

Parte terza: Argomenti di approfondimento

A03: Tossicodipendenti in carcere e misure alternative alla detenzione

Nel corso dell'anno 2000 si è costituito, presso il Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria, un gruppo di lavoro focalizzato sulle tematiche relative all'intervento nei confronti dei tossicodipendenti in esecuzione penale.

Il gruppo ha affrontato l'insieme delle questioni concernenti, la condizione detentiva e l'esecuzione penale esterna, avendo come riferimento fondamentale la realtà degli istituti penitenziari e dei CSSA, al fine di delineare il quadro dei diversi interventi, sanitari e trattamentali, attivati nei rispettivi ambiti.

Trattamento intramurario

E' stata presa in considerazione sia la situazione di quanti si trovano nelle sezioni ordinarie, sia quella di coloro che si trovano ristretti negli istituti o sezioni c.d. a custodia attenuata.

Il gruppo ha ritenuto che - sulla base delle esperienze in atto, oltre che delle analisi già avviate, in ambito dipartimentale, in data più e meno recente - l'attenzione, in termini di riflessione e di proposta, dovesse orientarsi in due direzioni:

- da una parte, le sezioni c.d. di primo livello, destinate ad ospitare i detenuti tossicodipendenti i quali, per varie ragioni - anzitutto l'ingresso dalla libertà - non siano disintossicati;
- in secondo luogo, gli istituti o sezioni c.d. a custodia attenuata, altrimenti detti di secondo livello, sedi - come è noto - di esperienze ormai avviate da anni ed in continuo "sviluppo".

E' apparso del tutto evidente che - se non altro per ragioni di ordine numerico - la massima attenzione debba essere dedicata alle prime, nelle quali si concentra la grande massa dei detenuti tossicodipendenti.

Da qui la decisione di compiere un approfondito monitoraggio dell'esistente, realizzato con un questionario, al fine di ricostruire, anche con riferimento agli aspetti di esecuzione penale esterna, le prassi esistenti e di ottenere una attendibile fotografia della realtà, tanto più interessante in quanto relativa ad un settore nel quale - come è noto - è ormai avvenuto, in via definitiva, il trasferimento delle funzioni di assistenza sanitaria al servizio sanitario nazionale.

L'analisi delle risposte pervenute consente di mettere a fuoco importanti elementi di conoscenza, utili ad impostare un eventuale "tavolo di discussione" con la Sanità, nel quadro delle rispettive competenze fissate dalla legge di riforma, nonché a suggerire una sorta di protocollo generale di intervento che possa costituire un vero e proprio modello operativo.

Gli Istituti e sezioni di primo livello

Con riferimento agli istituti e sezioni di primo livello, l'analisi dei dati emersi dal questionario mette in luce un'esigenza urgente di coordinare e dare impulso alla possibilità di presa in carico, da parte dei Ser.T. territoriali, delle problematiche sanitarie dei tossicodipendenti detenuti.

I punti critici rilevati nell'attuale passaggio delle competenze riguardano infatti:

l'insufficiente numero di operatori ASL impiegati negli istituti, che costringe il personale sanitario penitenziario a integrare le carenze in diverse tipologie d'intervento;

- la necessità di promuovere la stesura di protocolli operativi tra le Direzioni d'istituto e le ASL, attivati in misura ancora del tutto insufficiente, al fine di definire le rispettive competenze e funzioni;
- la necessità della continuità terapeutica, specie all'atto della dismissione dal carcere, che costituisce una delicata fase "a rischio", per il passaggio da una

Parte terza: Argomenti di approfondimento

situazione di "controllo forzato" a una in cui si riacquista la piena capacità di autodeterminarsi in merito all'assunzione di sostanze;

- l'opportunità di incrementare l'incidenza di metodologie diversificate d'intervento riabilitativo, quali i gruppi di sostegno psicologico e di motivazione al cambiamento, da affiancarsi alle tradizionali attività trattamentali indirizzate alla formazione professionale e alla promozione culturale.

Gli Istituti e sezioni di secondo livello

Con riferimento agli istituti e sezioni di secondo livello, si è rilevato in primo luogo che il numero delle esperienze di custodia attenuata per tossicodipendenti è risultato superiore a quante fosse noto al gruppo stesso: da tale fatto si desume la necessità, da parte dell'Amministrazione centrale, di conoscere e monitorare le buone prassi e le esperienze elaborate su base locale, anche al fine di valorizzarle e di ampliarne le potenzialità.

Si è dunque deciso di compere visite negli istituti interessati - 18 in tutto: queste ultime hanno confermato le profonde diversità esistenti, su aspetti tutt'altro che secondari (prima di ogni altro, i criteri di selezione dei detenuti da inserire).

Alla luce delle informazioni acquisite, il gruppo di lavoro ha provveduto a:

- analizzare e valutare le esperienze realizzate;
- formulare una proposta conclusiva, anche ai fini della fissazione di criteri omogenei e codificati per l'individuazione del circuito in argomento;
- elaborare una bozza di "regolamento interno-tipo".

Misure alternative

Nell'anno 2000 sono stati seguiti complessivamente 24.991 affidamenti in prova al servizio sociale di cui 6.740 si riferiscono a soggetti tossicodipendenti.

Per quanto concerne l'andamento di questa misura alternativa emerge che vi è un esito negativo in pochi casi e particolarmente in relazione all'interruzione dei programmi terapeutici.

Più precisamente si è rilevato che soltanto per il 17% dei casi di affidamento provenienti dal regime detentivo viene revocata la misura e per l'8% dei casi di affidamento provenienti dalla libertà.

Sicuramente per i tossicodipendenti vi è un più elevato rischio di esito negativo, infatti, se confrontiamo tali dati con quelli relativi all'affidamento ordinario, si osserva che la differenza del dato percentuale è notevole.

Per i casi di affidamento provenienti dalla detenzione le revoche rappresentano soltanto il 5% del totale, e per i casi provenienti dalla libertà esse sono pari al 3%.

L'interpretazione dei questi dati non è semplice in quanto le variabili che caratterizzano il percorso terapeutico e trattamentale per i tossicodipendenti in misura alternativa sono molteplici e di elevata complessità.

Il dato quantitativo delle revoche non può essere esaustivo per una comprensione del fenomeno, che deve necessariamente essere orientata verso un'analisi di tipo qualitativo dell'efficacia degli interventi rieducativi e terapeutici.

Tale considerazione ha condotto questa divisione ad avviare ed elaborare specifici progetti di implementazione di studi valutativi.

Doppia diagnosi e diagnosi nascosta. Accoglienza e presa in carico negli istituti penitenziari

Il progetto è finalizzato alla rilevazione delle interferenze e sovrapposizioni tra sofferenza psichiatrica e tossicodipendenza in ambito penitenziario, con attenzione alla dimensione dello sviluppo della situazione patologica, nelle componenti biologiche, personali e sociali relative a ogni soggetto.

Parte terza: Argomenti di approfondimento

La specificità della condizione detentiva, in relazione al tema d'interesse, consente di verificare l'eventuale emergenza e/o evoluzione del disagio psichico, data l'interruzione del consumo di sostanze durante il tempo della detenzione, e data la possibilità di ripetere l'indagine, con gli strumenti prescelti, entro un tempo utile di controllo, costituito dalla permanenza in carcere.

E' già iniziata la raccolta di informazioni atte a rilevare l'incidenza di disturbi psichiatrici nella popolazione detenuta tossicodipendente, anche nelle forme di una possibile diagnosi "nascosta", cioè mascherata dall'uso di sostanze; alla luce dei dati che stanno emergendo, si intende proporre in via sperimentale, con la partecipazione attiva del personale penitenziario, un'ipotesi per un'accoglienza consapevole e competente, negli istituti di pena, delle persone portatrici di problematiche psichiatriche, ai fini di una presa in carico integrata, per tutti gli aspetti sanitari, dall'intervento dei servizi territoriali di tutela della salute.

