

“Attività di prevenzione all’abuso di alcol nelle aziende” – Paolo Cimarosti Servizio di Alcologia ASL Pordenone e referente regionale del Consiglio Direttivo nazionale SIA)

La relazione inizia citando i riferimenti normativi circa le attività lavorative in cui viene proibito l’uso dell’alcol (mansioni sanitarie, insegnamento nelle scuole, attività di trasporto, lavori edili, ecc...).

Il documento proposto in tre aree:

- Area informazione/formazione nel mondo del lavoro al fine di promuovere stili di vita privi di alcol nel posto lavorativo e fuori dal lavoro. Centrale è il documento di Valutazione dei rischi che comporta anche l’identificazione precoce della popolazione a rischio.
- Costruzione della rete dei referenti istituzionali. Essa comprende:
 1. operatori sanitari
 2. medico del lavoro
 3. medici di Medicina Generale
 4. Servizio di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro
 5. Servizio di Alcologia
 6. Sindacati e Responsabili della sicurezza
 7. Volontariato

Queste figure concorrono ad un protocollo di intervento nei luoghi di lavoro.

- Intervento sui singoli casi. Il protocollo di intervento ha due finalità:

1. Controllo
2. identificazione e intervento in situazioni specifiche, con lo scopo di evitare l’esclusione sociale.

Il “Case Manager” per il reinserimento sociale e lavorativo

“Il reinserimento sociale e lavorativo possibile” – Teresa Marzocchi LA RUPE di Bologna CNCA

La relazione sottolinea l’importanza del lavoro nella prevenzione, nel trattamento, nella fase di reinserimento, negli interventi di riduzione del danno e nel reinserimento a lungo termine.

Viene presentata la figura del Case Manager, che va oltre la semplice figura del tutor ma diventa “operatore nel reinserimento socio-lavorativo”. Le sue funzioni sono di integrazione, pianificazione, coordinamento e continuità.

L’esperienza dimostra che il lavoro non basta: esso deve essere unito alla possibilità di usufruire di tutte le risorse del territorio, attraverso un insieme di azioni che sviluppino la presa in carico globale della persona, interventi flessibili differenziati al fine di supportare la ricerca e il mantenimento del lavoro, il reperimento dell’abitazione e l’allestimento e il potenziamento della rete relazionale. Il case manager ha

perciò necessita di possedere conoscenze e competenze multidisciplinari, in modo da coordinare vari attori, stare in diversi ruoli, nel processo di reinserimento psicosociale.

Scopo del progetto presentato è quello di costruire un sistema di rete dei servizi e costruire prassi e procedure condivise e riproducibili.

L'accompagnamento sociale si inserisce nel processo personalizzato, sottoscritto dalla persona e comprende l'analisi della rete familiare e amicale, il sostegno alla persona, la calendarizzazione di verifiche, il monitoraggio della gestione dello spazio e del tempo. In questo quadro si inserisce il Progetto Integrat, rete di appartamenti a tempo breve, con impianti differenziati, al fine di dare autonomia.

Lavoro e riduzione del danno, nella relazione viene presentata l'esperienza di Bologna, che promuove il lavoro possibile anche per soggetti inseriti nelle azioni di riduzione del danno, con una retribuzione commisurata al tempo possibile di re lavorative effettivamente prestate.

L'obiettivo è quello di avvicinare la persona a percorsi di trattamento e comunque mantenere la sua inclusione sociale in modo che maturi la sua scelta di intraprendere un percorso virtuoso di affrancamento possibile dallo stato di dipendenza.

PROPOSTE

Dare attuazione al progetto di Inclusione Sociale per tossicodipendenti ad alta marginalità, promosso da 18 Regioni (capofila la Regione Toscana) e un fondo previsto di 6 milioni di euro.

SOTTOLINEATURE

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

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

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

4	Dare attuazione al progetto di Inclusione Sociale per tossicodipendenti ad alta marginalità, promosso da 18 Regioni (capofila la Regione Toscana) e un fondo previsto di 6 milioni di euro.
---	---

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

“La valutazione permanente dei trattamenti e dei risultati”

Relatori: Roberto Decidue, Raffaele Lovaste, Marina Davoli, Maurizio Gomma, Vittorio Foschini, Augusto Consoli

Moderatore: Michele Ferdico

Il lavoro della sessione “la valutazione permanente dei trattamenti e dei risultati” nelle dipendenze patologiche ha rappresentato un’interessante opportunità di confronto tra gli operatori del settore su un tema di forte espansione culturale e pratica.

