizzano e si riadattano per fare in modo che il trattamento di questa complessa categoria d'utenza a forte emergenza sociale adotti un approccio intersistemico dove l'intervento di tipo terapeutico sia centrato sulla persona, sul gruppo e sulla famiglia. Quest'approccio si caratterizza anche per l'intenso lavoro interistituzionale sostenuto da uno sforzo informativo continuo tra pubblico e privato a cui le Comunità Terapeutiche ed i servizi pubblici erano in passato poco avvezze.

Interventi specialistici vengono sempre più riservati alle nuove dipendenze, tra cui spiccano il Gioco d'Azzardo Patologico, lo shopping compulsivo e le dipendenze da internet. Le Comunità si adattano per accogliere questi nuovi bisogni di accompagnamento e reinserimento che necessitano di nuovi strumenti volti a sostenere la persona in un processo di allontanamento dai propri comportamenti disfunzionali, al fine di perseguire un miglioramento globale della qualità della vita.

Nel tempo si assiste alla sperimentazione di strutture ancor più specialistiche. Un esempio, le strutture residenziali rivolte alle madri e ai bambini. In questi servizi residenziali le madri vengono aiutate a sviluppare una specifica motivazione rispetto alla responsabilità della genitorialità, fornendole stimoli e strumenti in grado di incoraggiare e sostenere da una parte la risoluzione della situazione di tossicodipendenza e la costruzione di una diversa identità, dall'altra una nuova sensibilità alle difficoltà dell'essere madre che consenta di individuare e definire le strategie di intervento in grado di meglio rispondere alle esigenze del nucleo familiare.

Il lascito dei padri fondatori (don Picchi, don Ciotti, Muccioli e altri) sembra che si possa identificare non solo in un modello di Comunità Terapeutica o in uno specifico approccio,