

**Le sfide del sistema “pubblico” di  
intervento come stanno cambiando i  
fenomeni, le domande e i progetti sulle  
dipendenze”.....**

Riccardo De Facci

Responsabile nazionale del Cnca per le dipendenze

Presidente Cooperativa Lotta contro l'Emarginazione

Roma 5 maggio 2009

# Da dove partiamo.....?

- ✦ Una trasformazione importante dei fenomeni e dei mercati:
  - sempre prima nella sperimentazione, connessione forte tra approcci di consumo legale ed illegale(alcool ), sostanze diverse e non più calmierate ( eroina fumata o cocaina basata ) ricerca degli effetti, nuove culture di consumo .....percorso inclusivo
  - cronicizzazione/ stabilizzazione delle dipendenze più storiche
  - necessità di costruire un vero approccio di sistema e complesso ( 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 ) estrema variabilità delle offerte dei servizi
  - integrazione necessaria tra sociale e sanitario
  - presa in carico precoce ( dalla rdd alla presa in carico ? )

# Saltano i parametri classici del nostro sistema...

- ✦ Assistiamo sempre più a livello complessivo all'affermarsi di una nuova filosofia morale, di uno specifico "punto di vista" sul bene e sul male, sul lecito e sull'illecito, sul meritevole di inclusione o di esclusione **Saltano le categorie classiche dell'inclusione e della definizione di sistema pubblico:**
- il "welfare" non garantisce più (inutile, controllo o protezione)
  - Il legale o illegale, il reato non sono più parametri decisivi dell'esclusione o dei valori comuni ...fascino del rischio ?
  - il senso di insicurezza, di vulnerabilità, minano le basi stesse della convivenza e della democrazia..... Definiscono la politica ....influenzano i consumi anche di sostanze ?
  - Un nuovo rapporto pubblico privato ? Complementarietà ?
  - No profit accreditato.....come privato a mission pubblica ?

# 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 storici( dipendenza come motivo prioritario della presa in carico non sempre il più grave in un insieme "tragico" ) fatica di una diagnosi complessa ....comunità di vita .....presa in carico lunga.....
- ✦ Aumento delle competenze e delle professionalità sia nel pubblico che nel privato ( problemi, culture e nazionalità )
- ✦ Cambiamento degli obiettivi di presa in carico e trattamento ( pausa, raggiungimento della compatibilità, cura, guarigione, soluzione completa dei problemi)

# DATI DEL CONSUMO COMPLESSO

**CANNABINOIDI** 1/3 STUDENTI ricerca europea

Il 50% dei giovani entro i 25 anni

**COCAINA** 1.500.000 CONSUMATORI NEL 2007

900.000 NELL'ULTIMO MESE ( percentuali molto varie di purezza e modalità di consumo basata, fumata, sniffata ..)

250/300.000 i consumatori problematici

**METANFETAMINE** 3/ 400.000 consumo non più solo di contesto ( mix sempre diversi in cui la differenziazione è un valore )

**EROINA** 300.000 con una stabilizzazione della cronicità ma l'ingresso di nuovi consumatori ( fumata e sniffata soprattutto nei giovani e stranieri )