I punti chiave che sono emersi dal tavolo dei relatori e dalle osservazioni dei partecipanti sono stati i seguenti:

- a. È emersa in modo unanime l’esigenza di un processo di valutazione dei trattamenti inteso come uno strumento ormai irrinunciabile per la taratura dell’intero sistema delle dipendenze patologiche, pubblico e privato, e il miglioramento continuo della quality care del settore;
- b. Lo stato dell’arte offerto in questa sessione indica come la cultura della valutazione dei trattamenti e dei risultati sul territorio italiano si sia sviluppata a macchia di leopardo, con molte differenze, anche spiccate, tra le varie realtà regionali. Il percorso di valutazione riscontrato sul territorio indica un maggior coinvolgimento dei servizi pubblici che si occupano di dipendenze rispetto agli enti privati. Sul piano della metodologia adottata, infine, si rileva una disomogeneità della raccolta dei dati e degli indicatori, dovuta ad una difficoltosa interpretazione della standardizzazione di alcune dimensioni critiche come l’outcome;
- c. Le conoscenze ricavabili dai dati ministeriali o da studi sistemici evidenziano ancora pochi dati evidence-based, e limitati ai trattamenti farmacologici. Il trattamento con metadone a lungo termine (> 180 gg.) e a dosaggi adeguati (>60 mg/die) appare la tipologia di trattamento in grado di offrire i migliori risultati in termini di ritenzione in trattamento. Non si conoscono indicazioni evidence-based sul trattamento della dipendenza di altre sostanze d’abuso, come la cocaina e l’alcol, anche dovuto all’assenza di tipologie di trattamento individuabili come golden standard. Per quanto riguarda, infine, la ritenzione in trattamento, è emerso il dato sull’interruzione dei trattamenti in comunità terapeutiche, che è del 75% a 6 mesi e si riduce al 20% a 18-24 mesi, e dei centri crisi, che hanno un drop-out dei trattamenti di circa il 60% (Regione Piemonte).

Sul piano delle opportunità e delle proposte di miglioramento della cultura della valutazione sono emersi questi suggerimenti:

- A. Promuovere e sostenere una cultura della valutazione, a partire dalla costruzione di un percorso coerente e appropriato tra dimensioni, indicatori dell’outcome e sistemi di performances, centrato sia sull’operatività del sistema di cura delle dipendenze che sull’individuo (effetto percepito dall’utente e dal suo sistema relazionale);

La valutazione dei trattamenti

Una cultura della valutazione

- B. Avviare, implementare e mantenere in sistema report di tipo informatico nel sistema di cura delle dipendenze, pubblico e privato, che porti alla costruzione di dati attendibili per una valutazione degli esiti dei trattamenti;
- C. Diffondere le evidence-based practices fin qui disponibili, attraverso la lettura delle revisioni sistematiche o dei lavori di meta-analisi condotte sul settore, avviare un percorso di determinazione di linee-guida, sia per quanto riguarda i trattamenti farmacologici che non farmacologici.

SOTTOLINEATURE

-
- | | |
|-------|---|
| 1 | Promuovere e sostenere una cultura della valutazione |
| <hr/> | |
| 2 | Costruzione di dati attendibili per una valutazione degli esiti dei trattamenti |
| <hr/> | |
| 3 | Diffondere le evidence-based practices |
-

Report della sessione del 13 marzo 2009 - Sala Vulcania 2 , ore 9.00

“Donne e droga: madri tossicodipendenti e bambini, la maggiore vulnerabilità”

Relatori: Daniela Cremasco, Marina Garnieri, Marina Podio, Umberto Nizzoli, Bartolomeo Barberis.

Moderatore: Vincenza Iossa

“Donne e droga: madri tossicodipendenti e bambini, la maggiore vulnerabilità”: questo il titolo della sessione di questa conferenza dedicata ad un tema tanto complesso quanto poco frequentato dalla letteratura di settore, dai media e anche dai politici.

**Tema complesso
ma spesso
trascurato**

Cinque esperti e operatori dei servizi, pubblici e privati, hanno presentato ricerche e concrete esperienze svoltesi in questo delicato settore in diverse zone del nostro paese.

**Esperienze a
confronto**

È stato affrontato il tema della cura dei genitori tossicodipendenti e dei minori, della necessità e contemporanea carenza di strutture dedicate e anche il tema dell'integrazione dei servizi pubblici e privati.

Nel Lazio sono state realizzate alcune esperienze pilota in tal senso il cui punto di forza è stato esattamente il coordinamento delle strutture dedicate agli adulti con quelle per i minori. (Progetto “I Figli crescono”, proposto e gestito dalle associazioni “Saman” e “Bambini nel Tempo” del Comune di Roma; “Programma Natale” realizzato dalla Comunità “Saman” di Latina e “Le Vergini nuove” sempre della provincia pontina)

Obiettivo lo sviluppo delle capacità genitoriali e comunque la tutela del superiore interesse del minore.

Sono stati poi presentati i risultati della ricerca “VEdeTTE”, studio nazionale per la valutazione dell'efficacia dei trattamenti per la tossicodipendenza da eroina.

**La ricerca
VEdeTTE**

La ricerca ha coinvolto 11.905 tossicodipendenti da eroina, tra il 1998 e 2001, appartenenti a 13 regioni italiane. La riflessione si è soffermata sulle differenze che si manifestano nella tossicodipendenza da eroina nel genere maschile e femminile e sulle possibili motivazioni ed esiti.