Il rilevamento diagnostico e la sperimentazione si attuano in due istituti penitenziari rappresentativi delle fondamentali tipologie d'ambiente reperibili sul territorio nazionale: un grande istituto di un'area metropolitana (Casa circondariale di Regina Coeli — Roma) e un istituto di dimensioni minori e non caratterizzato da sovraffollamento e da clamorosa carenza di risorse strutturali e umane (Casa di reclusione "Due palazzi" — Padova).

Il coinvolgimento del personale penitenziario nella realizzazione del progetto ha già comportato momenti di informazione e di ampliamento delle competenze, realizzati attraverso incontri con gli esperti partecipanti alla ricerca.

Sono emersi, in tali occasioni, specifici "bisogni formativi" da parte del personale, i quali saranno analizzati ai fini dell'individuazione di una risposta strutturata.

Per il rilevamento si utilizza una batteria di strumenti, comprensiva di un questionario di primo livello per l'identificazione, all'interno del target di partenza (tutti i detenuti tossicodipendenti dei due istituti), dei soggetti suscettibili di doppia diagnosi; per costoro è prevista in seguito l'applicazione di diversi test psicodiagnostici per il riconoscimento delle specifiche patologie.

L'importanza della ricerca è dovuta al fatto che analoghi studi condotti su soggetti liberi soddisfano solo marginalmente le esigenze di conoscenza, finalizzate all'intervento, di questa Amministrazione, poiché l'ambiente penitenziario, così come i soggetti che entrano nel circuito penale, presentano caratteristiche del tutto peculiari.

Per queste ragioni, riconosciute e condivise dall'ente promotore e finanziatore dei progetti finalizzati, la ricerca sarà estesa, nel prossimo futuro (in virtù del finanziamento a valere sui fondi dell'esercizio finanziario 2001), ad altre realtà penitenziarie sul territorio nazionale, che saranno individuate sulla base di una significativa presenza di detenuti tossicodipendenti.

Il problema emergente degli extracomunitari tossicodipendenti presenti nel circuito penitenziario

L'aumento della presenza di stranieri nel sistema penitenziario, per lo più provenienti dai Paesi cosiddetti d'emigrazione, è un dato di fatto accertato e progressivo sia in termini assoluti, sia in relazione alla popolazione detenuta nel suo complesso.

La presenza di detenuti stranieri è in costante aumento; basti pensare che in poco più di un decennio il numero degli stranieri che hanno fatto ingresso negli istituti penitenziari è passato da 10.141 (dato riferito al 1987) a 28.623 (dato riferito al dicembre 2000).

Le cause di tale fenomeno sono oggetto di interpretazioni estremamente diversificate, sostenute da argomentazioni, anche antitetiche, tese da una parte ad amplificare l'allarme sociale, dall'altra ad affrontare tale complesso fenomeno individuando strumenti idonei sotto il profilo normativo e gestionale.

Tale situazione ha comportato un radicale cambiamento nella tipologia della popolazione detenuta, al quale deve essere prestata attenzione.

Parte terza: Argomenti di approfondimento

L'Amministrazione Penitenziaria si trova comunque a dover gestire situazioni e problemi nuovi, posto che in alcune realtà detentive, per lo più coincidenti con le aree metropolitane, la popolazione straniera ha superato il 50% del totale.

Ed è in questa logica che vanno lette le novità introdotte dal nuovo regolamento.

La difficoltà della comunicazione interpersonale (linguistica, ma anche culturale in senso più ampio) pone dei limiti al trattamento; la prospettiva dell'espulsione a fine pena non incoraggia la collaborazione del detenuto e costituisce il vero limite all'attivazione di concreti percorsi di reinserimento.

Inoltre la mancanza di riferimenti positivi presso la società libera (alloggio, famiglia, lavoro, legami affettivi significativi) rende difficile o impossibile l'accesso ai benefici penitenziari di fatto sostenendo la massiccia permanenza in carcere di detenuti stranieri.

Dietro la generica definizione di straniero vi sono circa 16.000 persone (dati al gennaio 2001) di 128 nazionalità differenti.

Molti di essi sommano alla già critica condizione dell'immigrazione anche quella della tossicodipendenza e alcolodipendenza, condizioni che molto spesso sono difficili anche solo da rilevare.

Per queste ragioni, l'Amministrazione penitenziaria ha promosso un progetto articolato, il cui primo obiettivo è quello di pervenire a una approfondita conoscenza di questa popolazione, composta da molteplici appartenenze culturali, ma soprattutto da tante singole individualità che rischiano di essere annullate dietro la generica etichetta di straniero, o al massimo dietro un'altrettanto generale appartenenza culturale o religiosa.

In modo particolare, per i problemi legati alle dipendenze e al loro trattamento, ci si trova di fronte a veri e propri vuoti di conoscenza, e a prassi operative dimensionate sulla popolazione italiana, che non risultano sempre adeguate.

Al di là delle inevitabili difficoltà comunicative e relazionali, è particolarmente complesso proporre interventi che assumono significati profondamente differenti a seconda della prospettiva culturale.

Si pensi ad esempio alla diversa valenza del concetto di salute, di cura, o come un approccio di tipo psicologico sia difficile se rivolto a persone a cui tale ruolo risulta completamente estraneo.

Alla luce dei risultati della ricerca sopra descritta, saranno implementati progetti trattamentali che consentano di superare le difficoltà e i fattori di esclusione di tali soggetti dai processi di recupero e reinserimento dei servizi territoriali e penitenziari, con particolare riferimento all'accesso alle misure alternative.

Parte terza: Argomenti di approfondimento

A04: La riabilitazione sociale e la comunità terapeutica

Il fenomeno della tossicodipendenza, come tutti i fenomeni ad esso correlati, ha subito una costante e graduale evoluzione.

L'esperienza degli operatori di tutti quei servizi che, negli ultimi quindici - venti anni, si sono occupati del trattamento del tossicodipendente, ha evidenziato con chiarezza come tale utenza sia venuta via via differenziandosi non solo in relazione alle sostanze usate, ma anche in funzione dell'età, della storia, della situazione familiare, delle risorse personali, culturali e lavorative.

A tal proposito, dopo un periodo di osservazione e di confronto parallelo tra comunità terapeutiche e servizi pubblici, si possono evidenziare alcuni tra i più frequenti tratti caratteristici dell'utenza oggi afferente tali servizi:

- utenti che manifestano difficoltà e disagio nel percorso di reinserimento lavorativo e sociale e, conseguentemente, abbisognano di tempi più lunghi per la separazione dalle strutture terapeutiche;
- utenti con doppia diagnosi, che richiedono interventi riabilitativi fortemente personalizzati;
- utenti il cui trattamento d'elezione è rappresentato da una serie di interventi centrati sull'utilizzo del metadone a mantenimento, per un periodo prolungato di tempo;
- utenti con problemi di grave marginalità sociale, privi di una rete familiare di riferimento e senza mezzi di sussistenza, rispetto ai quali, una volta avvenuta la disintossicazione dall'uso di sostanze (droga, alcool), si rendono necessari interventi di inserimento sociale e lavorativo senza i quali è impossibile la (ri-) acquisizione di una autonomia socio-economica;
- utenti con situazioni legali di affidamento sociale, che rendono inevitabilmente necessario un reinserimento sociale maggiormente controllato.

Una realtà così caratterizzata ha, inevitabilmente, richiesto ai servizi il superamento di quelle posizioni riduzionistiche e causalistiche, che individuano la genesi del disagio in un solo elemento e permettono letture eccessivamente lineari del fenomeno e del suo evolversi, favorendo invece l'adozione di spiegazioni multidimensionali o complesse.

