



“Come stanno cambiando i fenomeni, le comunità e i progetti sulle dipendenze”

....

Riccardo De Facci

Responsabile nazionale del Cnca
componente dell'esecutivo nazionale

Trieste marzo 2009

Da dove partiamo.....?

- ✦ Una trasformazione importante dei fenomeni:
 - sempre prima nella sperimentazione, connessione forte tra approcci di consumo legale ed illegale, sostanze diverse e non più calmierate (eroina fumata o cocaina basata) ricerca degli effetti
 - necessità di dare senso ad un approccio di sistema (contenimento dei rischi dell'abuso e del consumo problematico, importanza dei percorsi che anticipano la gravità (servizi di rdr nei contesti del loisir, analisi delle sostanze circolanti, lavoro significativo sull'alcool di strada e complicanze (etilometro, narcotest)
 - presa in carico precoce (dalla rdd alla presa in carico ?)

Le due direzioni tra compatibilità e gravosità

- **Nuova continuità terapeutica**... tra prossimità e bassa soglia... tra presa in carico precoce (prefetture, counseling...unità mobili giovani ?), sert.noa...comunità (vari modelli)..inserimento sociosanitario....
- **Gravosità estrema** della gran parte degli invii nelle strutture "classiche" ...con problematiche sociali, residenziali, patologie correlate, e situazioni cronicizzate di malessere...(comunità di vita? Tempi di trattamento certi ? Rsa per tossici anziani ?)
- **Complessità** per sostanze, pluri-trattamenti, capacità relazionale e tenuta sociale..**rinuncia al drug free ? Senso delle ricadute ?**
- **Nuove ipotesi** per policonsumi (compatibilità..tempi diversi e più brevi) **residenzialità leggera ...tempi diversi ..modulari**
- **Ridefinizione dei criteri dell'invio** ...della presa in carico...del risultato ...della valutazione (cura, guarigione)

Cura e sistema di intervento

- ✚ Novità del sistema di intervento: la sua evoluzione e le prospettive di alta integrazione rispetto alla complessità dei fenomeni (continuità, integrazione contiguità, interazione)
- ✚ Evoluzione dei servizi ambulatoriali
- ✚ Crescita significativa del ruolo del privato sociale sia come elementi di professionalità, specializzazione, differenziazione delle proposte (almeno 10 tipologie diverse di strutture, 5 tipologie di servizio) elasticità della sua organizzazione (partecipa 90% dei servizi di prossimità, 90 % dei servizi sui contesti del loisir, almeno 80% dei servizi di reinserimento e supporto socio lavorativo)....
- ✚ Trasformazione profonda degli stili di consumo e necessità di un accelerazione dei tempi tra l'evoluzione dei bisogni, la capacità della rilevazione/lettura e la trasformazione delle offerte

● Linee di indirizzo ideali.....

- ✦ Priorità nel trattamento complesso è l'accettazione di una collaborazione reciproca con lo scopo di garantire la continuità assistenziale e di migliorare la gestione clinica anche attraverso una presa in carico multipla del paziente, con forte integrazione nelle modalità operativa tra i servizi.....ritenendo che sarebbe inopportuno e chiaramente inadeguato assimilare ed accomunare le varie problematichità in questione in un'unica forma da gestire in un unico esclusivo ambiente operativo ed organizzativo, invece di un coordinamento nei processi assistenziali, trattamentali e di cura

Individualizzazione vs standardizzazione

- Tensioni dei trattamenti comunitari verso la modellizzazione e standardizzazione delle cure: schema di valutazione unico?
- Individualizzazione dei trattamenti per bisogni diversi
- I due approcci sembrano all'opposto...sono compatibili ?
- È possibile una individualizzazione totale?
- È possibile una standardizzazione globale ?

Tossicodipendenza o cosa nel 2008 ?

- ✦ Quali i nostri compiti come privato sociale..e mandati dei nostri servizi....rispetto a fenomeni molto diversi... scrittura su codici interpretativi diversi ?
- ✦ Presa in caricoprecoce.....stabile
- ✦ Parti competitive / integrate di un sistema pubblico/privato?
- ✦ Quali gli obiettivi ...trattamento ?
 - ✦ cura (accettare la parzialità degli interventi?)
 - ✦ guarigione completa (unico parametro)?
 - ✦ stabilizzazione / cronicizzazione ?
- ✦ Ritenzione in trattamento come valore..a tutti i costi?

Quale il rapporto tra servizi diversi ?