**POLICONSUMI** significato dell'alcool nei consumi

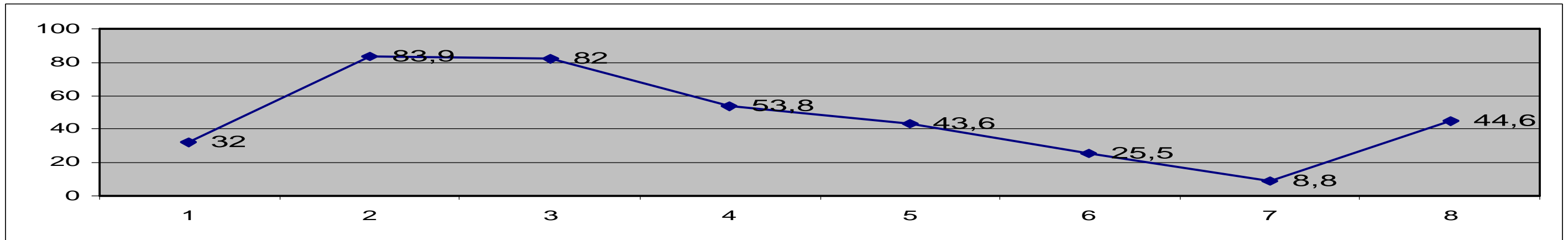
# Utenza ai servizi pubblici e privati

- **UTENTI IN CARICO AI SERVIZI 170.000 DI CUI IL 20% COCAINOMANI ( Lombardia 25% e il 40/50 %delle nuove utenze in alcuni territori )  
70/80% EROINOMANI**
- **Sono circa 100.000 i trattamenti con farmaci sostitutivi nell'anno ( metadone 80 % e buprenorfina circa il 20%)**
- **Sono 20 / 22 .000 gli utenti delle comunità terapeutiche con percentuali del 30 % di successo totale e un 40 % con trattamento farmacologico all'entrata**
- **Sono circa 60. 000 ogni anno gli invii alle prefetture per possesso di sostanze stupefacenti ( servizio con il maggior accesso )**

# ANALISI SUI CAMPIONI DI SOSTANZE STUPEFACENTI SEQUESTRATE MAGGIO 2007

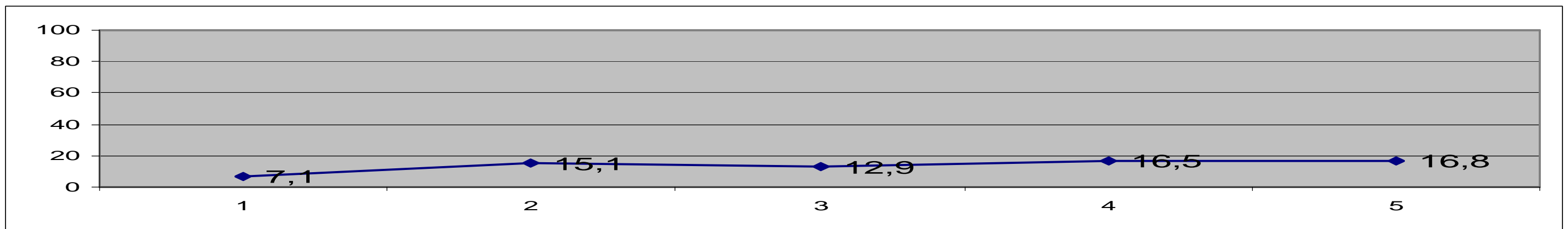
(Dati forniti dal Laboratorio di Sanità Pubblica dell'ASL di Bergamo- RESP. LAURA TIDONE)

## MDMA (ecstasy) percentuali di principio attivo presente negli 8 campioni esaminati



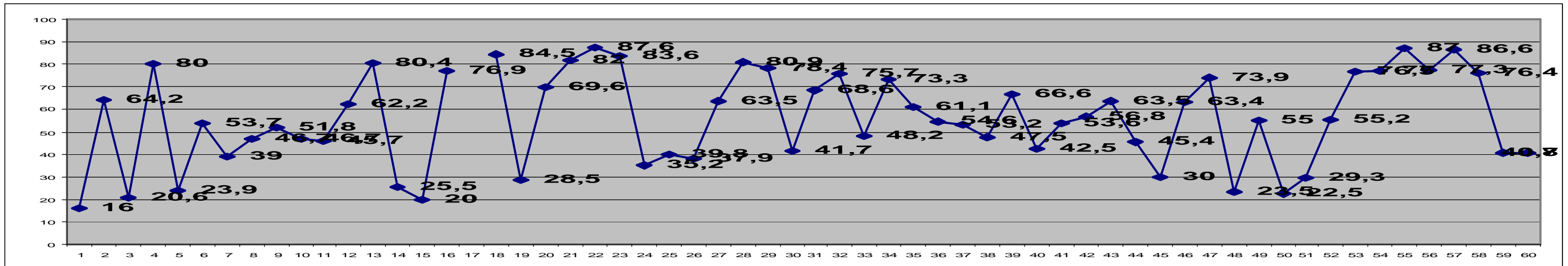
nota: alta variabilità di concentrazione con rischio elevato di sovraesposizione involontaria