All'interno delle comunità, la consapevolezza di questi problemi ha reso, inoltre, necessario chiedersi a quale accezione dei concetti di "guarigione" e di "ri-abilitazione sociale" ci si stia riferendo, e quali possano essere quelli più realistici ed adeguati da adottare.

Fare propria la consapevolezza che il fenomeno della tossicodipendenza deve essere collocato all'interno di paradigmi esplicativi fondanti sul pensiero complesso, ha rappresentato per le comunità terapeutiche un passaggio fondamentale per la progettazione di un cambiamento, non solo da un punto di vista filosofico, ma anche a livello strutturale ed organizzativo.

Non potendo un servizio definirsi, se non in funzione del target degli interventi, tale approccio ha confermato la necessità di avviare percorsi e interventi di cura e riabilitazione atti a dare risposte diversificate per le differenti forme di disagio espresse attraverso l'uso di sostanze.

Non solo la pratica della cura risente, ormai, di questa necessità di articolare programmi terapeutici sempre più aderenti alle caratteristiche dell'utenza, ma anche gli strumenti adottati nella prassi operativa quotidiana vengono utilizzati con una frequenza, una combinazione e un significato differente a seconda dell'utente e del momento evolutivo che lo stesso si trova ad affrontare, nel proprio percorso terapeutico-riabilitativo.

Naturalmente, anche l'esperienza più globale e unificante della riabilitazione sociale prevede un sempre più chiaro distinguo in merito alle risorse e ai vincoli di ciascuno e richiede l'attivazione di percorsi e soluzioni coerenti e prossime al saper fare e al saper essere d'ogni utente.

Parte terza: Argomenti di approfondimento

Abilitare, quindi, va inteso nel senso di attivare capacità, di interpretare la realtà partendo dalla propria storia personale e di intervenire, in essa e su di essa, per modificarla.

La ri-abilitazione è allora un recuperare e un potenziare le capacità utili per un'attività competente e non, dunque, un trasferimento di abilità "dall'esterno" nel soggetto.

A tal fine, il lavoro rappresenta uno dei dispositivi della riabilitazione che va a porsi, quale colonna portante, a fianco di altri fondamentali contesti del processo riabilitativo: la casa, gli affetti, le relazioni, i saperi, le competenze che compongono il "mondo vitale" entro cui l'attività lavorativa ha luogo.

Snodo fondamentale dell'azione di riabilitazione sociale è quella fase del percorso terapeutico comunemente definita come "reinserimento sociale"¹. Questa fase costituisce dunque un passaggio obbligato, estremamente delicato, in quanto la persona si confronta nuovamente con la realtà esterna e verifica la misura del cambiamento effettivamente in atto.

Gli obiettivi riabilitativi generali, normalmente condivisi e perseguiti dalle comunità nell'arco dell'intero percorso terapeutico e, in maniera più esclusiva, nella fase del Re/Inserimento sociale, possono essere sinteticamente suddivisi in sette grandi aree:

area della cura di sé: l'obiettivo è quello dell'acquisizione e del consolidamento di atteggiamenti e comportamenti mirati ad un'adeguata presa in carico di se stessi e del proprio ambiente di vita. In questo caso l'intervento riabilitativo parte da lontano, dagli "elementari": si tratta infatti di motivare, accompagnare e sostenere l'utente nei processi di interiorizzazione di modalità comportamentali finalizzate ad una presa in carico non solo della propria condizione medico sanitaria (visite mediche, visite specialistiche, cure dentarie, ecc.), ma anche delle condizioni e dell'igiene del proprio ambiente di vita. Ciò comporta, per esempio, una progressiva responsabilizzazione nella cura del proprio aspetto fisico (igiene personale, abbigliamento, ecc.) che comincia già nella prima fase del cammino terapeutico, quello della accoglienza. La vita comunitaria, facilita l'accettazione e la graduale condivisione di queste regole comportamentali perché ne rende subito chiari vantaggi e svantaggi rispetto, appunto, al vivere assieme e al superamento di alcune problematiche connesse anche alla convivenza e alla condivisione.

area del trattamento farmacologico: l'obiettivo è innanzitutto quello di giungere, quando serve, ad un'accettazione del farmaco come strumento per garantirsi uno stato di salute e benessere sia fisico, in risposta a patologie infettive e/o croniche conseguenti all'uso di sostanze, sia psichico, laddove il farmaco viene vissuto come oggetto di dipendenza surrogato della sostanza. A ciò si aggiunge la necessità di una responsabilizzazione dell'utente nei confronti del proprio trattamento farmacologico, nonché nel rapporto con quelle figure professionali che lo seguono da questo punto di vista. Ciò spesso favorisce una presa di coscienza ed accettazione della propria condizione psicofisica e una maggiore capacità di "ascolto" delle proprie reazioni organiche al farmaco. In questo contesto, un'azione importante, che attraverso gradualmente tutte le fasi del percorso terapeutico, è quella della educazione alla

¹ Normalmente anche la fase di reinserimento sociale viene suddivisa in fasi intermedie:

1. reinserimento sociale primario che ha lo scopo di formare la persona:
 - al lavoro: tramite corsi di formazione, stage, accompagnamento professionale con maestri del lavoro, orientamento al lavoro con adeguate agenzie formative. In questo momento alcuni frequentano la scuola per accedere a titoli e licenze.
 - al tempo libero: tramite la creazione di nuovi interessi e l'accompagnamento alla costruzione di una rete di amicizie. In questo ambito si propongono anche percorsi di responsabilizzazione nella gestione dei soldi e dell'alcol.
 - all'attenzione per se stessi: tramite la decisione personale di impegnarsi verso se stessi, a rimanere in un processo di attivazione e di cambiamento
2. reinserimento sociale avanzato che ha lo scopo di preparare -e conseguire- un sano distacco dall'esperienza di comunità tramite:
 - il lavoro gratificante e a tempo pieno al di fuori della Ct. Questo lavoro deve avere caratteristiche di tutela del programma: stabile, non in nero, no turni, non di notte, regolare
 - a gestione personale - anche se tutorata - del proprio tempo libero e dei propri soldi. Si prevede sempre una continua valorizzazione del proprio tempo.
 - l'accompagnamento alla ricerca di alloggi. La Comunità in questo senso ha anche elaborato un vademecum che aiuta la ricerca-casa.
 - l'inserimento in una rete esterna più grande fatta di volontari, ex utenti, associazioni o gruppi amicali.

Parte terza: Argomenti di approfondimento

salute intesa come capacità del singolo di prendersi cura del ben-essere personale e del gruppo, con mentalità e comportamenti conseguenti, ricorrendo anche alla risorsa dell'auto-aiuto.

area della scolarità: per coloro che sono sprovvisti dei titoli di studio basilari (Licenza media inferiore, corsi di formazione professionale), l'obiettivo è l'inserimento presso gli Istituti o gli enti preposti per l'accompagnamento al conseguimento dei suddetti titoli. Attraverso anche altre iniziative culturali che animano alcuni momenti della vita comunitaria si permette una ri/scoperta del piacere legato all'apprendere e al conoscere e una riacquisizione del senso di familiarità rispetto ad alcune competenze di base. Un altro intervento importante è quello della scuola guida per ottenere o riottenere la patente: un obiettivo importante perché si tratta di acquisire uno strumento utile per una possibile autonomia personale in previsione di un reinserimento sociale.

area sociale (primaria e secondaria): l'obiettivo è quello di favorire la ri/costruzione di una significativa rete sociale di riferimento, che renda possibile il recupero di un'identità sociale positiva. In questo contesto, un passaggio fondamentale è rappresentato dalla modificazione degli abituali schemi "disfunzionali" di relazione. A ciò si aggiunge una costante attività di sensibilizzazione dell'utente circa l'importanza di ri/scoprire e mantenere interessi culturali e/o ricreativi propri. Si tratta di un'area strategica per il percorso di riabilitazione in atto perché pone la persona nella condizione di verificare la modalità di riconnessione ad alcuni ambiti naturali della vita, con particolare attenzione all'ambito familiare ed al contesto sociale allargato.

