

Riscrivere la riduzione del danno
in Italia: dagli strumenti di
profilassi ai sistemi di prossimità ?
Proposte del CNCA

Riccardo De Facci

**Responsabile nazionale del CNCA coordinamento
nazionale comunità di accoglienza
Presidente cooperativa Lotta contro
l'Emarginazione Milano**

LE RADICI DELLA RIDUZIONE DEL DANNO IN ITALIA DALLA STRADAALLA PROSSIMITA'

-La rdd nasce operativamente dal lavoro di strada: nati nella seconda metà degli anni 80 nella loro forma più strutturata e moderna i lavori di strada sono, almeno all'inizio, soprattutto progetti di animazione, educazione di strada e prevenzione del disagio giovanile, volti alla promozione dell'agio, nati dalla voglia di animazione dei territori... di rioccupazione del territorio e di sviluppo della comunità locale da parte dei suoi abitanti soprattutto verso le popolazioni giovanili e come contrasto ai vari fattori di rischio ..MA STRUTTURATI SULL'ALLARME SOCIALE

- un lavoro di strada figlio di una naturale cultura dell'impegno e della responsabilità sociale e della prossimità che aiuta: da Don Milani, don Bosco, le esperienze dei maestri di stradail teatro di strada I canzonieri di stradaCONDIZIONATI DALL'HIV

ALCUNI PRESUPPOSTI PER INIZIARE A LAVORARE SULLA RISCrittURA COMPLESSA

- Quelli che noi chiamiamo “**servizi di prossimità e rdd**” compongono oggi una sorta di arcipelago in rapida espansione, ma soprattutto, **un arcipelago proteiforme**.
- **Proteiforme** come un organismo vivente che si modifica nel tempo. UM, UMG, Drop in, dormitori dedicati.....
- **Arcipelago** nel senso di una serie di realtà potenzialmente e virtualmente in rete tra loro che nel momento in cui si creano, in qualche modo si modificano in **un rapporto continuo tra bisogni e risposte e sistemi di riferimento**.
- I servizi di prossimità si caratterizzano come immediatamente vicini ai bisogni delle persone che sperimentano sulla loro pelle situazioni di **alta vulnerabilità sul piano bio-psico-sociale**; vulnerabilità che a a partire dalle sostanze consumate ha a che fare con la salute delle persone, con la condizione mentale, con la capacità di stare in relazione con gli altri e valorizzare le proprie reti relazionali....
- Possono essere **il ponte e l'occasione relazionale** verso un possibile cambiamento.....nella maggior consapevolezza del sé

I servizi di prossimità...come approccio dalla rdd

- Nel corso degli ultimi anni i fenomeni delle “alterità” e marginalità sociali (tra cui le dipendenze) hanno interrogato in maniera profonda il sistema di intervento e presa in carico di alcune tipologie di utenza nascono così degli interventi con alcuni presupposti relazionali:

**Superamento dell'organizzazione e della logica di sportello
...ma necessaria integrazione con i sistemi di riferimento**