È stato anche illustrato uno studio condotto sugli esiti a breve e lungo termine del trattamento delle madri tossicodipendenti e dei loro bambini nella città di Torino; focus la dipendenza patologica e la condizione di madre. Entrambi gli approcci sono stati caratterizzati da un'ottica not gender blinded.

Il tema della violenza in famiglia correlata all'uso di alcol/droghe ha occupato uno spazio rilevante nel corso della sessione. Si è sottolineato come minori che vivono con genitori che hanno problemi di dipendenza da alcol e che allo stesso tempo mettono in atto violenze ed abusi in famiglia sono soggetti ad un rischio di danno

**La correlazione
tra violenza in
famiglia e l'uso di
alcol/droga**

evolutivo molto più elevato degli altri bambini e come la coesistenza di entrambi i problemi in almeno uno dei genitori (sia dipendenza da alcol che la perpetrazione di violenza) sia associata ad effetti negativi più elevati.

In Italia (dati EUROCARE & COFACE, 1998) si stima che siano tra i 602.000 e 1.032.000 i casi di figli di alcolisti. Se ad essi si aggiungono i figli dei tossicodipendenti si arriva a 750.000 – 1.200.000 minori interessati dal fenomeno. I bambini figli di alcoolisti o di tossicodipendenti, spesso oggetto di maltrattamenti o spettatori di episodi di violenza entro le mura domestiche, manifestano danni evolutivi che presentano stretti parallelismi con quelli dei bambini soggetti ad abuso domestico.

**La necessità
di una risposta
unitaria**

Esiste, dunque, un urgente bisogno di offrire una risposta per poter ridurre i danni (fisici, psicologici e relazionali) che subiscono i bambini figli di genitori alcolisti e/o tossicodipendenti quando sono oggetto di maltrattamenti.

In Italia, si è rilevato, è poco frequente che i problemi di abuso di alcol o droghe e quelli di violenza domestica trovino una risposta unitaria combinata all'interno del medesimo servizio: nella fase di identificazione del fenomeno ed in quella di intervento sono spesso coinvolti servizi diversi che hanno fra loro scambi limitati e a volte antagonisti.

Di conseguenza gli adulti (e soprattutto i loro figli) non ricevono un supporto capace di rispondere ai propri bisogni in modo adeguato. Tale situazione a pieno titolo si configura come un'urgenza sociale e sanitaria.

In conclusione è stata messa in luce la fondamentale importanza della ricostruzione di ambienti a carattere familiare assistiti da operatori in prima del reinserimento sociale e lavorativo delle donne e madri tossicodipendenti. È stata illustrata a tale proposito l'esperienza della "Casa famiglia" realizzata dalla Comunità Giovanni XXIII.

La discussione che si è aperta, e che ha richiesto un successivo momento di approfondimento nella sessione serale di Agorà svoltasi dalle 20 alle 21, si è focalizzata attorno a due grandi temi.

**Due temi
importanti**

Il bisogno di sostegno ai genitori perché ne possano emergere al meglio le competenze genitoriali e il bisogno di tutela dei bambini, nel superiore interesse del minore.

È emersa la richiesta di attenzione a questo tema da parte delle istituzioni e soprattutto uno spazio dedicato all'interno dei temi trattati dal Dipartimento per le Politiche antidroga; la necessità di far conoscere quanto si fa concretamente nel paese, le famose buone prassi, e di far emergere lo sforzo e le questioni degli operatori che concretamente operano in situazioni complesse e senza molti strumenti neppure culturali; la necessità di costruire una rete tra gli operatori interessati e gli esperti di questo settore anche utilizzando gli spazi web già approntati per questa Conferenza; la necessità di raccogliere dati esistenti ma a macchia di leopardo. Nella speranza che tale attenzione possa attivare le risorse economiche, di formazione, di certo importanti ma sicuramente necessarie.

SOTTOLINEATURE

-
- | | |
|-------|---|
| 1 | Necessità di strutture dedicate alla cura di genitori tossicodipendenti e dei minori.....
bisogno di sostegno ai genitori ...bisogno di tutela dei bambini |
| <hr/> | |
| 2 | Integrazione dei servizi pubblici e privati |
| <hr/> | |
| 3 | Richiesta di una maggiore attenzione da parte delle istituzioni e soprattutto uno spazio
dedicato all'interno del Dipartimento per le Politiche Antidroga |
| <hr/> | |
| 4 | Necessità di far conoscere le buone prassi |
| <hr/> | |
| 5 | Necessità di costruire una rete tra gli operatori interessati e gli esperti di questo settore |
| <hr/> | |
| 6 | Necessità di raccogliere dati esistenti |
| <hr/> | |
| 7 | Attivazione di risorse economiche e di formazione |
-

Report della sessione del 13 marzo 2009 - Sala Vulcania 1, ore 10.30

“Carceri e nuovi scenari”

Relatori: Serenella Pesarin, Francesco D’Anselmo, Paolo Quattrone, Susanna Falchini Marco Cafiero, Sandro Libianchi, Stefano Regio.