Rispetto all'ambito familiare, la fase del rientro prevede che l'utente e i propri familiari, che fino ad ora hanno normalmente seguito due percorsi paralleli, comincino ad affrontare in gruppi congiunti (utenti in fase di rientro e gruppi multifamiliari) il riconoscimento e l'elaborazione delle dinamiche connesse a vissuti e relazioni tossicomaniache, cercando di individuare possibili modifiche delle stesse a seconda delle risorse di ognuno. E' in questa fase del percorso terapeutico che si lavora con continuità sul versante affettivo – sessuale e sulle relazioni parentali. Fondamentale è questa azione di ricostruzione del mondo degli affetti, delle regole, dei ruoli all'interno della famiglia di origine o dell'eventuale propria nuova famiglia. Per quei componenti del nucleo familiare con cui è possibile farlo, si comincia a valutare la possibilità o meno di un eventuale reinserimento nella famiglia di origine o nell'attuale, rafforzando quei comportamenti alternativi ritenuti positivi in una prospettiva di prevenzione della ricaduta.

Per quanto riguarda l'ambito sociale vero e proprio, gli utenti cominciano ad uscire dalla struttura non solo per verificare le relazioni in seno al proprio contesto familiare ma anche per frequentare corsi e/o coltivare attività creativo/ricreative. Fondamentale in questo momento è un concreto aggancio con il mondo dell'associazionismo e del volontariato locale che permette la frequentazione di gruppi formali e/o informali e lo sperimentarsi in diversi contesti sociali e ruoli differenti, permettendo la costruzione di un contesto amicale fondato su criteri alternativi alle modalità precedenti.

La comunità terapeutica, proprio per sua specifica identità, è naturalmente connessa al mondo del no profit, dell'associazionismo e del volontariato, con i quali ha un forte e costruttivo legame. Con queste realtà del territorio è ormai sempre più incernierata da azioni e progetti congiunti per la promozione d'una cultura dello stare bene, della prevenzione, della accoglienza e del reinserimento lavorativo. Il lavoro di connessione tra l'utente e le proposte animative, ricreative e culturali è un momento importante per gestire la fase dello svincolo dalla comunità terapeutica: riuscire ad entrare in un gruppo, svolgere piccole mansioni e tenere relazioni significative con persone nuove è un forte scudo protettivo per qualsiasi persona, tanto più per chi è in procinto di uscire da un percorso terapeutico comunitario e può rischiare gradualmente di isolarsi e abbandonarsi alla propria solitudine.

Parte terza: Argomenti di approfondimento

Altro aspetto preso in considerazione in questa fase del percorso terapeutico, è quello del recupero di un adeguato rapporto con le istituzioni e con i propri rappresentanti; considerata la storia personale che molto spesso accomuna le persone ospitate in comunità, esiste un forte conflitto, rabbia, squalifica o disinvestimento rispetto al mondo dello stato e delle sue istituzioni. Riconoscere il ruolo, accettarne tempi e modalità, instaurare un rapporto di collaborazione e un confronto chiaro e responsabile sono i primi passi per ristabilire una cultura della legalità e per riuscire a ricollocare nel giusto contesto regole, relazioni e funzioni.

Un altro aspetto che viene verificato in questa fase è la capacità di gestione della propria quotidianità, che diviene concreto indice della reale autonomia acquisita. Nella fase del reinserimento sociale avanzato ha luogo, infatti, la ricerca non solo di un lavoro stabile, ma anche di un appartamento nel quale andare a vivere magari con qualche altro ragazzo. Verificare la gestione della propria quotidianità domestica: il fare la spesa, cucinare, lavorare, riordinare, mantenere un pulito è un banco di prova importante, che permette di cogliere la capacità di tollerare la fatica e le frustrazioni, restando dentro alla propria prospettiva personale d'autonomia.

area lavorativa: inizialmente, l'obiettivo è quello di recuperare il valore ed il significato del lavoro come applicazione di energia, per il conseguimento di un fine determinato. Ciò significa, innanzitutto, riconoscere nell'attività lavorativa la possibilità di dare un significato più esteso al concetto di produttività, intesa non solo nei termini di un risultato economico, ma anche come "fatica" ed autodisciplina che consentono di dare risposte sane ai propri bisogni. In tale prospettiva, il lavoro diviene lo strumento d'elezione per la costruzione di alcune basilari forme di autonomia ed indipendenza, all'insegna della responsabilità, della chiarezza e della legalità.²

Il binomio riabilitazione-lavoro così espresso attraversa tutti i segmenti e le fasi previste dal percorso terapeutico delle comunità articolando una logica di processo che solo in prima istanza sembra lineare:

dipendenza
richiesta di aiuto (SerT/Comunità)
terapia
abbandono delle sostanze / mantenimento
formazione
lavoro
reinserimento

La fase della terapia, infatti, si intreccia sempre con le attività di formazione/lavoro, nel senso che, nella concreta realtà dei soggetti tossicodipendenti, le fasi di ricostruzione del sé sono spesso contemporanee ad attività formative/lavorative, e che queste stesse vengono considerate parte stessa della terapia. Operare una netta divisione tra educazione (l'universo dei valori di riferimento), istruzione (acquisizione e uso di strumenti di comunicazione e di interpretazione della realtà) e formazione

² I sotto obiettivi riconducibili a quest'area possono sinteticamente essere schematizzati come segue:

1. promuovere la ri/acquisizione di abilità pratico-manuali;
2. facilitare lo sviluppo della capacità di accettazione delle regole (puntualità nell'orario di lavoro, tutela della sicurezza per sé e per i colleghi, attenzione per materiali e strumenti utilizzati, ecc.);
3. favorire l'acquisizione di una professionalità e competenze lavorative (ad esempio, continuità dell'impegno lavorativo, autonomia individuale nell'esecuzione delle mansioni, ecc.);
4. incentivare l'acquisizione e l'utilizzo di adeguate strategie adattive per la gestione della frustrazione legata al ruolo ed alle mansioni;
5. permettere la sperimentazione di un'adeguata gestione delle relazioni nel contesto lavorativo (ad esempio, col datore di lavoro, coi diretti superiori, coi colleghi, ecc.);
6. promuovere percorsi di orientamento lavorativo e di formazione/aggiornamento per l'acquisizione (o riacquisizione) di competenze professionali, ricorrendo anche ad Enti specifici o professionisti esperti;
7. inserire e, inizialmente, accompagnare l'utente in una realtà lavorativa esterna che, possibilmente, gli permetta l'espressione delle proprie capacità e competenze.

Parte terza: Argomenti di approfondimento

professionale (acquisizione ed uso di tecniche specifiche, richieste dal mercato del lavoro) non è possibile in nessun contesto formativo adulto. Questo principio, valido in generale, diviene decisivo per i tossicodipendenti.