- ✚ Linguaggi diversi con finalità e talvolta mission diverse quale il luogo della sintesi ?) Dipartimento, Case manager (medico, educatore, responsabile comunità)
- ✚ Standardizzazione / individualizzazione dei percorsi (luoghi di coprogettazione e pari-titolarità)
- ✚ Non chiarezza progettuale esplicita (tempi, richieste, finalità, limiti,, verifiche)
- ✚ Strumenti condivisi (cartelle, diagnosi, valutazione)
- ✚ Quali i modelli migliori ? (Servizi specifici, moduli integrati, funzioni specifiche)
- ✚ Non condivisione congiunta di approcci, strumenti, metodi. (Costruzione di protocolli condivisi)

I termini di una criticità della valutazione nelle dipendenze

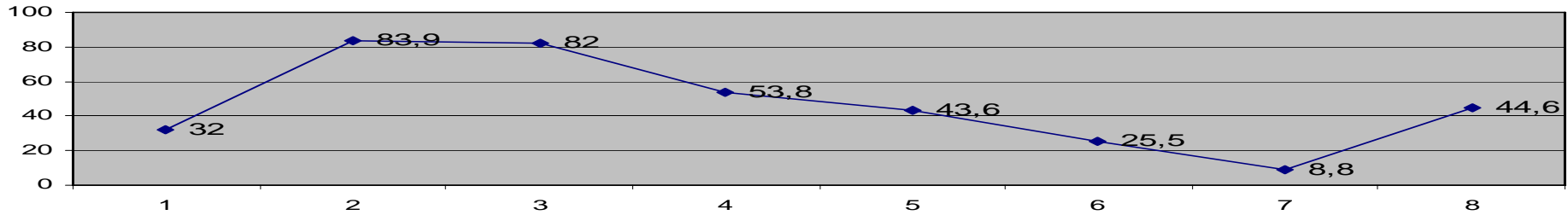
- ✚ Alcuni dei termini usati oggi nelle dipendenze sono quanto meno critici se riportati alle attuali situazioni dei fenomeni e dei servizi di trattamento
- ✚ Lo stesso termine di "ritenzione" in trattamento o tempo standard della cura è quanto meno parziale rispetto a:
- ✚ Differenziazioni dei servizi e trattamenti (almeno 15 possibili tipologie diverse) di accreditamento e finalità di lavoro terapeutico
- ✚ Tempi e tipologie di programma diversificati (1 mese, 3 mesi, 18 mesi, 36 mesi ad persona) solo 5 regioni applicazione At. di In.
- ✚ Approccio di sistema per moduli di trattamento. bisogni e tempi diversificati di cura
- ✚ Distanza inconciliabile ?tra settori e servizi diversi e bisogni in evoluzione ?

ANALISI SUI CAMPIONI DI SOSTANZE STUPEFACENTI SEQUESTRATE MAGGIO 2007

(Dati forniti dal Laboratorio di Sanità Pubblica dell'ASL di Bergamo- RESP. LAURA TIDONE)

MDMA (ecstasy)

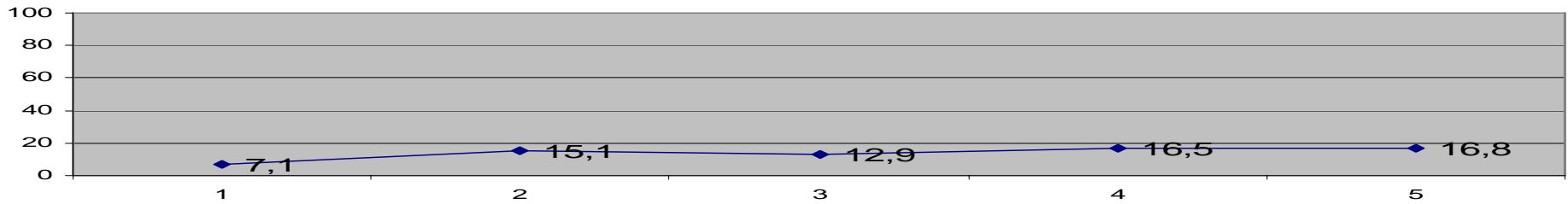
percentuali di principio attivo presente negli 8 campioni esaminati



nota: alta variabilità di concentrazione con rischio elevato di sovraesposizione involontaria