Moderatore: Domenico Cortese

I relatori hanno effettuato un’analisi sostanzialmente condivisa delle problematiche carcerarie e dei percorsi giudiziari evidenziando:

Le principali problematiche

1- L'emergenza affollamento delle strutture penitenziarie: come è noto, a seguito dell'indulto, dopo una prima fase di riduzione della popolazione carceraria, si è passati alle attuali oltre 62 mila presenze, a fronte dei circa 43 mila posti di capienza regolamentare.

Sovraffollamento delle strutture penitenziarie

I dati evidenziano che circa il 27% dei detenuti ha problemi di tossicodipendenza rilevata, in numero non definito evidenziano fenomeni di abuso e di consumo occasionale.

2- Gran parte della popolazione tossicodipendente detenuta non è portatrice di pericolosità tale da giustificare modalità detentive classiche: include una quota di detenuti portatori di patologie infettive epatiche, HIV, comorbidità psichiatriche, o deficit di potenzialità relazionali.

Adozione misure alternative alla detenzione

Le descritte condizioni morbose richiedono la necessità di una maggiore attenzione per tali soggetti ed un maggiore ricorso a misure alternative alla detenzione attraverso programmi di trattamento in strutture pubbliche o private.

Tali tipologie di detenuti pongono inoltre problemi gestionali al personale sanitario degli Istituti di Pena, non adeguatamente attrezzati alla cura di tali pazienti, e comunque concorrono ad aumentare i costi globali del sistema, che, per singolo detenuto vengono calcolati a circa 160 euro al giorno.

3- Il Dipartimento Giustizia Minorile sottolinea che le caratteristiche tipologiche ed il profilo psicopatologico dell'adolescente che entra nel circuito penale, consumatore di sostanze psicotrope, non può essere assimilato dal punto di vista detentivo a quello dell'adulto.

Programmi educativi per i minori

Per tali ragioni le modalità di recupero devono quindi privilegiare non tanto e non solo la cura della dipendenza dalla sostanza, ma realizzare processi ed interventi di ascolto, sostegno e accompagnamento educativo. Paradossalmente l'entrata nel circuito penale può costituire una opportunità di aggancio, di crescita e di responsabilizzazione rispetto ai comportamenti agiti di devianza.

4- Tutti i relatori concordano sulla necessità di intensificare i rapporti di collaborazione tra gli enti pubblici e privati convergenti nel settore, al fine di svolgere un lavoro comune, costruendo un sistema virtuoso che anticipi le problematiche e le emergenze.

Azioni integrate tra i diversi enti

Tale azione congiunta ed integrata, già attuata negli istituti di custodia attenuata, deve prevedere la collaborazione di tutto il personale compresi gli agenti della polizia penitenziaria.

5- La collaborazione tra gli enti del pubblico e del privato avrebbe il compito di svolgere una azione di “filtro” valutativo sull’opportunità di ricorrere alle misure esterne.

**Collaborazione
tra pubblico e
privato sociale**

PROPOSTE DEI RELATORI E DEI PARTECIPANTI

1- Si auspicano azioni sui processi di devianza con il ricorso ad interventi di “educazione alla legalità” da effettuare in ambito scolastico ed adolescenziale con modalità di prevenzione primaria. “Educare alla legalità” non è uno slogan divenuto di moda, bensì rappresenta una forte necessità della nostra società. Il disagio sociale, infatti, parte anche dalla incapacità di rispettare le minime regole di convivenza, intesa come insofferenza e si traduce in un disagio che porta alla emarginazione.

Le proposte

2- Si richiede un sollecito del trasferimento dei fondi relativi alla Sanità Penitenziaria, riferiti all’anno 2009, alle Regioni e PA, al fine di permettere l’immediata presa in carico delle problematiche sanitarie di tutta la popolazione dei detenuti e la sua relativa contabilizzazione nella programmazione sanitaria.

Si auspica l’impegno da parte delle Regioni e PA ad adeguare l’importo delle rette residenziali per le misure alternative, per adulti e minori, a carico delle Aziende Sanitarie.

3- È opportuno che le strutture di custodia attenuata debbano essere considerate ed accreditate, seppure con il vincolo della prestazione detentiva, quali strutture sanitarie a tutti gli effetti.

Con medesime modalità è auspicabile che il percorso per l’accreditamento sia riservato alle Sezioni Carcerarie dedicate alla fase diagnostica ed alla cura della sindrome da astinenza, una sorta di Day-hospital in grado di accogliere il detenuto in momenti di particolare necessità terapeutica.

4- Si ritiene indispensabile, inoltre, avviare processi di formazione sul personale in transito dalla Giustizia alla Sanità, al fine di integrare tali professionisti nei sistemi organizzativi regionali. Contemporaneamente è necessario attivare percorsi di informazione al Personale Penitenziario, dei Settori adulti e minori, al fine di garantire una capillare diffusione del passaggio di competenze e dei relativi obblighi ai sensi del DPCM 01-04-08.