Il problema di costruire-ricostruire capacità di fare, il problema dell'integrazione-reintegrazione lavorativa si pone non solo come problema d'inserimento sociale, ma come nodo terapeutico di per sé. Nel processo d'individuazione/reindividuazione personale, le capacità lavorative costituiscono un aspetto importante di definizione di sé. Al riguardo, chi lavora da anni in comunità e si occupa di reinserimenti, ha sviluppato una vera e propria pedagogia degli interventi da attuare in tal senso. Essa può essere schematizzata in quattro tappe:

1. l'osservazione: il saper cogliere le abilità agite anche solo parzialmente dalla persona;
2. la predisposizione di uno spazio, per creare situazioni in cui le capacità possano venire esercitate ed emergere con più evidenza;
3. la costruzione di un contesto di rimandi positivi, il consentire che il gruppo dei pari funga da specchio valorizzante in modo da favorire consapevolezze, rassicurazioni ed interiorizzazioni delle proprie attitudini;
4. l'approfondimento individuale, il saper sviluppare la convinzione e la decisione da parte del soggetto di "investire" su proprie attitudini facendone oggetto di un impegno personale e di un percorso di professionalizzazione.

Già da tempo, le comunità si sono attivate per mettere in rete le risorse necessarie ad un proficuo reinserimento sociale dell'utente che hanno in trattamento attraverso la stretta collaborazione con l'Ente locale, le associazioni di categoria (Associazione artigiani, piccola, media industria, ecc.), il Ser.T., il Sil, il CSSA, le associazioni di volontariato, le cooperative di solidarietà sociali del territorio, enti e istituti di formazione, il sindacato. Sono ormai diversi anni che si lavora per creare una sinergia operativa e progettuale, questa rete si è rinforzata anche grazie ai partenariati richiesti per la gestione dei progetti di formazione professionale o inclusione sociale finanziati dal Fondo Sociale Europeo che ha educato e favorito una proficua collaborazione e un coordinamento tra queste realtà.

Il tema del lavoro è diventato negli ultimi anni oggetto di una crescente attenzione nel settore delle tossicodipendenze. Questo nuovo interesse segna un passaggio culturale di indubbia rilevanza allargando i programmi socio-sanitari al lavoro e nel mondo del lavoro, purtroppo si parla però molto di reinserimento al lavoro e non di sostegno al lavoro. Comunque sia questa nuova tendenza è comunque innovativa perché l'area di integrazione tra dipendenza, reinserimento sociale e lavoro è stata per anni scarsamente considerata. Le politiche di integrazione tra dipendenza, sostegno a chi è coinvolto nel problema e lavoro devono assumere pertanto una connotazione molto più ampia di quella del solo reinserimento lavorativo, per recuperare il grande campo di intervento del sostegno sui luoghi di lavoro, del sostegno terapeutico integrato con l'inserimento lavorativo, della rappresentanza dei diritti del lavoratore che incorre in problemi di droga e dipendenza, della promozione del lavoro come fattore di emancipazione individuale e sociale.

Sulla base di quanto esposto, serve oggi alimentare una cultura del lavoro, che offra possibilità e opportunità di fare, entro un sistema articolato ed aperto in cui, in base alle necessità delle persone, possono essere offerti gli spazi più idonei. Da una parte, spazi protetti dove è necessario costruire sia la capacità di lavoro in generale, che individuare e formare capacità specifiche, attitudinali e di mansione, dove l'attenzione alle difficoltà della persona e la formazione prevalgono sui compiti più strettamente predittivi. All'altro estremo, la valorizzazione di competenze specifiche, che non possono non passare attraverso le leggi di mercato, senza alcun tipo di protezione particolare. Una base sicura che, tenendo conto delle esigenze di accompagnamento-formazione da un lato, e del perseguimento dell'autonomia personale e confronto con

Parte terza: Argomenti di approfondimento

il mercato dall'altro, costituisca il trampolino di lancio per un autonomo ed effettivo reinserimento socio-lavorativo.

INSERIMENTO LAVORATIVO: PANORAMICA LEGISLATIVA**Le cooperative sociali****Legge 381/91 — "Disciplina delle cooperative sociali"**

Vengono definite due tipologie di cooperative:

A) Gestione di servizi socio-sanitari ed educativi

Il soggetto svantaggiato è utente di un servizio. Rientrano in questa definizione le cooperative che gestiscono, ad esempio, una comunità terapeutica.

B) Svolgimento di attività diverse (agricole, industriali, commerciali, servizi) finalizzate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate

NB. I soggetti svantaggiati sono dei lavoratori. Essi devono costituire almeno il 30% dei lavoratori della cooperativa. Non si versano contributi INPS. Tra i soggetti svantaggiati sono compresi i tossicodipendenti.

Principali strumenti utilizzati per l'inserimento lavorativo

Legge 196/97 Tirocinio — I "tirocini formativi e di orientamento" sono attualmente normati dall'art. 18 della Legge 196/97 (il cosiddetto "Pacchetto Treu") e dal Regolamento attuativo (D.M. 142 del 25/03/98), essi sono intesi ad agevolare le scelte professionali mediante la conoscenza diretta del mondo del lavoro. Possono essere promossi anche da comunità terapeutiche e cooperative sociali. Nel caso dei tossicodipendenti la durata massima è fissata in 12 mesi. Il tirocinio non costituisce rapporto di lavoro. Può essere svolto in qualsiasi azienda, la quale può accogliere tirocinanti in misura non superiore al 10% dei propri dipendenti a tempo indeterminato.

Nota: anche le comunità terapeutiche possono organizzare corsi di formazione professionale e tirocini formativi presso aziende del territorio. Per i corsi di formazione organizzati al proprio interno le C.T. possono avvalersi del finanziamento della Regione e del Fondo sociale Europeo.

Legge 68/1998 : Soggetti riconosciuti invalidi civili — In alcuni casi un tossicodipendente può vedersi riconosciuta un'invalidità civile. Se la percentuale è superiore al 46% il soggetto può iscriversi alle apposite liste ed essere quindi avviato, tramite gli uffici della Direzione del Lavoro ad una delle aziende (obbligate a riservare una percentuale di posti disponibili).

Legge 407/90 e L. 223/91: Disoccupazione di lunga durata — Chi è iscritto da almeno due anni alle liste di collocamento acquisisce una specie di "dote". All'azienda che lo assume vengono riconosciuti sgravi contributivi da 12 a 36 mesi secondo i casi. Questo vale per tutti, non solo per i soggetti svantaggiati. E' però da segnalare per un ragazzo inserito in un percorso terapeutico di comunità l'opportunità di preoccuparsi fin dall'inizio di iscriversi e conservare l'iscrizione al collocamento, per poter utilizzare tale "dote" al momento del reinserimento lavorativo.

EBAV — L'Ente Bilaterale Artigianato Veneto ha, per esempio, sottoscritto un accordo che prevede incentivi economici per quegli artigiani associati che accolgono in tirocinio e assumono soggetti svantaggiati (tra i quali i tossicodipendenti).

A tutela del lavoratore (quindi anche del tossicodipendente), ma anche del datore di lavoro, esistono leggi quali:

Legge 309/90 e legge 125/01 Tutela del lavoro e della salute durante il periodo di recupero per il lavoratore tossicodipendente che assunto a tempo indeterminato intenda accedere a programmi terapeutici e di riabilitazione presso strutture pubbliche o private, questa tutela è riservata anche ai familiari che lo intendano assistere.

La conservazione del lavoro è prevista per un periodo non superiore ai tre anni, con un'aspettativa non retribuita salvo per alcuni contratti ove esiste una parziale retribuzione.

L'accertamento dello stato di tossicodipendenza è di competenza dei SER.T. delle AUSL di competenza.

c'è stato un allargamento della legge ad alcolodipendenti o con problemi correlati — legge 125/01

Tutela della malattia anche in caso di assenza per disturbi legati alla tossicodipendenza. Con delibera n. 16/84 l'INPS ha riconosciuto l'indennità di malattia per incapacità lavorativa dovuta all'assunzione di stupefacenti e dall'abuso di alcol.