EROINA

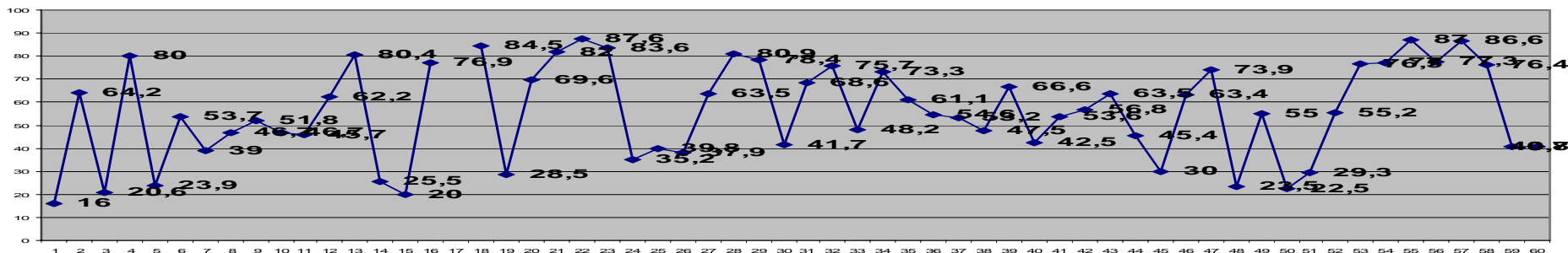
percentuali di principio attivo presente nei 5 campioni esaminati



nota: bassa variabilità di concentrazione con basso rischio di sovraesposizione involontaria

COCAINA

percentuali di principio attivo presente nei 60 campioni esaminati



nota: altissima variabilità di concentrazione con alto rischio di sovraesposizione involontaria

● Tipologie diverse è opportunità

- ✚ Prima accoglienza notturna semi o residenziale
- ✚ Primo filtro e diagnosi..trattamento breve
- ✚ Pedagogica/ergoterapica diurna/residenziale
- ✚ Psicoterapica diurna/residenziale
- ✚ Specialistica: doppia diagnosi
 - ✚ policonsumatori/giovani abusatori/alcolisti
 - ✚ madri con figli
 - ✚ coppie
- ✚ Agenzie territoriali, residenze e strutture del reinserimento
- ✚ Moduli territoriali per appartamenti/ambulatoriali/

Rette Regionali Residenziali

	Val d'Aosta	Piemonte	Lombardia	Trentino	Veneto	Liguria	Emilia Romagna	Toscana
RT	8-10 ut. 70€ 11-20 ut 60€	53,75 €	60,00€	146,00€	50,75€	43,70€	55,10€	54,97€
RP	8-10 ut. 45 € 11-20 ut 35€	38,00 €	45,00 €	141,84€	34,89€		43,52€	50,37€

	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Campania	Puglia	Calabria	Sicilia	Sardegna
RT	10 ut. 53,97€ 20-30 44,21€	55,75 €	38,73	48,77€	37,66€	41,50€	48,14 €	45,0 €	46,0€
RP	10 ut. 46,64 € 20-30 36,77 €	31,79 €	32,02	33,81€	24,30€		37,50€	30,0€	36,0€

Rette Regionali Doppia Diagnosi

	Val d'Aosta	Piemonte	Lombardia	Trentino	Veneto	Liguria	Emilia Romagna	Toscana
D.D.	120,00 €	125,00€	110,00€	149,00€	63,44 €	88,95 €	109,89€	99,10€

	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Campania	Puglia	Calabria	Sicilia	Sardegna
D.D.	79,69 €	63,79 €							85,00€

Cambiamenti fenomeni "gravi" e sistema dei servizi

- ❖ Fenomeni sempre più complessi (per anni di dipendenza, per politrattamento, per policonsumo ormai strutturato, per patologie correlate, per problematiche connesse)
- ❖ Aumento della gravosità dei casi (dipendenza come motivo prioritario della presa in carico non sempre il più grave in un insieme "tragico") diagnosi
- ❖ Aumento delle competenze e delle professionalità
- ❖ Cambiamento degli obiettivi di trattamento (pausa, raggiungimento della compatibilità, cura, guarigione, soluzione completa dei problemi)

POLICONSUMO COME APPROCCIO EMBLEMATICO

- Alcool e la cocaina soprattutto diventano sostanze emblematiche di un approccio al consumo o policonsumo ma anche delle possibili domande di “cura” o presa in carico da parte del sistema dei servizi
- Ci sembra necessaria una riflessione che sappia rileggere mandati e approcci e conseguentemente strumenti e target
- Aumento del consumo e la sua diversificazione non possono che poi aumentare tutti i nostri indicatori (cosa, chi, chi si fa male, chi non può fare a meno della cura)

La prossimità in Italia.....verso un ruolo diverso ..nel sistema di intervento?