A questo proposito, si esprime una sollecitazione degli psicologi ex art. 80: essi segnalano un ritardo nel processo di trasferimento al SSR. Tale condizione, unita alla riduzione delle prestazioni orarie del personale già precedentemente transitato, non permette di operare in maniera adeguata rispetto alle richieste ed alle esigenze dei detenuti tossicodipendenti ed alcolisti.

5- Si auspica una azione di precoce presa in carico del dipendente patologico durante il rito per direttissima con il coinvolgimento in rete degli Operatori pubblici e privati.

Uno degli esempi è il progetto DAP PRIMA, attivo solo in sei città italiane: si ritiene utile diffondere l'esperienza, non relegandola alla fase sperimentale, eventualmente allargandola a tutti i Tribunali del territorio nazionale, al fine di ridurre fenomeni critici di cronicità del crimine, dando la possibilità a tutti i tossicodipendenti di accedere a cure adeguate e precoci ed a modelli di recupero relazionale e sociale.

6- Si propone di attuare una verifica dello stato di applicazione della Legge n. 45 del 18 febbraio 1999 "Disposizioni per il fondo di intervento lotta alla droga", con particolare riguardo all'art. 2 "Disposizioni sul personale", al fine di integrare le dotazioni organiche previste nei Servizi. Altresì, di verificare lo stato di applicazione dell'Accordo Stato Regioni del 21 gennaio 1999, che vede ancora alcune regioni inadempienti.

7- Sul versante legislativo, si chiede di intervenire, modificando l'art. 73 comma 5 del DPR 309/90, riguardante "la cessione di modesta entità di stupefacente", interpretato dalla Giurisprudenza come attenuante del comportamento di cui all'art. 73 comma 1bis.

Si propone che la fattispecie diventi un reato autonomo, in modo da non pregiudicare la modesta entità del fatto, al fine di poter applicare la pena alternativa dei lavori socialmente utili e di non entrare in conflitto con la legge ex Cirielli che preclude ai recidivi, ex art. 99 comma 4 c.p., la prevalenza di tale attenuante.

Ancora, la revisione dell'art. 89, del predetto DPR, al fine di prevedere la possibilità di effettuare programmi di recupero per persone sottoposte alla sola misura dell'obbligo di dimora e non degli arresti domiciliari.

Si avverte, inoltre, la necessità di prevedere, nella legislazione, espliciti richiami al settore della Giustizia Minorile.

8- L'attivazione in ogni Regione e PA, di Osservatori permanenti sulla sanità penitenziaria, con la presenza di tutti gli Enti convergenti. Le principali problematiche

SOTTOLINEATURE

1	Interventi sui processi di devianza con il ricorso alla "educazione alla legalità"
2	Trasferimento dei fondi relativi alla Sanità in Carcere, riferiti all'anno 2009, alle Regioni e PA
3	uniformare a standard adeguati l'importo delle rette delle misure alternative, per adulti e minore, a carico delle Aziende Sanitarie.
4	Accreditare le strutture di custodia attenuata e le Sezioni Carcerarie dedicate alla cura della sindrome da astinenza come strutture sanitarie a tutti gli effetti
5	Avviare processi di formazione sul personale in transito dalla Giustizia alla Sanità; ... attivare percorsi di informazione presso il personale Penitenziario
6	Azione di precoce presa in carico del dipendente patologico durante il rito per direttissima con il coinvolgimento in rete degli Operatori (progetto DAP PRIMA)

Report della sessione del 13 marzo 2009 - Sala Oceania, ore 15.00

“Alta integrazione dei servizi e delle professionalità”

Relatori: Rosanna Romano, Guido Faillace, Daniele Corbetta, Don Armando Zappolini, Walter Sabatoli, Maria Assunta Evangelista.

Moderatore: Gianmaria Battaglia

La sessione ha visto la partecipazione di rappresentanti delle principali organizzazioni ed enti coinvolte nel complesso processo di integrazione degli interventi e dei servizi attraverso i quali si realizza l'assistenza e la prevenzione. In particolare sono intervenuti i seguenti relatori cui si rimanda ai documenti allegati agli atti della conferenza per i contenuti di dettaglio.

**Le diverse
opinioni a
confronto**

Rosanna Romano, Regione Campania. Ha illustrato l'esperienza della Regione Campania che, muovendosi nell'ambito degli spazi della programmazione regionale ha fondato il suo intervento in ottica di integrazione sui seguenti capisaldi:

**L'esperienza
della Regione
Campania**

- Segnali: progetto di integrazione con gli istituti delle scuole secondarie
- Operazione Contatto: campagna di sensibilizzazione e formazione sulle dipendenze patologiche
- S.A.R.: sistema di allerta rapido per le dipendenze
- S.I.D.: sistema informativo dipendenze
- Strategia a ruota: Azione di sistema e orientamenti operativi basati sull'integrazione delle Unità Operative Ser.T. all'interno del Dipartimento delle Dipendenze

In particolare la strategia “a ruota” intende integrare, come illustra la metafora i diversi attori come dei “raggi” che rappresentano le persone, i servizi, i gruppi, le organizzazioni territoriali coinvolte nei percorsi terapeutici. Al Ser.T. si collegano poi tutte le altre tipologie di intervento (strutture intermedie, drop in, programmi per la comorbilità tossico psichiatrica, interventi riabilitativi e di reinserimento lavorativo, Unità di strada, interventi sulle nuove droghe, Unità di Alcolologia, detenuti tossicodipendenti) per costituire un insieme integrato di servizi ed azioni che consenta un'assistenza mirata e non omologata.