Legge 735/90 sulla Privacy che garantisce la tutela dei dati sensibili raccolti dal datore di lavoro per obblighi di legge oppure per la tutela dell'igiene e della sicurezza del lavoro. Il datore di lavoro deve richiedere consenso scritto al dipendente a trattare i suoi dati, per qualsiasi caso di presunta violazione della legge sulla privacy si può chiedere per iscritto parere al Garante.

Legge 626/94 sulla sicurezza che ha cambiato l'organizzazione della sicurezza negli ambienti di lavoro tutelando il lavoratore, ma rendendolo anche in parte responsabile.

Il datore di lavoro o chi per esso è responsabile della sicurezza e salute dei lavoratori. La legge tutela lavoratori dipendenti in azienda e a domicilio, soci di cooperativa, gli apprendisti, gli allievi di corsi professionali, lavoratori autonomi e tutti coloro che collaborano. Il datore di lavoro ha l'obbligo di formare ed informare.

Legge 300/1970, art. 8 (Statuto dei diritti dei lavoratori) vieta gli accertamenti che ledano la dignità del lavoratore, pertanto è illegittimo qualsiasi tipo di accertamento di tossicodipendenza richiesta dal datore di lavoro.

Legge 108/90 ove è enunciato che nessun lavoratore può essere licenziato se non per giusta causa o giustificato motivo.

- Giusta causa: quando si commettono fatti gravi (risse, furti ecc)

- Giustificato motivo: quando si commettono gravi mancanze rispetto agli obblighi del contratto o quando lo richiedono esigenze organizzative o produttive dell'azienda.

In caso di licenziamento il lavoratore che ha almeno due anni di anzianità ha diritto all'indennità di disoccupazione, per averla deve compilare un modulo INPS che si trova presso la Sezione circoscrizionale per l'impiego di residenza entro 68 giorni dal licenziamento.

Legge 903/77 Tutela della donna nel lavoro: per la parità uomo-donna in materia di lavoro + legge 125/91 con la finalità di favorire l'occupazione femminile nel mondo del lavoro + legge 215/92 che promuove l'imprenditoria femminile attraverso finanziamenti.

Parte terza: Argomenti di approfondimento

Si tratta di una sfida importante che impegna le comunità terapeutiche a progettare ed attivare, in via sperimentale, differenti moduli per il reinserimento sociale e lavorativo, per i propri utenti e, sempre più spesso, anche per gli utenti seguiti direttamente dai SerT che, in fase finale di trattamento, scelgono il mondo delle comunità e del no profit come interlocutore privilegiato, per l'attivazione di un percorso di inserimento lavorativo. Ciò richiede alle comunità terapeutiche la capacità di dare risposte, articolate e complesse, destinate ad un'utenza diversificata, che presenta specifiche problematiche di vita autonoma e di inserimento socio-lavorativo particolare.

Sempre più spesso, le comunità terapeutiche sono chiamate a gestire almeno due percorsi di reinserimento sociale strutturati in bassa soglia e alta soglia.

Gli interventi di reinserimento sociale di *bassa soglia* sostengono persone tossicodipendenti che, per motivi patologici, psicologici o sociali, non sono più, o non sono ancora, in grado di essere integrate nel mondo del lavoro e nella rete sociale. Gli spazi lavorativi, i laboratori delle Comunità terapeutiche o delle cooperative sociali di riferimento, si pongono come momento intermedio tra l'intervento di cura comunitario e il pericolo della marginalità sociale. Per molte persone inserite in questo tipo di percorso i fattori problematici psico-sociali possono essere importanti, ma sono comunque relativi rispetto ai disturbi comportamentali che si accumulano con l'abuso continuato di sostanze. La dipendenza è in queste persone uno stile di vita affermato da molti anni che si manifesta con fenomeni quali il disturbo dello stare in relazione e/o il disturbo del fare concreto.

La sfida progettuale - ed operativa - è quella di legare il possibile e graduale recupero di abilità lavorative con una riacquisizione di abilità sociali attraverso la promozione concertata di attività gruppali, spazi di tempo libero condiviso, esperienze sociali e culturali. Di fatto, l'obiettivo principale è quello del miglioramento della qualità della vita e della capacità di accedere ai servizi di aiuto e di tutela.

Un percorso di reinserimento sociale - all'interno di un progetto d'intervento di *alta soglia* - muove, invece, verso una partecipazione alla rete di integrazione sociale, di appartenenza alla cittadinanza attiva. Questo processo presuppone la fine del sentimento di marginalità della persona tossicodipendente, e lo sviluppo di una consapevolezza di appartenenza relazionale, territoriale, culturale e lavorativa. Ma abbisogna anche di processi di inclusione, che facilitino la ri-accoglienza della persona in società. In questo senso si muovono le reti associazionistiche e alcuni progetti di agenzie formative (soprattutto nei confronti del mercato del lavoro).

All'interno di questi percorsi ad alta soglia un terzo modulo sperimentato, con risultati positivi, è quello del *job club* per quegli utenti con risorse e competenze spendibili e qualificate. Si tratta di uno spazio attrezzato, per la ricerca lavoro per piccoli gruppi assistiti da un tutor. In una prima fase vengono organizzate delle "riunioni di lavoro", durante le quali vengono fornite informazioni teorico pratiche, volte ad aiutare i giovani ad individuare le proprie capacità personali e professionali a tutto campo, a conoscere le caratteristiche e le opportunità del mercato del lavoro, conoscenza delle modalità di selezione del personale utilizzate dalle imprese del territorio) ed ad impadronirsi delle tecniche di autocandidatura.

In una seconda fase, i partecipanti avviano, sempre assistiti dal tutor, una sperimentazione attiva delle formazioni apprese, in particolare nella stesura delle inserzioni e dei curricula, nel sostenere colloqui di lavoro, ecc. Sono previsti dei momenti di confronto e verifica di gruppo, per analizzare successi ed insuccessi, traendo le debite indicazioni utili per la ricerca dell'inserimento lavorativo.

La metodologia adottata si basa sui concetti di auto-organizzazione e autonomia operativa dei partecipanti e del gruppo, come ambito progettuale e dinamico di elaborazione e di promozione delle risorse umane.

Un'altra azione perseguita in quest'area è quella dell'educazione alla sicurezza, un fattore che, all'interno di questo contesto e con questo tipo di utenti, si carica di una forte valenza anche simbolica. Educare alla sicurezza non è sinonimo di pedissequa

Parte terza: Argomenti di approfondimento

informazione circa la sicurezza sul posto di lavoro: rimette in gioco una parte del mondo valoriale della persona, aprendo nuovi confronti sul senso del limite, del rischio, della sfida, per arrivare alla presa in carico della propria responsabilità, della cura della propria salute e di quella dei propri compagni di lavoro.

area economica: l'obiettivo è quello di favorire lo sviluppo di un'adeguata capacità di autogestione e progettazione economica. Questa area confina con quella del lavoro e ha in comune alcuni importanti obiettivi e contenuti da raggiungere e metabolizzare come, per esempio, quello di favorire la riscoperta del significato del denaro come "risultato del proprio lavoro", o stimolare l'utente a compiere una realistica analisi dei propri bisogni, che gli permetta di stilare preventivi di spesa in un'ottica di programmazione degli acquisti in base alla loro priorità. In questa fase si cerca di motivare l'utente a responsabilizzarsi nei confronti di impegni presi (scadenze di pagamento, eventuali mutui o prestiti ecc.). A tal proposito, si ritengono fondamentali l'apprendimento delle modalità di utilizzo dei principali strumenti di verifica finanziaria (ad esempio, preventivi e consuntivi di spesa), nonché la ri/costruzione di un corretto rapporto di familiarità con gli Enti preposti a fornire questo tipo di servizi (Istituti Bancari, Assicurazioni, ecc.);

area esistenziale: l'obiettivo è quello di favorire la ri/scoperta ed il consolidamento di quei sistemi di valori e di credenze, che fanno da cornice, guidano e danno continuità all'agire quotidiano di ognuno. Esistono molte proposte, perseguite dalle comunità con stili e modalità diverse, d'esperienze di ricerca personale, spirituale, religiosa che aiutano ad approfondire tematiche di tipo esistenziale.