- ✚ Sono almeno 60 i servizi di prossimità (drop in ed unità mobili per tossicodipendenti da eroina) nati sulla riduzione del danno e sempre più impegnati su una richiesta complessiva sociosanitaria di prima assistenza o filtro verso bisogni primari senza riuscire ad essere realmente parte del sistema di intervento (precari, finanziamenti annuali, poco riconosciuti, fuori target ?) Solo i 2 drop in e le unità mobili di Milano da soli hanno circa 40/45 .000 contatti all'anno.
- ✚ Sono circa 30 i servizi di prossimità rispetto alle tematiche dell'immigrazione e della prostituzione con sistemi di presa in carico e case di accoglienza (art 18, art 13, accoglienza) tra rdd e accoglienza.
- ✚ Sono circa 100 gli interventi strutturati di prima accoglienza, dormitorio o di emergenza freddo senza considerare le mense e i centri di ascolto soprattutto della Caritas con livelli di selezione diversa.
- ✚ Sono circa 50 gli interventi di Unità mobile Giovani che intervengono nei luoghi del loisir con uso di etilometri e narcotest
- ✚ 2000 LINEE GUIDA DEL MINISTERO DELLA SANITA'

Nuovi scenari tra bisogni e risposte

- ⚡ Abuso di alcool a fronte di un sistema di trattamento molto rigido
- ⚡ Le cocaine come scenario di un nuovo riferimento di bisogni e domande (strumenti di diagnosi, sert e comunità per programmi necessariamente diversi)
- ⚡ Dove abbiamo costruito risposte integrate e diverse siamo a più del 50% delle nuove utenze per cocaina..... sert e centri diurni
- ⚡ Necessità di una standardizzazione dei programmi a fronte di sempre maggiori necessità di individualizzazione
- ⚡ Rischio di una messa in crisi del rapporto con l'insieme del sistema di intervento per com'è.. Strada/Sert / comunità / famiglie
- ⚡ La necessità di intendere l'aggancio, la cura ed il trattamento come un percorso non lineare ma frastagliato (chi la regia ?) solo l'utente ?

I modelli di intervento tra pubblico e privato

- Il modello sequenziale: interventi in continuità tra servizi diversi ma con procedure di passaggio chiare
- Il modello parallelo: possibili interventi coordinati contemporanei di più servizi
- Il modello integrato: integrazione di competenze e saperi

Aspetti della malattia acuta e dei suoi trattamenti

“Quantità” determinata e fissa di trattamento e complessità

Matching come processo tra paziente e trattamento

Il trattamento quando è concluso ?

Le valutazioni: subito dopo il trattamento e in follow up

Guarigione completa (restitutio ad integrum), impossibile

Rischio di ricadute molto elevato, ma molto meno grave se
per cocaine

LAVORARE CON LA COMPLESSITA'

tra tossicodipendenza e variabilità dei fenomeni

- ✚ **NON SEMPLIFICABILE CON UN APPROCCIO UNICO** (quindi non un unico servizio per forza)
- ✚ **NECESSITA' DI PROGETTAZIONE NEGOZIALE TRA BISOGNI, PROCESSI E POSIZIONI DIVERSE**
- ✚ **PROGETTAZIONI DI SISTEMA TRA SERVIZI PROFESSIONALITA' E COMPETENZE DIVERSE**
- ✚ **COMPLEMENTARIETA' VERTICALE NELLA COMPRESENZA TRA SAPERI E FUNZIONI DIVERSE** (es: trattamento farmacologico sostitutivo e psicofarmaci specifici, comorbilità, trattamento residenziale)
- ✚ **COMPLEMENTARIETA' ORIZZONTALE NELL'INTERSCAMBIO TRA SERVIZI E PRESE IN CARICO A PRIORITA' DIVERSA** (servizi dip., servizi psic., comunità res., comunità di vita, servizi sociali ecc.)

Criticità integrazione: integrazione pubblico-privato

- ❖ Non applicazione accordo Stato- Regioni del 1999 né dipartimento né comunità
- ❖ Non rilancio del sistema dei servizi, non adeguamento delle rette con impossibilità di investire su nuove progettualità, più rispondenti ai bisogni dei cittadini
- ❖ Quindi: "buchi" nella rete, doppioni, proposte inadeguate..sovrapposizioni
- ❖ Nuova legge e certificazione al privato sociale, problema della certificazione di TD (atto del servizio pubblico o di una funzione pubblica ?
- ❖ Conferenza nazionale e assenza della riflessione condivisa
- ❖ Piano nazionale triennali

Tra copresenze e fasi diversificate

Interventi di fase contemporanei

↑
Psichiatria/ dipendenze
Sociali/ sanitarie
Legali/trattamenti
Famaci sostitutivi/psicofarmaci
Patologie correlate

accoglienza-diagnosi--specialistica---residenzialità---reinserimento

di fasenel tempo e nella continuità terapeutica