## 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

# Oltre il giardino ....del mandato classico di guarigione ?

**Una tendenza bipolare dei consumi: sempre più "normale consumo" .....sempre "peggio" le situazioni di gravità.....diverso concetto di sicurezza .....**

**Tali domande oltre la legalità o illegalità, uso consumo, abuso oltre la "sola tossicodipendenza" ci stanno obbligando a reinventare modelli di intervento socio-sanitario a bassa soglia di accesso, efficaci in termini di costo-beneficio, capaci di accogliere e di porsi un obiettivo possibile di prendersi cura.**

**I consumi e le persone "sommerse" *ci sfidano sul piano del sistema socio/sanitario: nel rapporto nuovo del concetto stesso di pubblico/privato . Ci sfidano sia sul piano sociale che sanitario***

# Oltre il giardino ....del mandato

- **sul piano del sociale di un nuovo concetto di diritto dei "cittadinanza", nel confronto aspro con il concetto di "compatibilità" dei consumi anche nella necessità di riscrivere un nuovo concetto di sicurezza dei cittadini, dei gruppi dei territori. Siamo sicuri che basti l'aumento dei controlli (drug test ecc.) o l'inasprimento delle sanzioni per migliorare obbligandolo l'aggancio delle persone ?**
- **Sul piano sanitario per la necessità di scrivere un diverso concetto di cura, con un diverso concetto di presa in carico precoce e trattamento ( prese in carico brevi e ripetute, approcci di grande professionalità integrati ad approcci pedagogico educativi di lunga durata ?) La stessa riduzione del danno va riscritta tra marginalità sociale e consumo compatibile ( consumo controllato ? )**

# 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.....salvare, risolvere, doppiadiagnosi.....
- ✂️ 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 Atto di I.
- ✂️ Approccio di sistema per moduli di trattamento. bisogni e tempi diversificati di cura
- ✂️ Distanza inconciliabile ? .....tra settori e servizi diversi e bisogni in evoluzione ?

# 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 .....SPESSO IDEOLOGICHE**
- ✂ **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.)

# 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

# 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 ( LEGALITA' /NON)**
- ✦ **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

# 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 ?

## 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 problematiche 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

# 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 )

# 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 fase .....nel tempo e nella continuità terapeutica**

## Povert , esclusione sociale, insicurezza

- ✦ Secondo un'indagine dell' Eurobarometro (n.56.1, 2002), la percentuale di popolazione europea a rischio di povert  ed esclusione sociale varia dal 9 al 22%.
- ✦ Il consumo di sostanze stupefacenti, il disturbo psichiatrico, il percorso migratorio illegale possono essere considerati alternativamente sia una conseguenza che sia una causa di emarginazione sociale (Carpentier, 2002): ma anche fonte di paura ed insicurezza ....

# Fattori di rischio della marginalità:

- ✂ **la disoccupazione di lunga durata,**
  - ✂ **la dipendenza da sostanze a lungo termine,**
  - ✂ **fonti di reddito insufficienti,**
  - ✂ **impieghi qualitativamente inadeguati,**
  - ✂ **bassi livelli di qualificazione e abbandono anzitempo degli studi,**
  - ✂ **crescita in un ambiente familiare socialmente vulnerabile,**
  - ✂ **Handicap o stato di salute precario,**
  - ✂ **alcolismo,**
  - ✂ **Arretratezza a vari livelli, dell'ambiente di vita,**
  - ✂ **la mancanza di un tetto o precarie condizioni di alloggio,**
  - ✂ **immigrazione, origine etnica e discriminazione razziale.....**
- ✂ **chi non è a rischio ?.**