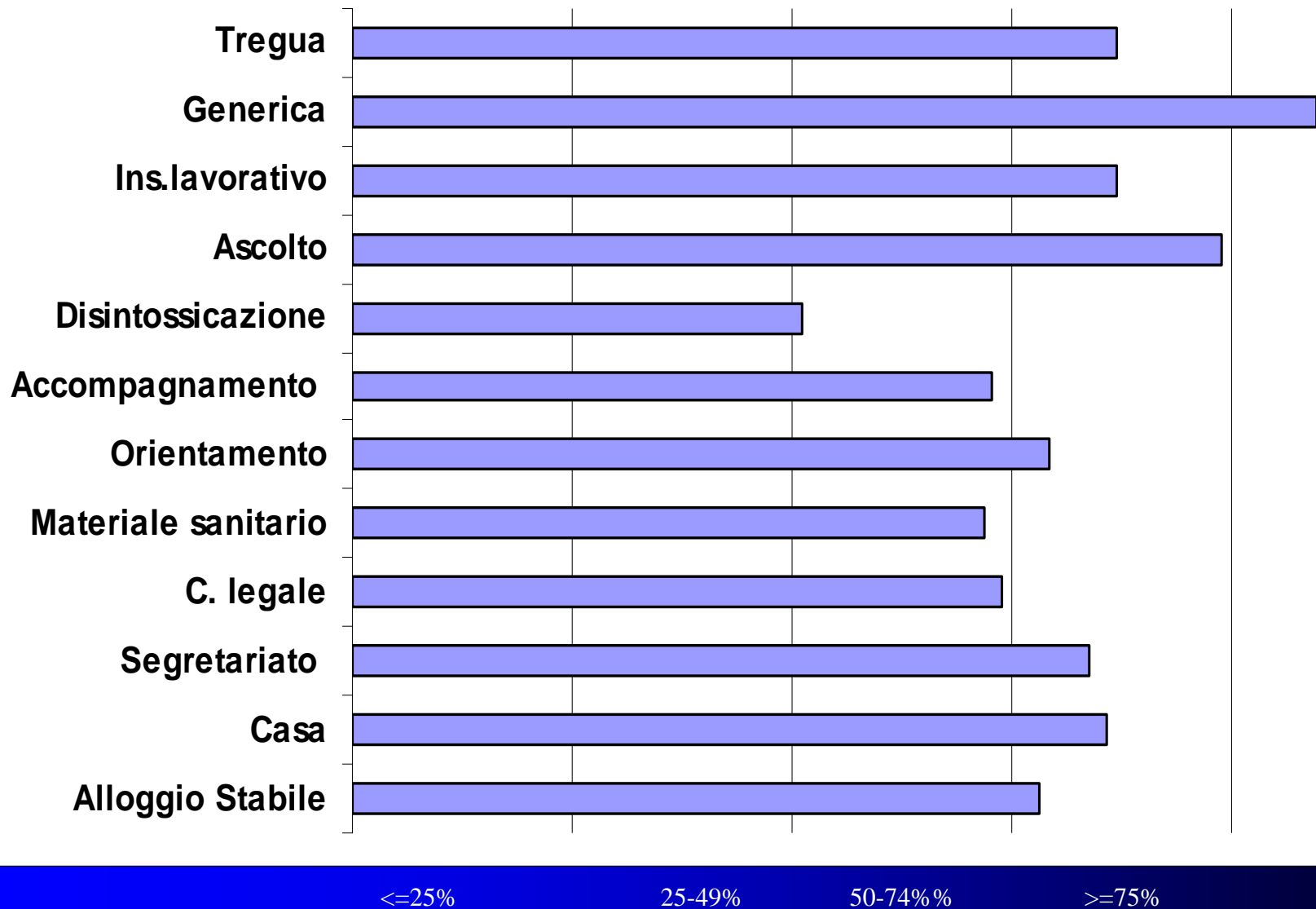
**Fornitura di strumenti e conoscenze di autotutela nella
sospensione del giudizio morale**