Guido Faillace, FeDerSerD. Ha illustrato il percorso avviato da 5 anni da FeDerSerD - CNCA – Fict per promuovere l'Alta Integrazione dei Servizi e Delle Professionalità. Il lavoro si è mosso partendo da due presupposti: una prima presa d'atto della difficoltà a risolvere i problemi dell'integrazione attraverso una programmazione regionale realizzata ex-ante. Ciò comporta che l'individuazione dei momenti di integrazione più efficaci si sposti dal livello della programmazione centrale regionale verso l'insieme dei momenti di interazione tra i vari attori. È quindi sui meccanismi e sulle occasioni di interazione sui singoli pazienti o

**Il percorso di
Federserd**

su specifiche azioni che si realizza l'integrazione degli interventi e si costruisce l'equilibrio di sistema. In secondo luogo che una generica integrazione sia impossibile senza contestualizzare i problemi.

A tal fine propone infine di attivare gruppi di lavoro allargati ad altri soggetti interessati a sviluppare le tematiche nella logica della integrazione sulle varie aree di attività che elaborino i temi seguendo lo schema di analisi proposto, perfezionando le proposte, individuando i tempi di sperimentazione e possibile applicazione nel corso del 2009.

Daniele Corbetta, FICT. Si rifà all'esperienza dell'alta integrazione FeDerSerD - CNCA – Fict e sviluppa le caratteristiche di un approccio sistematico e operativo per sviluppare proposte e soluzioni per l'integrazione.

L'alta integrazione

Pertanto propone di definire 4 aree di attività accomunate da problematiche tra loro diverse e per le quali progettare soluzioni differenti. Le aree strategiche di attività proposte sono:

1. Prevenzione
2. Intercettazione precoce
3. Assistenza a bassa gravità
4. Assistenza ad alta gravità

Per queste 4 aree propone uno schema di lavoro articolato nei seguenti elementi: Criticità dell'azione nelle diverse aree, Soluzioni "chiave" da proporre per migliorare l'integrazione, Ruolo e caratteristiche degli strumenti operativi proposti, Ruolo e rilevanza del meccanismo di Budget, Ruolo e rilevanza degli Accreditamenti, Fabbisogno di Misurazione e valutazione, Modalità e ruolo della Certificazione stato TD, Ruolo e caratteristiche dei Nomenclatori e Tariffari, ruolo dei Sistemi informativi.

Don Armando Zappolini, CNCA. Richiama la storia delle esperienze fatte dalla sua comunità dalla fondazione ad oggi e illustra alcuni principi e capisaldi cui si deve basare l'integrazione.

Principi e capisaldi dell'integrazione

CENTRALITÀ DEL SERVIZIO PUBBLICO

- per riaffermare che esso esprime il farsi carico collettivo del disagio e del diritto di salute dei cittadini di un territorio;
- per superare la logica salvifica e ghetizzante dell'intervento;
- per dare alla "politica" informazioni oggettive e scientificamente validate che la aiutino a non cadere nelle facili trappole di visioni semplicistiche ed ideologiche.

RICONOSCIMENTO DELLA FUNZIONE "PUBBLICA" DEL PRIVATO SOCIALE

- i servizi del privato sociale integrano il ruolo centrale ma non esclusivo dei servizi pubblici e sono parte del sistema di presa in carico;
- per questo si chiede un forte riconoscimento delle professionalità presenti nelle CT e della notevole crescita di qualità delle risposte da esse offerte;

- questo riconoscimento non sempre e non dovunque è presente, come si può evidenziare dai bassi costi con i quali spesso sono pagate le prestazioni delle CT.
- Il riconoscimento della funzione pubblica è particolarmente significativa nel campo dei progetti/servizi di prossimità (90% del totale è svolto dal privato sociale) e nel campo delle innovazioni: in ambedue i settori le CT hanno prodotto “modelli” di intervento che poi vengono inseriti nella programmazione dei servizi pubblici.

Individua inoltre nell'integrazione delle professionalità un modo per superare il rischio dell'eccessiva sanitarizzazione dell'assistenza e per la valorizzazione delle reti sociali e territoriali esistenti.

La caduta nelle dipendenze

Walter Sabattoli, Comunità 'Pinocchio' (Brescia) aderente alla Federazione COME. Ripercorre le esperienze delle comunità federate a partire dalle crisi che favoriscono la caduta nelle dipendenze da sostanze:

- Crisi sociale
- Crisi culturale
- Crisi esistenziale

A partire da ciò illustra le iniziative realizzate e volte a favorire:

- l'accoglienza, l'integrazione e la riabilitazione delle persone ospitate
- la realizzazione di nuovi servizi innovativi
- la diffusione di responsabilità sul territorio

Le iniziative per la riabilitazione

Tali iniziative, realizzate attraverso una molteplicità di progetti, ha richiesto una significativa integrazione di servizi e professionalità che è stata possibile grazie alla differenziazione organizzativa e alla internalizzazione di funzioni e professionalità.