Risulta dunque evidente, da quanto sin qui esposto, che la riabilitazione della tossicodipendenza pone seri problemi, che non si risolvono solo con il garantire un posto di lavoro.

La complessità e la stretta interconnessione esistente tra le aree d'intervento riabilitativo, previste nel cammino terapeutico e, in particolar modo, nella fase di reinserimento sociale, pongono all'attenzione degli operatori problemi vasti e, in un certo senso, sempre nuovi.

Ciò riconduce alla necessità di strutturare interventi unitari, organici, sui quali inserire gradualmente opportunità e servizi.

Una somma di risorse messe a disposizione della persona non produce indipendenza ed autonomia.

Una somma di prestazioni (da quelle mediche alle lezioni di computer) non dà cambiamento.

Una somma di servizi offerti non produce un inserimento sociale. Non basta, dunque, "offrire soluzioni" per riabilitare, occorre prima di tutto creare l'opportunità di un percorso creativo unitario, organico, individualizzato, teso alla coscienza di sé, del proprio lavoro, del senso ritrovato, degli obiettivi positivi personali e interpersonali da raggiungere.

Per riuscire a percorrere una strada così impervia, i giovani devono trovare motivazione, identificazione e identità nelle relazioni e nello stesso lavoro.

Qualsiasi terapia fallisce senza autonomia personale, quale quella derivante da un lavoro orientato e poi scelto (risorsa che porta con sé ruolo e funzione nella società) e senza il ritrovamento dell'identità personale, anche nel lavoro (che viene prima, senza escludere il guadagno).

Le comunità terapeutiche e le cooperative di solidarietà sociale ad esse connesse, rappresentano oggi valide realtà organiche disponibili ad accogliere persone dipendenti e a predisporre piani individualizzati di riabilitazione sociale e reinserimento lavorativo. In merito a ciò, un'altra grande sfida sta nel saper coniugare, in questo specifico caso, l'efficienza produttiva e l'attenzione per la persona, un obiettivo molto ambizioso, ma

Parte terza: Argomenti di approfondimento

necessario. L'esigenza da parte delle cooperative di "tenere" il mercato mal si coniuga, infatti, con il rispetto dei tempi, degli apprendimenti, delle crisi delle persone inserite. Si è consapevoli della contraddizione e dei pochi strumenti per risolverla. Ma è proprio il mantenimento di questa tensione (che evita di cogliere nel lavoratore unicamente la sua capacità produttiva, ma che evita al contempo un atteggiamento assistenzialista) una delle chiavi del percorso riabilitativo.

Questioni aperte in materia di reinserimento lavorativo dei tossicodipendenti

- Raccolta, confronto e analisi delle esperienze realizzate sinora in materia di reinserimento lavorativo dei tossicodipendenti;
- Elaborazione di Linee Guida Regionali in materia di reinserimento lavorativo dei tossicodipendenti;
- Costituzione di un Gruppo Tecnico Consultivo Regionale in materia di reinserimento lavorativo dei tossicodipendenti;
- Istituzioni delle Unità Funzionali per il Reinserimento lavorativo presso i dipartimenti per le Dipendenze;
- Specificazione delle risorse finanziarie a disposizione in materia di reinserimento lavorativo dei tossicodipendenti;
- Formazione e aggiornamento degli operatori del pubblico e del privato sociale che operano in materia di reinserimento lavorativo dei tossicodipendenti;
- Regolamentazione della materia in sede di recepimento dell'Accordo Stato – Regioni 5 Agosto 1999. Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso.

Parte terza: Argomenti di approfondimento**A05: Lo sviluppo della ricerca, la valutazione di efficacia degli interventi e la “evidence based medicine” nel campo delle tossicodipendenze**

E' difficile definire quale ricerca sia più utile, oggi in Italia, nel campo della dipendenza da sostanze.

Possiamo però affermare che sono poche le aspettative poste sulla ricerca di base, per esempio quella che mira a svelare le “cause della dipendenza”, mentre molte di più sono riposte in quei campi di ricerca utili ad orientare politiche ed interventi, a definire obiettivi, a valutare risultati.

Con questo punto di vista è possibile indicare almeno tre grandi campi di ricerca affini ai temi di cui sopra:

- la stima quantitativa e qualitativa del fenomeno tossicodipendenza;
- la misura degli effetti delle sostanze;
- la valutazione di efficacia degli interventi.

Questa indicazione comincia ad essere declinata oggi in un modo nuovo; la riflessione sulla tossicodipendenza si allarga interessando anche situazioni di dipendenza patologica in cui non è più un “tossico” ad essere interessato ma anche comportamenti (gambling per esempio), sostanze non tossiche quali farmaci ecc.

Stima della dimensione e delle caratteristiche del fenomeno della dipendenza da sostanze in Italia

Politiche ed interventi che mirino alla riduzione complessiva del fenomeno tossicodipendenza necessitano di stime accurate della sua dimensione almeno per due motivi: per una corretta pianificazione degli interventi e per la valutazione del loro impatto. La stima quantitativa della dimensione del fenomeno dipendenza da sostanze è resa difficile dal fatto che si vuole contare una popolazione nascosta (hidden population), e che necessita quindi metodi complessi. Oggi le stime di questo tipo sono sporadiche, poco omogenee dal punto di vista metodologico e quindi non confrontabili fra di loro.

Per questi motivi l'Osservatorio europeo promuove la partecipazione di esperti nazionali a gruppi di ricerca internazionali che, negli ultimi anni, stanno sviluppando metodi ed indagini volti a superare questa mancanza. Seguendo queste indicazioni l'Osservatorio permanente italiano attivato dal Dipartimento per gli Affari Sociali ha già realizzato le prime indagini sulla popolazione giovanile scolarizzata ed ha già attivato la fase pilota dello studio nazionale sulla popolazione generale.

Per stimare la dimensione del fenomeno a livello nazionale ci si basa essenzialmente su indicatori indiretti quali il numero di utenti e il numero di decessi per overdose, senza possibilità di quantificare la quota sommersa, quella cioè composta da quei soggetti che non accedono ad alcun servizio di cura. La stima che ne deriva risente quindi di tutte le problematiche legate alla qualità dei dati raccolti dai sistemi informativi correnti.

La soluzione a questo bisogno di conoscenza sta nello sviluppo, a livello nazionale, di un sistema di indicatori in grado di stimare, perlomeno in maniera riproducibile anno dopo anno, il numero totale di cittadini dipendenti da sostanze, per avere uno strumento di programmazione e di valutazione di impatto di interventi almeno a livello di popolazione.

L'Italia attraverso l'attivazione dell'Osservatorio permanente intende sviluppare rapidamente tale settore e grazie alla collaborazione di tutte le Amministrazioni ha già avviato il processo di standardizzazione dei flussi informativi che partecipano alla definizione del sistema di indicatori epidemiologici.

L'efficacia di un tale sistema è strettamente dipendente dall'esistenza di una base dati comune che permetta alla ricerca di utilizzare i dati a livello individuale e quindi

Parte terza: Argomenti di approfondimento

effettuare stime accurate di fenomeno. In problemi che un tale modello solleverebbe, in particolare la confidenzialità e la sicurezza dei dati, sono tutti risolvibili con soluzioni tecniche, che però devono salvaguardare l'utilizzabilità del dato per la ricerca.