**Abbassamento della soglia di accesso e alleanza con il
senso della ricerca di “piaceri”e/o autocura**

**Avvicinamento e rispetto profondo dei contesti ed alle
culture di riferimento dell'”utente”/del abusatore**

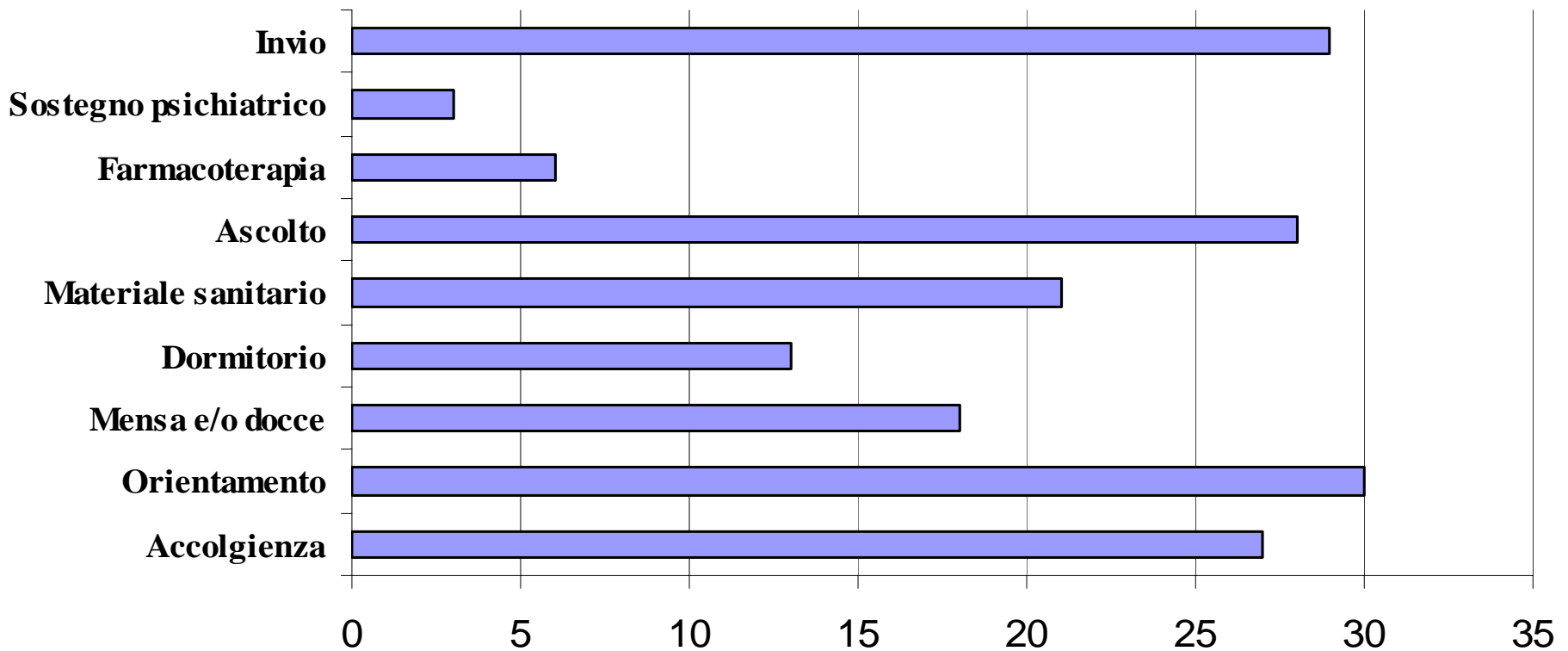
**Rinuncia all'approccio unicamente assistenziali...curativo
..alle marginalitàalla diversità....rdd**

Principali Richieste dell'utenza



I Servizi di prossimità e le prestazioni

Servizi Erogati



Le prestazioni erogate

Prestazioni erogate (modalità)	%
Analisi della domanda	82,6
Filtro e orientamento	95,7
Trattamento farmacologico	8,7
Prestazioni mediche	26,1
Interventi di rid.del danno socio/san	60,9
Psicoterapia	8,7
Supporto psicologico	52,2
Segretariato sociale	82,6
Informazione sanitaria	78,3
Counselling MST	69,6
Counselling telefonico	47,8
Laboratorio	52,2
Orientamento e formazione prof.	13,0
Inserimento lavorativo	13,0
Servizio mensa	34,8
Servizio doccia	69,6

La condizione di abusatore di sostanze e vita di strada si associa spesso a:

- Alta esposizione a fattori di rischio nocivi per la **salute direttamente connessi e non al consumo diretto**
- Alta esposizione a **traumi, incidenti, violenze**
- Alta prevalenza di **malattie**
- Le persone senza dimora abusatrici evidenziano **rischi sanitari maggiori** rispetto la popolazione generale (Johnson, 1996; Buster, 2001)
 - MTS (HIV/AIDS)
 - problemi dermatologici
 - Infezioni vie respiratorie, vie urinarie
 - **Cronicizzazione dello stato di Alcoldipendenza e tossicodipendenza**
- **Difficoltà nell'accesso alle cure e alta mortalità**
- **Esclusione sociale ...**

- Nel corso degli anni gli interventi di prossimità e vicinanza diffusi in Italia si sono poi sviluppati in varie forme (U.M., Drop in ecc) dalle problematiche più estreme e rivolti soprattutto al contenimento dei rischi più gravi(**Riduzione del danno**) volgendosi a specifiche altre problematiche incontrate in strada:
 - **dalla tossicodipendenza ai consumi problematici**
 - **la diffusione dell'AIDS e MTS anche nelle popolazioni straniere e nelle popolazioni giovanili,**
 - **la prostituzione di strada e l'impatto immigratorio**
 - **ai senza fissa dimora ed alle marginalità estreme, dai fenomeni di sfruttamento minorile o delle varie problematiche connesse all'immigrazione illegale.**
 - **L'alcool di stradala cocaina "basata"**