# **POLICONSUMO COME APPROCCIO SIMBOLICO**

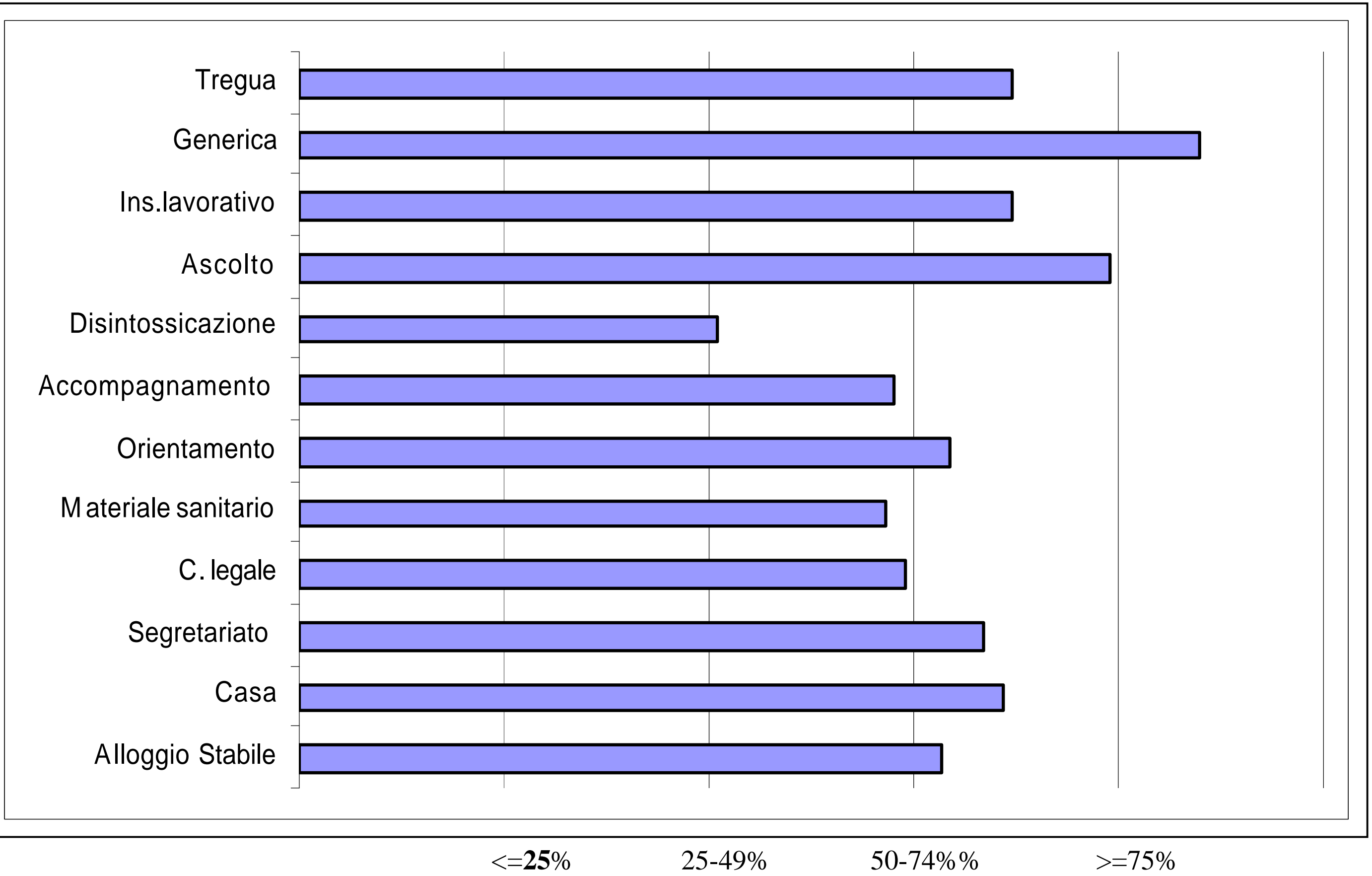
## **di una società lontana ...da noi ?**

- 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 ( nuovi consumatori stranieri, giovani,) **OLTRE LA DIPENDENZA**
- 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 a cui i consumatori problematici accedono 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

# Principali Richieste dell'utenza in bassa soglia



# Perché l'alcool di strada e l'etilometro ..?

- ✦ L'ottica dalla quale si è partiti per definire questo tipo di intervento punta sulla costruzione dei processi di scelta; il percorso di lavoro si è quindi articolato su:
  - ✦ - la presenza di equipe educative nei luoghi di aggregazione giovanile e del divertimento quali locali notturni, pub, concerti eventi di territorio;
  - ✦ - utilizzo dell'etilometro e narcotest come strumento pedagogico a valenza preventiva
  - ✦ - somministrazione di un questionario che indagasse sui consumi e sulla percezione del rischio nella popolazione giovanile.
- ✦ Costruzione di momenti di consapevolezza e presa in carico precoce .....peer educator

# 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

# Individualizzazione vs standardizzazione

- ✦ Tensioni dei trattamenti dei servizi 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 ?