Maria Assunta Evangelista, STDP Macerata e Comunità Terapeutica P.A.R.S. L'intervento ha come base le conoscenze mediche della relatrice e l'esperienza personale in opera sia nel SERT che in Comunità Terapeutica.

L'intervento ha richiamato i fondamenti scientifici del fenomeno della dipendenza ed in particolare la base neurobiologica del fenomeno per richiamare come gli approcci più efficaci prevedano di avere come aiuto a rimanere in astinenza il farmaco, coinvolgendo una persona o più persone significative (terapeuti ed “addestratori”) per il tossicodipendente, in grado di controllare la *compliance* alla terapia, ed utilizzando come rinforzo eventualmente anche l'esperienza comunitaria (meglio se con il coinvolgimento delle famiglie).

I fondamenti scientifici della dipendenza

Ossia l'applicazione di tecniche psicosociali e di terapia comportamentale possono notevolmente migliorare il trattamento con farmaci. A fronte di ciò è stato rilevato come l'anello debole sia la mancata preparazione delle strutture a integrare azioni farmacologiche con azioni di altro tipo. Pertanto l'esperienza della relatrice è stata di duplice operatrice: di SERT e di Comunità, realizzando una integrazione degli interventi attraverso il personale sforzo di ampliare le possibilità di azione. Tale esperienza è stata analizzata e discussa nei suoi lati positivi e nelle criticità.

Conclusioni

Il dibattito che ha seguito le relazioni, pur nella ristrettezza dei tempi concessi, ha fatto rilevare un forte interesse sul tema dell'integrazione, ma anche un generale disorientamento sull'effettiva modalità di realizzarlo.

Nella sessione si può complessivamente rilevare come siano emerse le seguenti criticità: **Le criticità**

- Grandi aspettative sull'integrazione e sul proprio ruolo all'interno del processo di integrazione
- Diverse concezioni di integrazione (istituzionale, professionale,...)
- Mancanza di chiarezza sulla responsabilità relativamente al processo di integrazione
- Integrazione come fenomeno complesso e multidimensionale

In generale emerge il fabbisogno di un cambio di prospettiva: da una discussione sull'integrazione dell'offerta ed un lavoro sul bisogno e sulla domanda per costruire una integrazione a partire appunto dai bisogni e dalle domande (i criteri dell'integrazione sono dati dall'utenza).

In termini di proposte si può identificare un fabbisogno di strumenti e linguaggi comuni ai diversi attori, la cui costruzione può avvenire partendo già dalle riflessioni emerse nella sessione. **Le proposte**

In particolare si possono ricordare:

- Identificazione classi di utenza omogenee per gestione attività integrate (Prevenzione, Intercettazione precoce, TD basso carico assistenziale ma alta dinamicità assistenza, TD alto carico assistenziale ma bassa dinamicità)
- Soluzioni organizzative strutturali: ad es. Nuove figure di integrazione (Case manager,...)
- Meccanismi operativi: ad es. Attività orientate a percorsi con Processi/Protocolli operativi comuni, Processi di audit, Budget orientati alle attività, Sistemi informativi comuni

SOTTOLINEATURE

1	Fabbisogno di strumenti e linguaggi comuni ai diversi attori
2	Identificazione classi di utenza omogenee per gestione attività integrate
3	Soluzioni organizzative strutturali
4	Meccanismi operativi: Attività orientate a percorsi con Processi/Protocolli operativi comuni, Processi di audit, Budget orientati alle attività, Sistemi informativi comuni

Report della sessione del 13 marzo 2009 - Sala Vulcania 1, ore 17.00

“Alcool, droghe e giovani”

Relatori: Laura Semino, Emanuele Scafato, Antonio Mosti, Alessandro Dionigi.

Moderatore: Caterina Pesce

La sessione si è aperta con la presentazione, da parte del Dott. Scafato, di dati allarmanti sul consumo di alcool giovanile.

Emergenza alcool

Ci è stata offerta la ‘fotografia’ dei consumi a rischio nelle fasce di età 11-18 e 19-24 anni e delle differenze di genere esistenti, con valori di prevalenza in ragazze e giovani donne addirittura superiori al valore medio della popolazione femminile in toto. La stima di 1,5 milioni di giovani a rischio rende il consumo di alcool una vera e propria emergenza epidemiologica. Inquietante è anche il forte trend incrementale dal consumo rischioso e da quello dannoso alla alcool-dipendenza, che ha causato, negli ultimi 10 anni, un enorme aumento del numero di alcool-dipendenti a carico dei servizi.

A fronte di questi ed altri dati statistici allarmanti è venuto il richiamo a (1) identificare precocemente le persone a rischio per operare prevenzione selettiva e (2) potenziare la qualità della prevenzione mediante reti che integrino competenze multiple.