I nuovi capitali ...sociali come cambiamento

- In un mondo sociale in rapida trasformazione, senza un unico baricentro, basato su diversi piani spaziali e quadri istituzionali (modernità liquida) si deve sempre più fare riferimento a come diversi gruppi sociali hanno accesso (o desidererebbero accedere alle diverse risorse) e le usano (legali e illegali) e possono essere risorsa o pericoloper una società “protetta” (allearsi o proteggersi dal “nuovo” o “altro”)
- Investire sulle nuove “risorse sociali” definite come i diversi tipi di un potenziale “nuovo” capitale o potere (economico, sociale, culturale, simbolico, del consumo e della comunicazione) (Bourdie) e come ciò pesi sul determinare i destini sociali delle persone, dei contesti e la loro efficacia nell’interpretare sè ed il mondo circostante.

Vita a progettocaduta del sociale

- **Dal punto di vista soggettivo** assistiamo ad un progressiva individualizzazione dell'esperienza quotidiana e delle biografie personali...(prospettive collettive e senso)
- L'individualità diviene la quasi esclusiva **unità riproduttiva ed interpretativa della vita sociale**(Beck)
- La modernità come assunzione della propria **identità a progetto in perpetua costruzione**, con una responsabilità in un esito sempre incerto chiamato a dare risposte biografiche a contraddizioni che sono strutturali.....salta il senso di una protezione sociale “ collettiva”..... lasciandoci “soli”
- **Anche i cambiamenti della sfera occupazionale hanno contribuito in maniera rilevante ad aumentare la frammentazione sociale e di responsabilizzazione reale ...**

Nel difficile compito di agganciare e lavorare con le forme più diverse ed estreme del disagio sociale l'intervento attraverso la rdd si è anche diversificato attraverso.

- **i servizi di unità di strade per tox e altri abusi** (camper o mezzi attrezzati specifici), con attività anche di monitoraggio e trasformazione ai cambiamenti della strada.....

- **Drop in e servizi di accoglienza di bassa soglia d'accesso** (dormitori, centri diurni, anche specifici per problematicità)

- **Una diversa gestione** del rapporto nei sert e nelle comunità sia dei farmaci sostitutivi e delle ricadute soprattutto delle varie modalità e fasi di aggancio.....

- **Interventi territoriali sui primi bisogni di sopravvivenza** (i pasti, le coperte nelle emergenze freddo, le prime visite sanitarie) e/o per una presa in carico precoce più strutturata.

- **La riduzione del danno come filosofia primaria della prossimità sociosanitaria e relazionale ?**

Nuove domande

- Risposte sociosanitarie complementari oltre gli strumenti di profilassi (dormire, casa, cibo, lavoro, cura....)
- Costruzione di relazioni e consulenze “significative” nei percorsi delle persone (presa in carico precoce?)
contenimento del consumo problematico ?
- Monitoraggio continuo dell’evoluzione dei fenomeni e delle domande Sistema di allerta rapido?
- Diversa e stabile collocazione nel sistema dei servizi (prestazioni complementari, sperimentazioni, progetti, servizi e sistema di intervento ?)
- Nuove competenze e ruoli dei servizi di bassa soglia (mediazione dei conflitti, accompagnamento all’elaborazione di una evoluzione, gestione mista tra servizio e strada, consumo controllato ?)