# Premesse ed esempi sugli utenti

- ✦ Sempre più spesso si osservano pazienti con contemporanea presenza di disturbi correlati ad uso di sostanze stupefacenti e disturbi psichiatrici, la presenza di comorbidità psichiatrica "certa" è valutabile almeno nel 20% delle persone assistite in ambulatorio e nel 40% di quelli in comunità terapeutica.
- ✦ Occorre quindi migliorare e riorganizzare la presa in carico e la gestione anche dei casi che presentano una grave patologia psichiatrica intesa come disturbo psicotico o grave disturbo dell'umore o importante disturbo della personalità con gravi problemi di gestione, unitamente ad abuso di alcol e/o sostanze psicotrope in modo da renderlo bisognoso di un congiunto trattamento e supporto specialistico.

## Rette Regionali Doppia Diagnosi

	Val d'Aosta	Piemonte	Lombardia	Trentino	Veneto	Liguria	Emilia Romagna	Toscana	
<b>D.D.</b>	120,00 €	125,00€	120,00€ policonsumatori	149,00€	75,00 € specialistica	88,95 €	109,89€	99,10€	
	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Campania	Puglia	Calabria	Sicilia	Sardegna
<b>D.D.</b>	79,69 €	63,79 €							85,00€

# Rette Regionali Residenziali

	Val d'Aosta	Piemonte	Lombardia	Trentino	Veneto	Liguria	Emilia Romagna	Toscana
<b>RT</b>	8-10 ut. <b>70€</b> 11-20 ut <b>60€</b>	<b>53,75 €</b>	<b>52,80€</b>	<b>146,00€</b>	<b>65,00€</b> Intensive	<b>43,70€</b>	<b>55,10€</b>	<b>54,97€</b>
<b>RP</b>	8-10 ut. <b>45 €</b> 11-20 ut <b>35€</b>	<b>38,00 €</b>	<b>45,00 €</b>	<b>141,84€</b>	<b>53,00€</b> base		<b>43,52€</b>	<b>50,37€</b>

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

# CASO DI ADA

- Quasi 18 anni, ospite di una comunità per donne in difficoltà, da cui fugge nella notte ( giro di cocaina e prostituzione)
- Fuggita da casa con amico del fratello ( vendita ? ) arrivata in Italia a 14 anni, prostituita dall'amico/ fidanzato
- Fuggita dallo sfruttamento e con possibilità di art. 18 con sorella in Italia ( si prostituisce anche lei ?), fratello che spaccia cocaina a Roma ma non vuole che lei sia coinvolta.
- Sert ? Comunità di protezione ? Percorso di coinvolgimento e responsabilità, percorso di autonomia ?
- Responsabilità ? Contenimento ? Alcool ? Comunità minori ?  
Ritorno in Albania ?

# Caso di Florian

- ✦ Accesso al drop in di Milano per doccia e abiti, si scopre che spaccia cocaina per sopravvivere e consuma molto alcool
- ✦ Ammette un problema di alcool e ogni tanto cocaina il sero non lo prende in carico poiché non ha residenza e disponibilità di residenza, non reggerebbe.....
- ✦ Laureato è un leader nel suo gruppo ci aiuta nella mediazione con i suoi connazionali con cui vive in una ex fabbrica ci sembra avere molte capacità e desideri di cambiamento
- ✦ L'uscita dall'alcool lo porterebbe a dover evitare i suoi riferimenti relazionali, cambiare vita lo teme ( cosa ne sarà di me dopo ?)
- ✦ Non vuole tornare a casa in una situazione di fallimento del percorso, chi ? quale priorità ? Quali servizi ? Chi il riferimento ?