A questa relazione iniziale si sono allacciate, in modo complementare, quelle successive. Sono state riportate, per la prevenzione non solo dell'uso di alcool, ma anche di altre droghe, evidenze di efficacia od esperienze di buone prassi di lavoro in reti e di interventi integrati e multimodali, che non sono a connotazione prioritariamente medica. L'elemento comune di tali relazioni – non pre-programmato e quindi a maggior ragione significativo – è il focus su una prevenzione selettiva orientata verso una specifica popolazione target, che rappresenta la base sommersa dell'iceberg: i consumatori iniziali non dipendenti.

Buone prassi nella prevenzione selettiva

La relazione della Dott. Semino ci ha mostrato la struttura, l'implementazione e le modalità di realizzazione di un progetto finanziato dal Ministero della Salute alle Regioni Veneto e Abruzzo.

Prevenzione precoce e valorizzazione delle risorse sul territorio

Si tratta di un progetto di prevenzione secondaria precoce, quindi selettiva, con l'obiettivo di (1) intercettare precocemente i consumatori non dipendenti e di (2) realizzarne la presa in carico per prevenire l'insorgere di dipendenze. Una delle caratteristiche fondamentali di questo progetto è la valorizzazione delle risorse sul territorio, cioè del contesto inteso non solo come portatore di bisogni, ma anche come attore nell'intercettazione (dalla scuola e dalle associazioni per il tempo libero fino alle forze dell'ordine ed agli animatori di strada) e come attore nella presa in carico (estesa al contesto familiare e sociale di riferimento).

In sintonia con le relazioni precedenti, quella del Dott. Mosti evidenzia la necessità di ridefinire la prevenzione, rivolgendola selettivamente al target di consumatori che non necessariamente sfociano nelle dipendenze.

Prevenzione rivolta a consumatori non dipendenti

Una prevenzione di tal tipo deve prendere le mosse dall'evoluzione degli stili e dei contesti di consumo giovanile e dal cambiamento della percezione di ciò che è comportamento a rischio.

Si è parlato quindi di consumo sperimentale, di consumo indicatore di successo (come è il caso della cocaina) e di consumo 'normalizzato', cioè inteso come abitudine all'uso di sostanze come normali beni di consumo. È stata ribadita la necessità di centrare la prevenzione su componenti non mediche, quali quelle psico-sociali atte a potenziare la motivazione al cambiamento da comportamenti a rischio in direzione di comportamenti sani.

Lo strumento proposto è il colloquio motivazionale, per il quale sono state riportate evidenze di efficacia e del quale sono stati evidenziati alcuni punti di forza rispetto all'intervento educativo: (1) l'economicità temporale, (2) un'aumentata disponibilità al cambiamento già a breve termine e (3) la probabile efficacia nella prevenzione selettiva rivolta ad un sottogruppo giovanile ad alto rischio, i ragazzi di strada.

**Il colloquio
motivazionale**

Anche la relazione del Dott. Dionigi ha presentato un modello concreto di intervento che integra una molteplicità di aspetti non medici e si focalizza sulla prevenzione del rischio.

Si tratta di un modello di intervento della Federazione Italiana Comunità Terapeutiche centrato su cocaina, alcol e nuovi stili di consumo.

Tale intervento si concretizza, a seconda delle caratteristiche della persona target, su diversi livelli, che vanno dai servizi di prossimità e dal counselling informale al percorso ambulatoriale e a quello residenziale breve.

L'approccio è multimodale: motivazionale, cognitivo-comportamentale, emozionale, e si basa, tra l'altro, sul lavoro su componenti sane (resilienti) e sul potenziamento di abilità intrapersonali che fungono da 'moltiplicatori di efficacia', quali la capacità di problem solving, di comunicare efficacemente e di gestire le emozioni negative.

**Gli interventi
multimodali**

Da queste relazioni sono emerse alcune comunanze, ulteriormente evidenziate dalla successiva discussione.

Esse possono essere sintetizzate individuando tre 'necessità':

**Le necessità,
in sintesi**

1. Necessità di analizzare il quadro, in continua evoluzione, degli stili e dei contesti di consumo/policonsumo giovanile e della percezione di che cosa è un comportamento a rischio;
2. conseguente necessità di attuare non soltanto prevenzione universale – già primaria – che parte dalla promozione dell'agio anziché concentrarsi solo sul problema da prevenire, ma anche e soprattutto prevenzione selettiva, orientata verso le tipologie emergenti di policonsumo giovanile, che coinvolga anche il contesto sociale;
3. necessità, emersa in particolare dagli uditori partecipanti, di valorizzare e riqualificare il lavoro degli 'operatori di strada' per creare interventi destinati a giovani policonsumatori. Benché nati in particolare nell'ambito della riduzione del danno, tali operatori potrebbero raggiungere efficacemente quei policonsumatori occasionali, non stabilizzati, altrimenti largamente esclusi da interventi di servizi pubblici e privati.