Rdd: evoluzione nella complessità

L'analisi dell'evoluzione si è articolata su quattro nodi concettuali accomunati da un'unica categoria di lettura: la complessità ed evoluzione dei fenomeni verso l'articolazione delle risposte

- Complessità dell'utenza
- Complessità delle risposte e degli approcci :
i progetti e/o servizi di bassa soglia
- Complessità delle reti e nel sistema
- Complessità dell'agire dell'operatore tra rdd e sicurezza,

1) Complessità dell'utenza e rdd

il popolo target della strada si è ingrandito e differenziato, non solo tossicodipendenti, alcolisti e persone con problemi di salute mentale, ma anche stranieri (con permesso di soggiorno, clandestini, minori non accompagnati, consumatori soprattutto di alcool) e nuovi marginali: autoesclusi, (punkabbestia, squatters, ecc.) ed eteroesclusi o “nuovi poveri” frutto di cambiamenti sociali complessivi della *seconda modernità*..

la rdd ci permette di essere lì ove altri si ritirano (target allargati e/o diversificati ?)

Complessità dell'utenza

Necessità di riflettere e capire chi sono i soggetti che vivono oggi in strada:

- la strada come passaggio e acquisto,
- come scelta pseudo consapevole,
- come condizione strutturale

Pericolo di categorizzazione del fenomeno “il popolo della strada” in doppio senso:

- come nuova categoria amministrativa del sistema di welfare
- come modalità di riduzionismo del fenomeno stesso

Rischio di perdere di vista la centralità e la complessità dei bisogni di cui i soggetti sono portatori

2) La complessità degli approcci nella rdd: i progetti e/o servizi di bassa soglia

- Dall'utente "problema" all'utente risorsa ***"dall'assistenzialismo al protagonismo"*** e gli operatori pari come risorsa decisiva (peer support)
- Dal **protagonismo individuale** al **protagonismo collettivo** (le associazioni di consumatori)
- Dalla **contrapposizione** verso un **territorio ostile** alla **presa in carico** del contesto (negoziazione)
- Dal **prendersi cura** della persona ad una funzione di **"advocacy"**
- Dall'emersione del **sommerso** alla **cogestione** del **consumatore/utente in carico**
- Dalle **sperimentazioni** dei Progetti alla **definizione formale** del Servizi (accreditamento?)

3) **La complessità delle risposte: i progetti e/o servizi a bassa soglia verso l'identificazione di alcuni nuovi obiettivi comuni:**

- **intercettare** le persone che non afferiscono ai servizi (**sommerso**) come mediazione dei potenziali conflitti...
- attuare interventi di **riduzione del danno anche come elemento di primo aggancio**presa i carico precoce(**ruolo e funzioni degli strumenti di profilassi**)
- rispondere a **bisogni primari** della marginalità (dormire, mangiare, lavarsi, vestirsi, avere materiale sterile, un luogo dove passare il tempo e socializzare, ecc...) anche per chi è già in carico ai sert
- promuovere il **mutuo auto aiuto**, anche per favorire **processi di cittadinanza attiva sia individuale che collettiva**
- favorire l'**accesso** delle persone **alla rete dei servizi**

4) La definizione delle risposte della rdd nei progetti e/o servizi di bassa soglia

è possibile far convergere i servizi di BS dalla rdd intorno ad alcune **funzioni complesse**:

- Accoglienza e contatto...del sommerso
- Accompagnamento alle persone già in carico
- tutela sociosanitaria(salute pubblica)
- Occasione individuale pre-progettuale
- Negoziazione territoriale del servizio
- Confronto e responsabilità sulla sicurezza sul territorio e controllo sociale
- Osservatorio attivo sui fenomeni
- Occasione di presa in carico precoce

La complessità dei percorsi dei progetti e/o degli obiettivi dei servizi di bassa soglia