L'esplosione di interesse di questi ultimi anni sui nuovi fenomeni di uso di sostanze (per esempio sulle "nuove droghe") sta rivelando la necessità di dati di tipo quali-quantitativo: è difficile infatti programmare interventi efficaci, o percorsi formativi utili, su questi campi senza una conoscenza approfondita di questi nuovi comportamenti.

Molto è stato fatto: oggi sono disponibili dati di buona qualità che, sulla base di studi a livello scolastico o di popolazione, permettono di stimare con buona accuratezza e precisione la dimensione numerica del fenomeno.

Si tratta però di una sfida di conoscenza che richiede un approccio multidisciplinare; i numerosi studi con analoghe finalità condotti negli ultimi anni sono sovente poveri a causa della loro mono-dimensionalità: affrontare solo l'aspetto psicologico o quello sociologico o epidemiologico sovente conduce a risultati deboli e, in ultima analisi, ad uno spreco di risorse.

E' probabilmente il tempo per un grande sforzo culturale ed economico per effettuare una ricerca che sia in grado di utilizzare il punto di vista clinico e quello sociale, insieme allo strumento metodologico messo a disposizione dalla epidemiologia, per definire con accuratezza e rigore i confini del problema e quindi identificare gli strumenti per affrontarlo.

Effetti sulla salute delle sostanze

Il campo della dipendenza da sostanze è fra tutti probabilmente quello in cui è più fragile il confine fra la causa e l'effetto.

Quanto, per esempio, dei disturbi del comportamento dell'eroinomane è dovuto alla sostanza e quanto invece è la causa della dipendenza?

E' di questa natura la difficoltà di definizione dei reali effetti delle cosiddette "nuove" sostanze d'abuso che vanno sotto il nome di Ecstasy.

Non possiamo ancora oggi definire con certezza quali siano i suoi reali effetti né quanta parte di questi sia causata dalla sostanza in se e quanta dal corollario di comportamenti che ne accompagnano l'assunzione.

Questa incertezza non ha conseguenze solo culturali, ma rende difficile definire il target dell'intervento da promuovere: è la sostanza (e allora interventi di prevenzione, o di ridurre del danno attraverso analisi tempestive del tipo di sostanza distribuita dal mercato) oppure è il comportamento (e allora interventi sugli orari delle discoteche, sulla disponibilità di bevande ecc)?

Un gruppo di lavoro nazionale si è posto degli obiettivi di conoscenza conseguenti al ragionamento qui sopra abbozzato. Sono in cantiere iniziative nazionali che ci forniranno in breve tempo risposte utili ad indirizzare gli interventi.

E' iniziata ad esempio una ricerca di tipo caso-controllo che arruolerà i giovani che accederanno ad un pronto soccorso con sintomatologia acuta psichiatrica o neurologica, e un campione di giovani sani, per permettere la valutazione della associazione fra tali disturbi e l'uso di ecstasy o altre sostanze similari.

Questo modello, per quanto ancora metodologicamente immaturo, merita attenzione e investimento, e potrebbe rappresentare il nocciolo di un sistema di rilevazione rapido degli effetti acuti delle sostanze basato su una rete di servizi di emergenza, e diffuso a livello nazionale.

Valutazione di efficacia degli interventi

Nel campo del contrasto alla dipendenza da sostanze, come negli altri di confine fra il sociale e il sanitario, gli aspetti ideologici hanno spesso un peso sproporzionato rispetto a quelli delle esperienze o della cultura eziopatogenetica, nei meccanismi di decision-making di politiche o interventi. Questo per non parlare dei criteri che oggi stanno assumendo, in campo internazionale, ruoli primari nella sanità, come quelli della "Evidence Based Health Care", che sono realmente poco conosciuti e praticati.

Parte terza: Argomenti di approfondimento

Questo è, almeno in parte, giustificato dal fatto che le conoscenze scientifiche, in questo campo, sono ancora frammentarie e il livello di incertezza in cui deve operare il Ser.T. è elevato.

E' allora prioritario effettuare uno sforzo di costruzione del bagaglio di prove di efficacia del contrasto alla tossicodipendenza, da poter essere messo a disposizione di chi deve decidere. E' poi essenziale non confondere i diversi livelli di intervento e quindi riuscire a separare l'effetto delle politiche, da quello dei servizi, da quello degli interventi da quello, ancora più in dettaglio, dei trattamenti.

Utilità dei trattamenti

Valutare l'utilità dei trattamenti per le dipendenze da sostanze, cioè misurare il risultato di tali interventi, è una attività resa complessa da alcuni elementi:

- esiste una pluralità di obiettivi, non solo fra professionalità diverse ma anche entro gruppi omogenei di operatori, che rischia di rendere gli interventi disorganici e complessivamente inefficienti;
- la moderna interpretazione di trattamento è complessa: si parla dell'insieme delle attività di 'cure' e di 'care' che accompagna il soggetto nel suo percorso di riabilitazione;
- esiste una pratica impossibilità di applicare modelli sperimentali di valutazione di efficacia che renderebbero più valide le misure.

Eppure si sente il bisogno di costruire una base di conoscenze solide che sia di ausilio a tutti gli operatori e che, tenendo conto dei vincoli sopra esposti, aiuti l'operatore a prendere decisioni. Questo obiettivo deve essere perseguito su almeno tre versanti:

- quello della sistematizzazione delle conoscenze che la ricerca scientifica ha fino ad ora prodotto sulla efficacia degli interventi;
- la produzione di nuovi dati nei campi in cui i risultati della ricerca sono più fragili o incerti;
- la diffusione attraverso adeguati strumenti delle conoscenze così accumulate.

Sui primi due fronti le iniziative sono mature e hanno cominciato a produrre i risultati attesi: la "Cochrane Collaboration" mette già oggi a disposizione degli operatori delle sofisticate sintesi della letteratura scientifica su molti degli argomenti più importanti (vedi riquadro nell'approfondimento specifico), lo Studio VEdeTTE (vedi progetti del Ministero della Sanità), ha cominciato a produrre dati che molti si aspettano ed entro la fine del 2001 metterà a disposizione i primi risultati relativi all'efficacia dei trattamenti nel migliorare la sopravvivenza del soggetto dipendente da sostanze.

Il terzo fronte, quello della diffusione delle conoscenze, è stato indicato come prioritario dal Piano sanitario nazionale 2001-2003, seppure si segnalino soltanto una iniziativa locale: l'elaborazione di linee-guida di trattamento. Questo è un obiettivo che deve oggi essere perseguito in Italia assegnandogli l'enfasi e le risorse necessarie per proseguire rapidamente. La comunità professionale e quella scientifica sono oggi preparate a ritrovarsi sotto questo obiettivo, allontanando le pregiudiziali ideologiche e mirando a fare un prodotto che rifletta l'avanzamento delle conoscenze scientifiche, e che sia uno strumento di trasferimento nella pratica della ricerca scientifica.

Lo studio VedeTTe

Lo studio di Valutazione dell'Efficacia dei Trattamenti per la Tossicodipendenza da Eroina (VEdeTTE) è stato progettato per misurare con metodi e strumenti rigorosi l'efficacia dei trattamenti. Si tratta di uno studio longitudinale prospettico su una coorte multicentrica di tossicodipendenti da eroina in trattamento presso i servizi pubblici per le tossicodipendenze (SerT). Lo studio ha l'obiettivo di valutare l'efficacia delle diverse tipologie di interventi effettuati dai SerT italiani, limitatamente, in questa prima fase, alla prevenzione della mortalità acuta (overdose e cause violente) e alla ritenzione in trattamento.