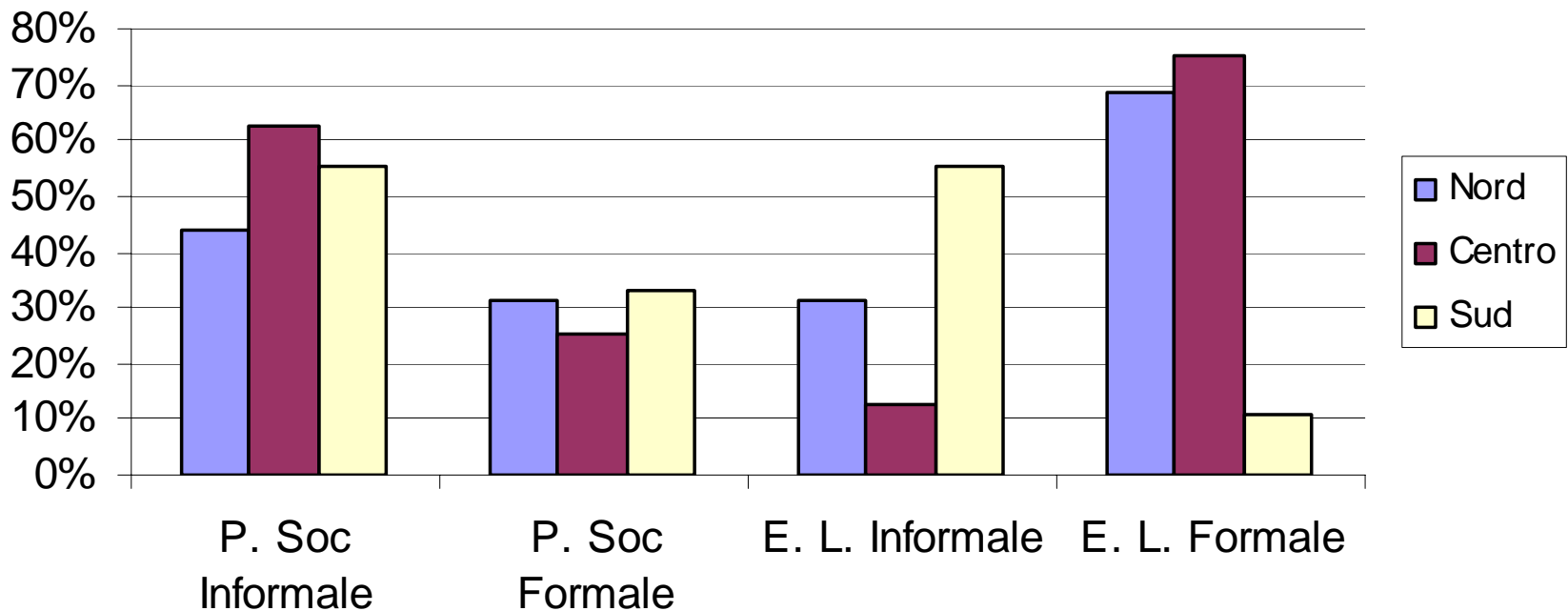
**In questi anni abbiamo assistito a molti percorsi di
evoluzione dalla rdd:**

- **Dal sanitario al socialeall'integrazione socio/sanitaria**
- **Dalla tossicodipendenza all'impatto con la marginalità estrema e/o le nuove domande di consumo ed abuso "compatibile"**
- **Dalla riduzione del danno all'accompagnamento**
- **Dalle Unità di strada ai Drop-in..alle accoglienze**
- **Dalla discontinuità tra i progetti a bassa soglia e i Servizi di primo livello alla continuità "*dalla bassa soglia al sistema integrato di intervento*"**
- ***Dall'accoglienza alla sicurezza ? dall'integrazione contro l'esclusione ?alla presa in carico precoce ?***

- **Il lavoro sul singolo** ...dalla riduzione dei rischi alla presa in carico precoce (aggancio, farmaci sostitutivi ...eroina, art.18, strumenti di profilassi, macchinette scambia siringhe, contenimento dei danni collaterali)
- **Il lavoro sulle dinamiche dei gruppi** e legato alle identità collettive (peer support, mediatori, opinion leaders, auto aiuto...)
- **La riscrittura partecipata delle politiche della città** (spaziali, temporali, dei flussi di movimento ...zonizzazione ...sistema di allerta rapido?)
- **Della legislazione e dell'organizzazione dei servizi verso una reale tolleranza e della possibile convivenza Rdd come sistema complessivo di salute pubblica,**

La Rete tra formale ed informale

Tipo di integrazione per area geografica



Il personale delle equipe

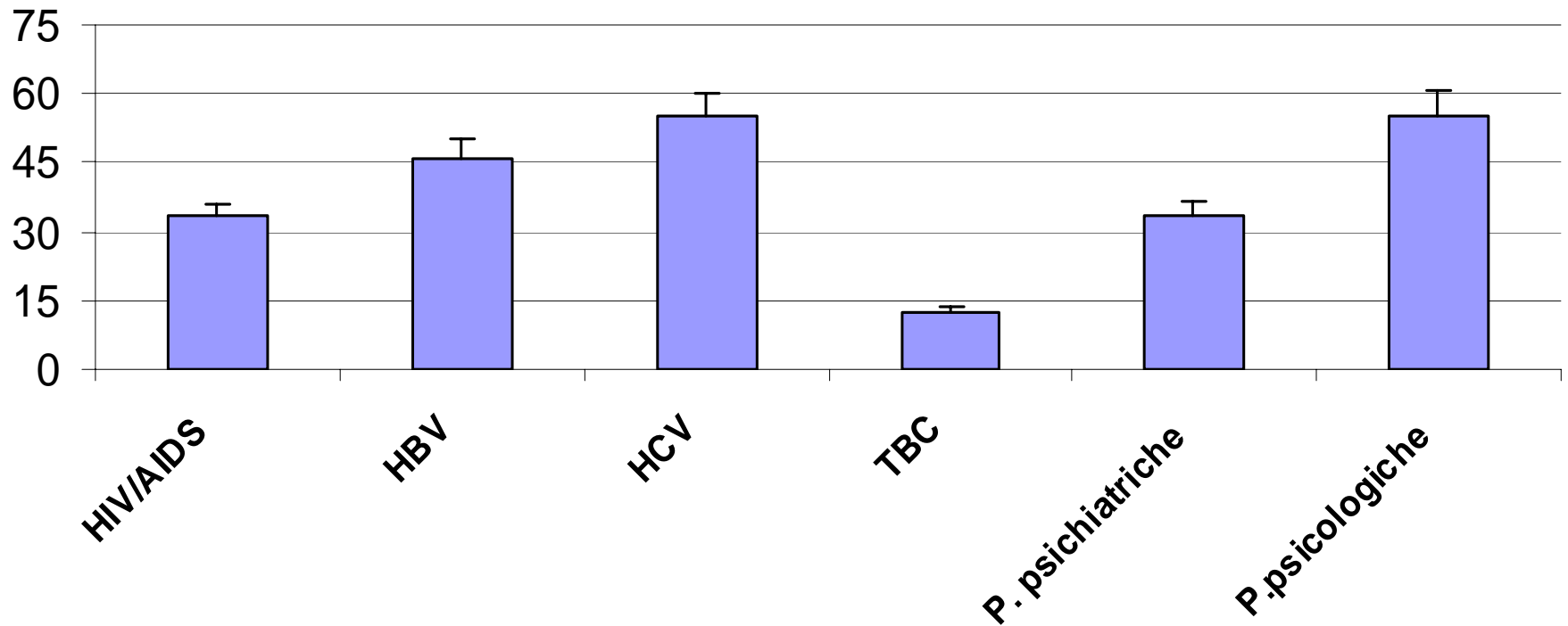
- Il personale è composto mediamente da circa 6 unità, con una prevalenza di educatori professionali (32.6%) e di operatori di base (30%). E' minima la presenza di persone in servizio civile (4.3) e infermieri (8.7) ma è piuttosto bassa anche la presenza di operatori con formazione "sociale" come sociologi (17.4) e assistenti sociali (17.4)
- Il 52% delle strutture rispondenti impiega anche operatori ex TD, metà dei quali provenienti dalla stessa struttura o dai servizi pubblici di riferimento
- Solo circa il 10% utilizza operatori pari o mediatori stranieri

L'utenza dei servizi di prossimità

- I servizi si occupano di persone con problemi di abuso in maniera esclusiva (35%), in maniera prevalente (52%) o in modo marginale (13%).
- La classe di età prevalente è 28-37 anni prioritariamente di genere maschile
- Gli stranieri arrivano fino a quarto dell'utenza totale nel 70% dei servizi analizzati
- In circa 10 anni l'utenza di TD SFD è aumentata del 40% nei servizi analizzati

Presenza di altre patologie nell'utenza più conosciuta

Prevalenza % comorbidità.
Valori medi



**IL RISULTATO NON E' INDIPENDENTE
DAL SISTEMA CHE LO GENERA**

**Grazie per l'invito e l'attenzione...con
la certezza di un possibile lavoro futuro
insieme..**

email: defric@tiscali.it

riccardo.defacci@cooplotta.org

De facci Riccardo